

BESOINS EN EFFECTIFS DANS LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ RAPPORT NATIONAL 2016

**Besoins de relève et mesures visant
à garantir des effectifs suffisants au plan national**

Conférence suisse des
directrices et directeurs cantonaux de la santé
et OdASanté



TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	6
--------------	---

PARTIE I – ANALYSE DES VALEURS DE BASE

1	EFFECTIFS DU PERSONNEL DE SANTÉ.....	10
1.1	FONDEMENTS	10
1.2	SOINS ET ACCOMPAGNEMENT	11
1.2.1	Répartition par niveau de qualification	11
1.2.2	Evolution des effectifs entre 2010 et 2014.....	11
1.2.3	Evolution du skill mix et du grade mix à l'échelle suisse	12
1.2.4	Différences de skill mix et de grade mix selon les régions linguistiques	13
1.2.5	Evolution du taux d'occupation moyen	14
1.3	SAGES-FEMMES, PROFESSIONS MÉDICO-TECHNIQUES ET MÉDICO-THÉRAPEUTIQUES, DOMAINE DU SAUVETAGE	14
1.3.1	Personnel enregistré et répartition	14
1.3.2	Evolution des effectifs dans les hôpitaux entre 2010 et 2014	15
1.3.3	Répartition des membres des professions MTT par type d'hôpital	16
1.3.4	Evolution des effectifs des professions MTT dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile de 2010 à 2014	16
1.3.5	Evaluation des effectifs en dehors des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile.....	17
1.3.6	Vue d'ensemble.....	19
1.4	PERSONNEL DE SANTÉ TITULAIRE D'UN DIPLÔME ÉTRANGER.....	19
1.4.1	Effectifs	19
1.4.2	Système d'information central sur la migration : immigration.....	19

1.4.3	Système d'information central sur la migration : solde migratoire.....	20
1.5	DENSITÉ DE PERSONNEL INFIRMIER DANS LA COMPARAISON DE L'OCDE.....	20
2	ACTIVITÉ DE FORMATION.....	23
2.1	DONNÉES DE BASE	23
2.2	DEGRÉ SECONDAIRE II	23
2.2.1	Formation professionnelle	23
2.2.2	Formations donnant accès au degré tertiaire	24
2.3	DEGRÉ TERTIAIRE B	25
2.4	DEGRÉ TERTIAIRE A	25
2.5	FORMATIONS CONTINUES AU DEGRÉ TERTIAIRE...27	
2.6	STRUCTURE DES FORMATIONS DANS LES PROFESSIONS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT PAR RÉGION LINGUISTIQUE.....	28
2.7	INTENSITÉ DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION PAR RÉGION LINGUISTIQUE.....	29
2.8	PRESTATAIRES ET OFFRES DE FORMATION AUX DEGRÉS TERTIAIRES A ET B	30
3	POTENTIEL DE RELÈVE	31
3.1	DEGRÉS PRÉSCOLAIRE, PRIMAIRE ET SECONDAIRE	31
3.2	DEGRÉ SECONDAIRE II	32
3.3	DEGRÉ TERTIAIRE B	34
3.4	DEGRÉ TERTIAIRE A	34
3.5	ADULTES	34
3.5.1	Reconversion professionnelle	34
3.5.2	Réinsertion professionnelle	34
3.5.3	Perfectionnement professionnel	35

PARTIE II – ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS

4	BESOINS EN PERSONNEL : PROJECTIONS À L'HORIZON 2025 ET RELÈVE ANNUELLE NÉCESSAIRE....	38
4.1	PERSONNEL DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT...	38
4.1.1	Fondements des projections.....	38
4.1.2	Besoins en personnel de soins et d'accompagnement en 2025	39
4.2	SAGES-FEMMES, PROFESSIONS MTT ET DOMAINE DU SAUVETAGE	39
4.2.1	Bases des projections.....	39
4.2.2	Besoins en sages-femmes et professions MTT	41
4.3	VARIABLES CONCOMITANTES INFLUANT SUR LES BESOINS ANNUELS DE RELÈVE	41
4.3.1	Durée de l'exercice professionnel par le personnel de soins et d'accompagnement	41
4.3.2	Durée de l'exercice professionnel chez les sages-femmes et dans les professions MTT	42
4.3.3	Taux d'occupation.....	42
4.3.4	Skill mix et grade mix.....	42
4.3.5	Démographie, épidémiologie et recours aux prestations	43
4.3.6	Productivité et efficacité.....	43
4.3.7	Perspectives sociodémographiques	43
4.3.8	Développement professionnel.....	43
4.3.9	Conclusion	43
4.4	BESOINS ANNUELS DE RELÈVE DANS LES SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT.....	44
4.4.1	Scénarios de calcul	44
4.4.2	Fonction de recrutement du degré secondaire II.....	44
4.4.3	Besoins de relève dans les trois domaines de prise en charge.....	44

4.5	BESOINS ANNUELS DE RELÈVE POUR LES SAGES-FEMMES ET LES PROFESSIONS MTT.....	47
4.6	COUVERTURE DES BESOINS DE RELÈVE PAR LES PRESTATIONS DE FORMATION ACTUELLES	47
4.7	VUE D'ENSEMBLE.....	47

PARTIE III – CHAMPS D'ACTION ET MESURES

5	CHAMPS D'ACTION ET MESURES....	50
5.1	VUE D'ENSEMBLE DES CHAMPS D'ACTION, DES MESURES ET DES ACTEURS	50
5.2	CHAMP D'ACTION « RECRUTEMENT DE PERSONNEL »	51
5.2.1	Communication et marketing concernant les professions de la santé.....	51
5.2.2	Stages dans le monde de la santé.....	51
5.2.3	Potentiel des personnes réorientant leur carrière....	52
5.2.4	Accès à bas seuil dans le domaine de la santé.....	52
5.2.5	Potentiel de recrutement parmi les réfugiés et les personnes admises à titre provisoire.....	52
5.3	CHAMP D'ACTION « FORMATION ET FORMATION CONTINUE »	53
5.3.1	Obligations de formation imposées par les cantons...	53
5.3.2	Indemnisation des prestations de formation	54
5.3.3	Pilotage de la formation pratique dans l'ensemble du système	55
5.3.4	Création de conditions cadres favorables pour la formation pratique.....	55
5.3.5	Coopération entre les lieux de formation	56
5.3.6	Modèles de filières en cours d'emploi pour les personnes préalablement formées dans le domaine correspondant aux études	56

5.3.7	Stages dans les cabinets privés et le domaine extrahospitalier	57
5.3.8	Développement et création de nouveaux profils professionnels	57
5.4	CHAMP D'ACTION « MAINTIEN DU PERSONNEL » ...58	
5.4.1	Facteurs d'influence sur le maintien du personnel... 58	
5.4.2	Mesures à prendre au niveau de l'établissement	58
5.4.3	Mesures au niveau de la branche	59
5.4.4	Soutien à la réinsertion professionnelle.....	59
5.5	DOMAINE D'ACTION « ENGAGEMENT DU PERSONNEL »	60
5.5.1	Stratégies d'entreprise, organisation des processus et engagement conforme aux compétences	60
5.5.2	Collaboration entre établissements	60

PARTIE IV – APPRÉCIA- TION ET CONCLUSIONS

6	APPRÉCIATION ET CONCLUSIONS ...	62
6.1	APPRÉCIATION DE LA CDS ET DE L'ODASANTÉ	62
6.1.1	Accroissement marqué de l'activité de formation	62
6.1.2	Evolution des effectifs et besoins futurs	62
6.1.3	Facteur d'influence « Durée d'exercice de la profession »	63
6.1.4	Dépendance envers les titulaires d'un diplôme étranger	63
6.1.5	Conclusion	63
6.2	MESURES PRIORITAIRES	64
6.2.1	Maintien du personnel	64
6.2.2	Promotion de la formation dans le domaine des soins de longue durée	64
6.2.3	Recrutement de personnes souhaitant réorienter leur carrière et formations en cours d'emploi.....	64

6.2.4	Optimisation de l'engagement du personnel.....	64
6.2.5	Mesures de pilotage et de planification	65

LISTE DES ABRÉVIATIONS	66
------------------------------	----

BIBLIOGRAPHIE	67
---------------------	----

ANNEXES

TITRES DE FORMATION.....	70
PRESTATAIRES DE FILIÈRES ES	71
PRESTATAIRES DE FORMATION ET SITES DES FILIÈRES HES.....	72
BESOINS DE RELÈVE DANS TOUS LES SCÉNARIOS DE L'OBSAN.....	73

IMPRESSUM.....	74
----------------	----

Pour des raisons de confort de lecture, nous avons utilisé dans le présent document alternativement la forme féminine et la forme masculine de désignation des personnes. Tout ce qui est dit vaut cependant pour les deux genres.

RÉSUMÉ

SITUATION INITIALE

La mise à disposition d'un personnel suffisant présentant les qualifications requises joue un rôle décisif pour l'avenir du domaine de la santé. C'est pourquoi la politique sanitaire accorde depuis quelques années une importance majeure aux pronostics relatifs aux besoins en personnel et à la mesure dans laquelle les prestations de formation offertes en Suisse sont susceptibles de couvrir ces besoins. En 2009, la CDS et l'OdASanté ont publié le premier Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé non universitaires. Il s'appuyait sur les prévisions en la matière établies par l'Obsan à l'horizon 2020 et montrait que, dans le domaine des soins et de l'accompagnement, la Suisse formait un peu plus de la moitié seulement de la relève nécessaire. Les auteurs mentionnaient dès lors des niveaux d'action possibles et formulaient des propositions de mesures destinées à améliorer la garantie de la relève et des effectifs.

MANDANTS ET OBJECTIFS

Après plus de six ans, il était temps d'analyser les développements intervenus dans les effectifs, l'activité de formation et les autres mesures engagées et de mettre ces résultats en parallèle avec les besoins actuels en matière de relève (parties I et II). Le Comité directeur de la CDS et le Comité de l'OdASanté ont donc commandé, à l'automne 2015, un nouveau rapport sur les besoins en effectifs qui dresse un état des lieux des professions de la santé non universitaires. Ce document repose sur les analyses et les projections faites par l'Obsan dans son étude «Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030», qui paraît simultanément. Le rapport 2016 sur les besoins en effectifs présente, dans sa troisième partie, l'éventail des mesures envisageables ainsi que des exemples de bonnes pratiques. La CDS et l'OdASanté le complètent en donnant leur appréciation des développements actuels et une pondération des mesures recommandées.

Le présent rapport se veut un document d'information et une base d'action et, à ce titre, il s'adresse en priorité aux autorités cantonales, aux organismes responsables de l'OdASanté, aux organisations cantonales du monde du travail et aux établissements des divers secteurs de prise en charge. Les autorités fédérales et le public intéressé y trouveront une source de renseignements sur les problèmes relevés et les mesures susceptibles d'y répondre.

ORGANISATION DE PROJET

Placé sous la direction du Secrétariat central de la CDS, le projet a bénéficié du soutien d'un groupe d'accompagnement constitué de représentantes et représentants des autorités sanitaires cantonales, de l'OdASanté et des OrTra cantonales Santé, de la Confédération, des établissements, des prestataires de formation ainsi que des associations professionnelles (voir impressum). Les membres du groupe d'accompagnement ont attesté le caractère plausible de ses résultats, qu'ils ont évalués selon leur angle de vue respectif, tout en apportant au travail de précieuses contributions issues de la pratique. L'OFSP est coéditeur du rapport, dont il a largement cofinancé l'élaboration.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Nette augmentation des effectifs entre 2010 et 2014

La branche santé est en pleine croissance: entre 2010 et 2014, les effectifs globaux dans les professions de la santé non universitaires ont augmenté de 13% pour atteindre 202 000 personnes. La plus forte progression concerne les services d'aide et de soins à domicile, avec +20,5%, et la plus faible est enregistrée auprès des hôpitaux, avec +10,8%. Le secteur hospitalier reste néanmoins le principal employeur, puisque ses effectifs comptaient 101 807 personnes en 2014.

Avec 178 800 personnes actives en 2014, le domaine soins et accompagnement constitue le groupe le plus important. Il affiche aussi la plus forte hausse par rapport à l'ensemble du personnel de santé non universitaire. Le taux d'accroissement diffère cependant selon les degrés de qualification : tous secteurs de prise en charge confondus, la part de personnel tertiaire a reculé de 52,1 % à 50,8 %, tandis que les effectifs au degré secondaire II CFC ont augmenté de 11,7 % à 15,3 %. Le pourcentage de personnel auxiliaire (degré secondaire II AFP) a lui aussi connu une baisse et représentait en 2014 environ 13 % de l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices. La part de personnel sans formation est restée quant à elle pratiquement inchangée à environ 21 % entre 2010 et 2014, avec toutefois de grandes différences selon les secteurs de prise en charge.

Forte proportion de titulaires d'un diplôme étranger

Le système de santé suisse continue de recruter une part non négligeable de son personnel à l'étranger. La proportion d'infirmières et infirmiers nouvellement engagés titulaires d'un diplôme étranger était en moyenne de 40 % environ entre 2010 et 2014, avec d'importants écarts d'une région linguistique à l'autre. La situation est tout autre pour le personnel de soins et d'accompagnement au degré secondaire II, où le nombre de titres délivrés en Suisse atteint un taux de 95 % dans cette période, alors que le personnel immigré atteint 5 %.

A l'heure actuelle, on ne dispose pas de données fiables sur la provenance des titres professionnels pour les divers métiers de la santé dans tous les secteurs de prise en charge. On peut cependant partir du principe que pour les professions médico-techniques et médico-thérapeutiques (MTT), le pourcentage de personnel recruté à l'étranger se situe dans le même ordre de grandeur que celui des diplômés en soins infirmiers.

Renforcement réjouissant de l'activité de formation

Entre 2010 et 2014, le nombre global de titres professionnels décernés s'est développé de façon très positive. Dans le domaine soins et accompagnement, il s'est accru de 32 % au total, la plus forte hausse concernant la formation professionnelle initiale d'ASSC avec CFC : en 2014, on comptait 3710 CFC remis, soit 45 % de plus qu'en 2010. Au degré tertiaire A, le nombre de bachelors en soins infirmiers est passé de 614 en 2010 à 843 en 2014 (+37 %). Les chiffres des diplômes ES se situent par contre en dessous des attentes. Ils ont connu un recul en 2011 et 2012, mais se trouvent à nouveau en nette progression : en 2014, 1710 diplômes ont été délivrés, soit 2 % de plus qu'en 2010. Cette évolution peut s'expliquer notamment par le passage des formations d'infirmière selon l'ancien droit aux filières ES. Durant la même période en outre, l'apprentissage d'ASSC avec CFC, l'une des voies de recrutement pour les filières ES en soins infirmiers, se trouvait encore en phase d'extension.

On note également une nette augmentation des titres décernés dans les professions MTT ainsi que parmi les sages-femmes et les ambulanciers, puisqu'elle atteint 48 % pour l'ensemble de ces métiers. Cette forte hausse peut être mise en grande partie au crédit des hautes écoles spécialisées de Suisse alémanique, qui ont mis sur pied et étendu leurs filières de physiothérapie, ergothérapie, diététique et sage-femme de façon conséquente à partir de 2006 seulement.

L'activité de formation actuelle couvre un peu plus de la moitié des besoins annuels de relève évalués à l'horizon 2025

Malgré le renforcement de l'activité de formation en Suisse, le nombre de titres délivrés en 2014 dans le domaine des soins et de l'accompagnement ne correspond qu'à 56 % environ des besoins annuels de relève estimés d'ici à 2025. La situation est particulièrement préoccupante au degré tertiaire des soins infirmiers, où la couverture n'est que de 43,1 %. Elle est en revanche bien plus réjouissante et les résultats peuvent être qualifiés de remarquables au degré secondaire II CFC, où l'on enregistrait en 2014 un taux de couverture de 75 % – compte tenu de la fonction de recrutement pour les formations tertiaires en soins infirmiers. Au degré secondaire II AFP, les objectifs étaient réalisés à environ 39 % en 2014. Cette faible contribution à la relève s'explique par le fait que la formation d'aide-soignante a été abandonnée en 2011 et que l'apprentissage d'aide en soins et accompagnement avec AFP se trouve encore en phase d'introduction. Selon les estimations de la branche toutefois, ce degré de formation ne devrait à terme pas poser de problème de relève.

Pour les professions MTT et parmi les sages-femmes, le taux d'accomplissement des objectifs va de 25 % (podologie ES) à 90,7 % (diététique).

Accroissement des effectifs et durée de l'exercice professionnel comme facteurs d'influence

Les besoins annuels de relève du personnel sont déterminés par deux variables : les besoins supplémentaires et les besoins de remplacement. Les besoins supplémentaires résultent de l'augmentation des prestations médicales, soignantes et thérapeutiques qui, selon le rapport, atteint 13 % entre 2010 et 2014 pour tous les secteurs de prise en charge. Elle peut donc être qualifiée d'élevée. L'Obsan pronostique une hausse des besoins en personnel de soins et d'accompagnement de 20 % au minimum d'ici à 2025. On voit ainsi que la croissance ininterrompue des effectifs absorbe largement la progression des titres de formation décernés. Sans les efforts consentis ces dernières années dans la formation, l'écart entre titres délivrés et besoins de la relève serait encore plus large.

Les besoins de remplacement sont quant à eux déterminés par le nombre de départs à la retraite et celui des départs anticipés du monde du travail. Selon plusieurs études, une proportion élevée de professionnels de la santé formés quittent leur métier ou la vie active de façon précoce, avant l'âge de la retraite. La durée de l'exercice professionnel a, dès lors, des répercussions importantes sur les besoins annuels de remplacement et, par là, sur les besoins de relève.

POURSUIVRE ET RENFORCER LES MESURES À TOUS LES NIVEAUX D'ACTION

Comme le précise le rapport, les besoins croissants en personnel ne peuvent de loin pas être couverts par le nombre actuel de titres de formation délivrés. Si les efforts déployés dans l'activité de formation ont aidé à maintenir le niveau, voire à le relever dans certains domaines, il ne sera toutefois pas possible de couvrir les besoins en personnel par des mesures dans ce seul secteur, sans agir aussi sur les autres facteurs d'influence. Le système sanitaire suisse est aujourd'hui fortement dépendant du recrutement à l'étranger. Mais nul ne sait si celui-ci pourra se poursuivre au degré actuel. Par ailleurs, cette solution ne peut pas être appliquée dans toutes les régions selon la même ampleur.

C'est la raison pour laquelle il est indispensable d'intensifier les interventions visant à promouvoir la relève indigène dans tous les domaines. Il convient notamment de poursuivre et de renforcer les mesures qui favorisent le maintien du personnel dans la vie active et celles qui facilitent la réinsertion professionnelle. Côté formation, il s'agit de mettre l'accent sur les soins de longue durée et les services d'aide et de soins à domicile, de façon que davantage d'apprentis et d'étudiants choisissent ces secteurs pour se former. En la matière, la balle est dans le camp des établissements et des prestataires de formation, mais aussi des cantons, qui sont invités à créer des conditions cadres de formation similaires à celles qui valent pour les hôpitaux. Au degré tertiaire en soins infirmiers ES, où l'on compte plus de places de formation que d'étudiants intéressés, il convient d'accroître le taux de transfert des ASSC vers la filière ES. Enfin, il s'agit d'exploiter le potentiel des personnes souhaitant se réorienter sur le plan professionnel, en leur proposant des programmes de formation appropriés et des aides financières.

Le rapport sur les besoins en effectifs entend présenter la situation de la façon la plus factuelle possible. Il s'adresse à tous les acteurs, qu'il souhaite encourager à apporter une contribution à la garantie de la couverture en personnel dans le cadre des possibilités qui s'offrent à chacun d'eux.

PARTIE I



ANALYSE DES VALEURS DE BASE

1 EFFECTIFS DU PERSONNEL DE SANTÉ

1.1 FONDEMENTS

Les données relatives à l'évolution des effectifs du personnel de santé entre 2010 et 2014 ont été préparées et mises à disposition par l'Obsan. Pour davantage de précisions à ce sujet, les lecteurs peuvent consulter le rapport « Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030 » (Merçay et al. 2016), qui analyse cette évolution de façon circonstanciée. Le présent document en fournit une vue d'ensemble centrée sur les éléments déterminants pour l'évaluation des besoins de relève dans les différentes professions de la santé.

Les chiffres proviennent des relevés de l'Office fédéral de la statistique suivants : statistique des hôpitaux, statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et statistique de l'aide et des soins à domicile (statistique Spitex). Ces documents n'étant pas construits sur le même modèle, leurs différences restreignent la portée et la précision de nos analyses. Les principales limitations sont présentées ci-dessous.

Portée des statistiques

Les statistiques englobent le personnel des hôpitaux, des établissements médico-sociaux (EMS) et des services d'aide et de soins à domicile. La statistique Spitex inclut également le personnel infirmier indépendant.

N'est pas compris le personnel actif dans les professions de la santé ci-après :

- sages-femmes exerçant à titre indépendant,
- personnel médico-thérapeutique indépendant ou actif dans des cabinets privés¹,
- personnel médico-technique des cabinets, laboratoires et instituts privés,
- ambulanciers et techniciens ambulanciers des services de sauvetage non intégrés à des hôpitaux.

Le personnel sanitaire travaillant dans des institutions pour personnes handicapées est intégré dans la partie B de la statistique SOMED (SOMED B).

Classification du personnel

Le personnel est classé par fonction dans la statistique des hôpitaux et par formation dans celles des institutions médico-sociales (SOMED A) et de l'aide et des soins à domicile. Il faut considérer le nombre de personnes employées dans les différentes professions de la santé compte tenu des restrictions suivantes :

- les membres des professions thérapeutiques sont saisis dans les statistiques SOMED et Spitex uniquement en tant que groupe professionnel ;
- la statistique des hôpitaux ne connaît pas la fonction « Assistante médicale », de sorte que les membres de cette profession figurent dans d'autres catégories, notamment parfois dans celle du personnel de soins et d'accompagnement. Etant donné que ce groupe professionnel ne peut pas être distingué pour les hôpitaux, il est inclus dans le personnel de soins et d'accompagnement pour les deux autres secteurs de prise en charge également ;
- la statistique des hôpitaux connaît les fonctions « Personnel médico-thérapeutique de degré secondaire II » et « Personnel médico-technique de degré secondaire II ». Elles sont regroupées par les hôpitaux en une seule et englobent une multiplicité de professions médico-thérapeutiques et médico-techniques aux degrés secondaire II et tertiaire.

La statistique des institutions pour personnes souffrant de handicaps, d'addictions ou de problèmes psychosociaux (SOMED B) saisit le personnel uniquement par domaine d'intervention et niveau de formation. Ces institutions accueillent cependant toujours plus de résidents nécessitant

¹ Le terme « cabinets, laboratoires et instituts privés » inclut les institutions actives en dehors des hôpitaux, des cliniques, des EMS ou des organisations d'aide et de soins à domicile publics ou privés.

des soins et emploient dès lors du personnel de soins et d'accompagnement, dont l'effectif ne peut pas être déduit de la statistique SOMED.

Selon des estimations issues de la pratique, la part de ce personnel soignant est très faible actuellement, mais il est indéterminable qu'elle est appelée à augmenter dans un futur proche.

Age et sexe

La statistique des hôpitaux et la statistique SOMED A fournissent des données sur l'âge et le sexe des employés. La statistique Spitex ne contient aucune donnée sociodémographique.

Nationalité

Seule la statistique des hôpitaux relève depuis 2010 des informations sur la nationalité des employés. Toutefois, le codage de cette variable n'est pas fiable, ce qui se traduit par une qualité insuffisante des données.

Origine des titres de formation

La statistique SOMED A fournit des données sur l'origine des titres de formation (Suisse/étranger), une variable qui n'apparaît que depuis quelques années dans la statistique des hôpitaux.

1.2 SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

1.2.1 Répartition par niveau de qualification

Ce chapitre est consacré à l'analyse du personnel de soins et d'accompagnement dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile².

Le personnel est saisi selon des critères différents dans les trois statistiques fédérales constituant la base de la présente étude. La comparabilité n'est donc possible qu'à un degré relativement élevé d'agrégation. C'est pourquoi le personnel concerné est réparti dans les analyses ci-après en quatre niveaux de qualification :

- personnel infirmier de degré tertiaire,
- personnel de soins et d'accompagnement de degré secondaire II CFC,
- personnel de soins et d'accompagnement de degré secondaire II AFP (niveau auxiliaire),
- personnel de soins et d'accompagnement sans formation (y compris auxiliaires de santé CRS).

Tab. 1 Evolution des effectifs en soins et accompagnement 2010-2014

Secteurs de prise en charge	2010	2014	Hausse
Hôpitaux	73 276	81 987	11,9 %
EMS	56 656	64 147	13,2 %
Aide et soins à domicile ³	27 027	32 662	20,8 %
Total tous secteurs de prise en charge	156 959	178 796	13,9 %

1.2.2 Evolution des effectifs entre 2010 et 2014

L'évolution des effectifs entre 2010 et 2014 (voir tableau 1) est frappante. En seulement cinq ans, tous secteurs de prise en charge confondus, le nombre de personnes actives dans les soins et l'accompagnement a augmenté de 13,9 % (EPT + 12,6 %). Le secteur de l'aide et des soins à domicile affiche la plus forte hausse, avec + 20,8 %⁴ (EPT + 17,8 %). Il est suivi par les EMS, où la progression est de 13,2 % (EPT + 15,7 %), puis viennent les hôpitaux, avec un accroissement de 11,9 % (EPT + 9,3 %).

La dynamique de croissance diffère d'un type d'hôpital à l'autre. La plus forte augmentation des effectifs (12,9 %) est enregistrée dans les hôpitaux de soins aigus. Les cliniques psychiatriques affichent une hausse de 7,9 %, tandis qu'elle est de 8,5 % dans les cliniques de réadaptation et de gériatrie.

Le tableau 2 montre l'évolution du personnel dans les trois secteurs de prise en charge par niveau de qualification.

Considérée par niveau de qualification, la croissance est la plus forte au degré secondaire II CFC, puisqu'elle atteint 49,6 % (EPT + 51,3 %) entre 2010 et 2014. Durant la même période, l'effectif de soignants diplômés s'accroît de 11,1 % (EPT + 9,9 %), tandis qu'au degré secondaire II AFP (auxiliaire) il se réduit de 4,8 % (EPT – 6,0 %).

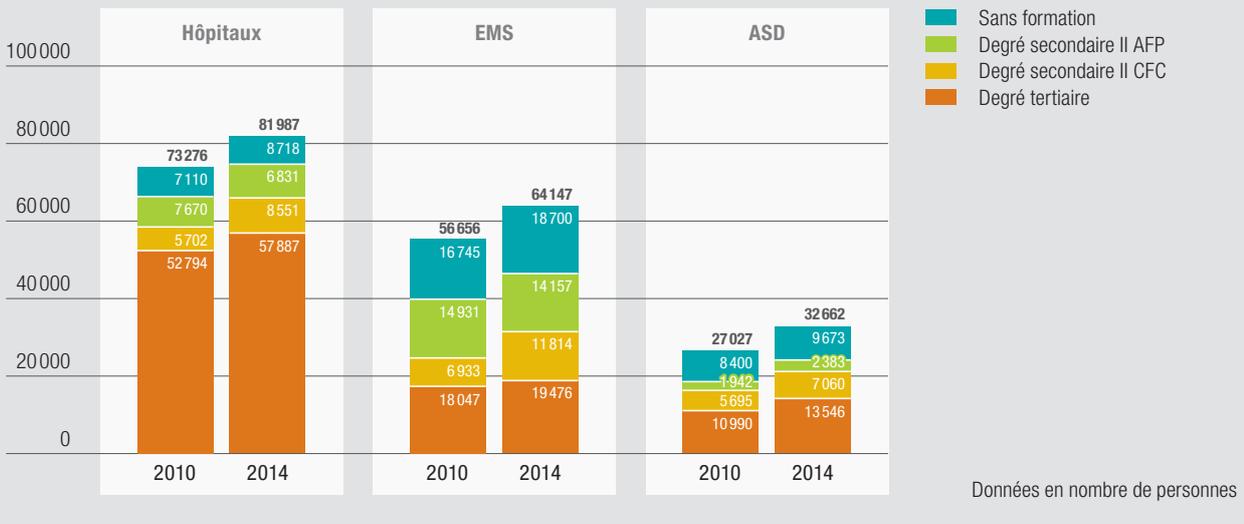
L'introduction du nouveau système de financement des hôpitaux au moyen de forfaits liés aux prestations intervient en 2012, soit au milieu de la période considérée par la présente étude. La question se pose de savoir si ce nouveau mécanisme a influencé la dynamique d'évolution des effectifs en ce que la croissance aurait été forte de 2010 à 2012 et plus faible

2 Le terme « services d'aide et de soins à domicile » s'applique dans le présent document à tous les fournisseurs de telles prestations.

3 En 2010, les infirmières exerçant à titre indépendant n'ont pas été enregistrées dans les cantons de Genève et de Zurich. En 2011, on comptait dans ces deux cantons au total 116 infirmières exerçant à titre indépendant. L'écart est donc minime.

4 En raison du léger écart mentionné plus haut, l'accroissement réel est légèrement inférieur.

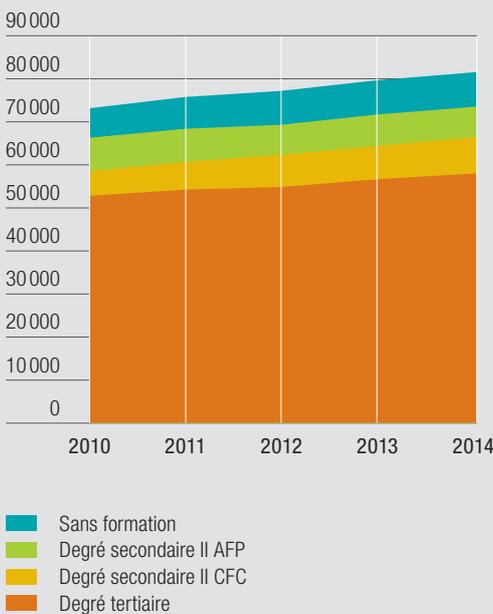
Tab. 2 Evolution des effectifs (en nombre de personnes) 2010-2014 par secteur de prise en charge



de 2012 à 2014. Comme le montre le tableau 3, l'évolution a été continue à tous les niveaux de qualification. Pour mettre en évidence un éventuel changement dans l'engagement de personnel dans les hôpitaux, il faut examiner le rapport entre

le personnel employé (en EPT) et les journées de soins sur une plus longue période. L'Institut pour les sciences infirmières de l'Université de Bâle étudie ces questions dans son projet de recherche MatchRN, puisqu'il se penche sur les répercussions de l'introduction des forfaits par cas sur l'environnement de travail du personnel infirmier et sur les indicateurs relatifs à la sécurité des patients⁵.

Tab. 3 Evolution du personnel par niveau de qualification dans les hôpitaux



1.2.3 Evolution du skill mix et du grade mix à l'échelle suisse

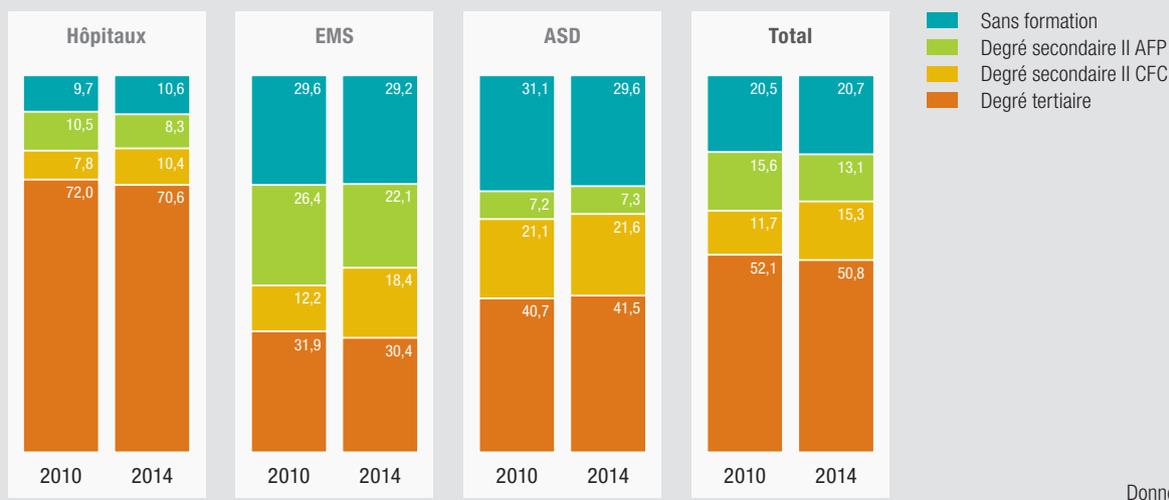
Entre 2010 et 2014, la composition du personnel de soins et d'accompagnement par niveau de qualification s'est modifiée. Le tableau 4 montre cette évolution pour l'ensemble du pays.

La proportion de personnel du degré tertiaire n'augmente légèrement que dans les services d'aide et de soins à domicile. Elle connaît une baisse dans les deux autres domaines. Tous secteurs de prise en charge confondus, ce pourcentage se réduit, puisqu'il est de 52,1% en 2010 et de 50,8% en 2014.

Etant donné la forte hausse des effectifs, la part de personnel du degré secondaire II CFC par rapport à l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement augmente, passant de 11,7% en 2010 à 15,3% en 2014. Cet accroissement concerne surtout les EMS (+ 50%) et les hôpitaux (+ 33%).

Le pourcentage de personnel du degré secondaire II AFP (niveau auxiliaire) recule de 15,6% (2010) à 13,1% (2014). Cette baisse s'explique par le fait que la formation d'aide-

5 Davantage d'informations sous : <https://matchrn.unibas.ch>

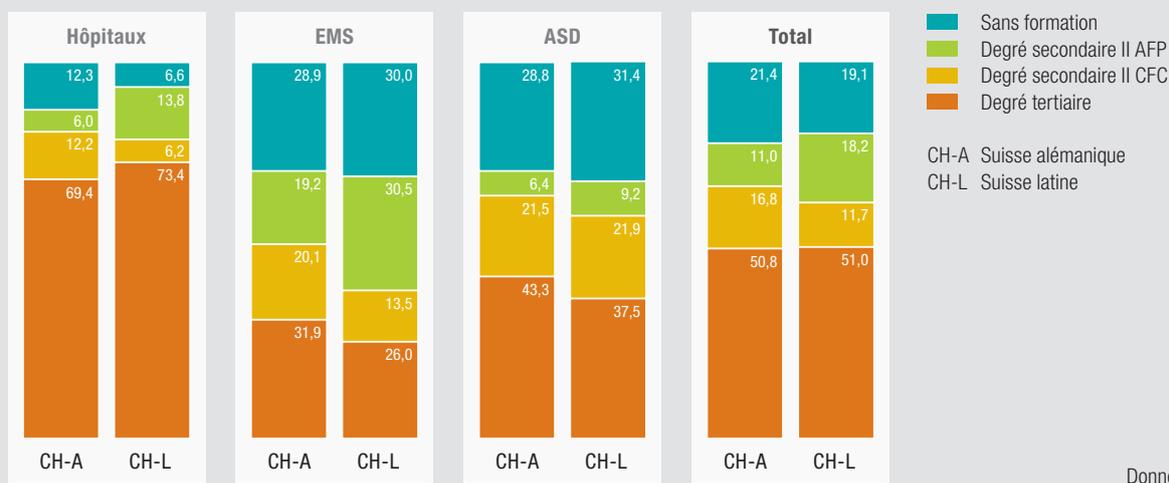
Tab. 4 Evolution du skill mix et du grade mix 2010-2014 par secteur de prise en charge (Suisse entière)

soignante selon l'ancien droit a été totalement supprimée en 2012 et que les premiers titres d'aide en soins et accompagnement (ASA) au niveau AFP ont été délivrés en 2012 seulement (filrière pilote). Cet apprentissage est encore en cours de développement (détails à ce sujet au chapitre 2.2.1). Si l'on considère la part du degré secondaire II dans son ensemble (CFC et AFP confondus), on constate une légère augmentation de 1,1% entre 2010 et 2014. Durant cette même période, le pourcentage de personnes sans formation est pratiquement inchangé, puisqu'il est de 20,5% en 2010 et de 20,7% en 2014.

1.2.4 Différences de skill mix et de grade mix selon les régions linguistiques

Le skill mix et le grade mix se distinguent non seulement par secteur de prise en charge, mais aussi entre la Suisse alémanique (CH-A) et la Suisse latine (CH-L), comme le montre le tableau 5.

La proportion de personnel infirmier diplômé est presque identique dans ces deux régions linguistiques, mais varie selon les secteurs de prise en charge. Dans les hôpitaux, elle est nettement plus élevée en Suisse latine qu'en Suisse alémanique.

Tab. 5 Skill mix et grade mix 2014 par région linguistique et secteur de prise en charge

Tab. 6 Evolution du taux d'occupation moyen

	Hôpitaux		EMS		Total	
	Etat 2014	Evolution 2010-2014	Etat 2014	Evolution 2010-2014	Etat 2014	Evolution 2010-2014
Degré tertiaire	77,2%	-1,1%	74,7%	1,4%	76,6%	-0,5%
Degré secondaire II CFC	82,1%	-2,2%	80,0%	0,3%	80,9%	-0,9%
Degré secondaire II AFP	77,8%	-1,0%	71,9%	1,0%	73,9%	0,2%
Sans formation	66,0%	-7,8%	68,2%	1,3%	67,5%	-1,5%

Dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile, c'est l'inverse.

Le pourcentage de personnel du degré secondaire II (CFC et AFP, tous secteurs de prise en charge confondus) est plus élevé en Suisse latine (29,9%) qu'en Suisse alémanique (27,8%). Cette observation vaut pour chacun des secteurs de prise en charge isolément.

En Suisse latine, la composition du personnel au degré secondaire II montre une part nettement supérieure de titulaires d'une AFP (niveau auxiliaire) et nettement inférieure de titulaires d'un CFC. Cela s'explique par des différences entre cantons dans les stratégies de prise en charge et les cultures de la formation, mais aussi par les directives en matière de politique sanitaire. Il est probable qu'en Suisse romande et au Tessin cette situation est influencée par le fait que la France et l'Italie ne connaissent pas le degré CFC dans la formation professionnelle initiale.

Par rapport à la Suisse alémanique, la Suisse latine affiche un taux de personnel sans formation supérieur dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile et nettement inférieur dans les hôpitaux.

1.2.5 Evolution du taux d'occupation moyen

L'évolution du taux d'occupation moyen a été examinée pour le personnel des hôpitaux et des EMS. Concernant les services d'aide et de soins à domicile, la méthode utilisée pour le relevé du nombre d'employés et de postes (EPT) dans la statistique Spitex ne permet pas un calcul fiable du taux d'occupation moyen, raison pour laquelle les auteurs de la présente étude renoncent à utiliser ces données.

Entre 2010 et 2014, le taux d'occupation moyen dans les hôpitaux et les EMS était légèrement en recul pour tous les niveaux de qualification, hormis le degré secondaire II AFP, où il a légèrement augmenté. En 2014, il se situait à 73,9%

pour le secondaire II AFP (niveau auxiliaire), à 80,9% pour le secondaire II CFC, à 76,6% pour le degré tertiaire et à 67,5% pour le personnel sans formation.

Dans les hôpitaux et les EMS, on observe une évolution opposée à tous les niveaux de qualification. Entre 2010 et 2014,

- le taux d'occupation moyen au degré tertiaire a reculé de 1,1% dans les hôpitaux et augmenté de 1,4% dans les EMS;
- le taux d'occupation moyen au degré secondaire II CFC a connu une baisse de 2,2% dans les hôpitaux et une légère augmentation de 0,3% dans les EMS;
- le taux d'occupation moyen au degré secondaire II AFP a reculé de 1,0% dans les hôpitaux et augmenté de 0,2% dans les EMS.

1.3 SAGES-FEMMES, PROFESSIONS MÉDICO-TECHNIQUES ET MÉDICO-THÉRAPEUTIQUES, DOMAINE DU SAUVETAGE

1.3.1 Personnel enregistré et répartition

Les sages-femmes et les ambulanciers travaillent exclusivement dans les hôpitaux, à l'exception des sages-femmes exerçant à titre indépendant et des ambulanciers engagés dans les services de sauvetage non liés à un hôpital. La statistique des hôpitaux fournit des données détaillées pour ces deux professions.

Pour les professions médico-techniques et médico-thérapeutiques (MTT), seule la statistique des hôpitaux établit une différenciation. La statistique SOMED réunit ces deux groupes sous les désignations «Thérapeute dipl.» et «Autre formation du domaine de l'assistance et des soins» et la statistique Spitex sous la rubrique «Personnel thérapeutique (ergothérapie, physiothérapie et autres)».

Dans ces professions, un nombre non recensé de personnes déploient leur activité hors des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile. Il s'agit des sages-femmes et des thérapeutes exerçant à titre indépendant ainsi que du personnel engagé dans l'industrie ou au sein de cabinets, laboratoires, instituts et institutions pour personnes souffrant de handicaps, d'addiction ou de problèmes psychosociaux. S'y ajoutent les ambulanciers et techniciens ambulanciers travaillant dans des services de sauvetage non liés à des hôpitaux.

Concernant les sages-femmes, les professions MTT ainsi que les ambulanciers et techniciens ambulanciers, il n'existe pas de données précises quant aux effectifs au sein des institutions non intégrées dans la statistique fédérale. Il convient pour ces derniers de procéder à des estimations.

1.3.2 Evolution des effectifs dans les hôpitaux entre 2010 et 2014

Le tableau 7 indique l'évolution des effectifs pour les sages-femmes, les membres des professions MTT, les ambulanciers et les techniciens ambulanciers actifs dans les hôpitaux entre 2010 et 2014.

Parmi les sages-femmes et dans les professions médicothérapeutiques telles que l'ergothérapie, la physiothérapie et la diététique, la dynamique de croissance correspond à celle que l'on constate pour le personnel infirmier dans les hôpitaux.

Le nombre de thérapeutes d'activation ne connaît par contre qu'une faible croissance durant la même période.

Dans le domaine de la technique en salle d'opération, on remarque une évolution surprenante avec un recul des effectifs de 27,9% et une baisse simultanée du taux d'occupation moyen. Le nombre de postes diminue ainsi de 31,1%⁶. Le nombre inhabituellement élevé de contrats à durée déterminée dans ce groupe professionnel conduit à une fluctuation de personnel supérieure à la moyenne. Il se peut dès lors qu'au 31.12., jour de référence pour le relevé des postes, les effectifs aient été inférieurs à la moyenne annuelle.

Pour le personnel de technique en analyses biomédicales et de technique en radiologie médicale, actif dans le domaine du diagnostic, la dynamique de croissance est supérieure à ce qu'elle est parmi le personnel infirmier.

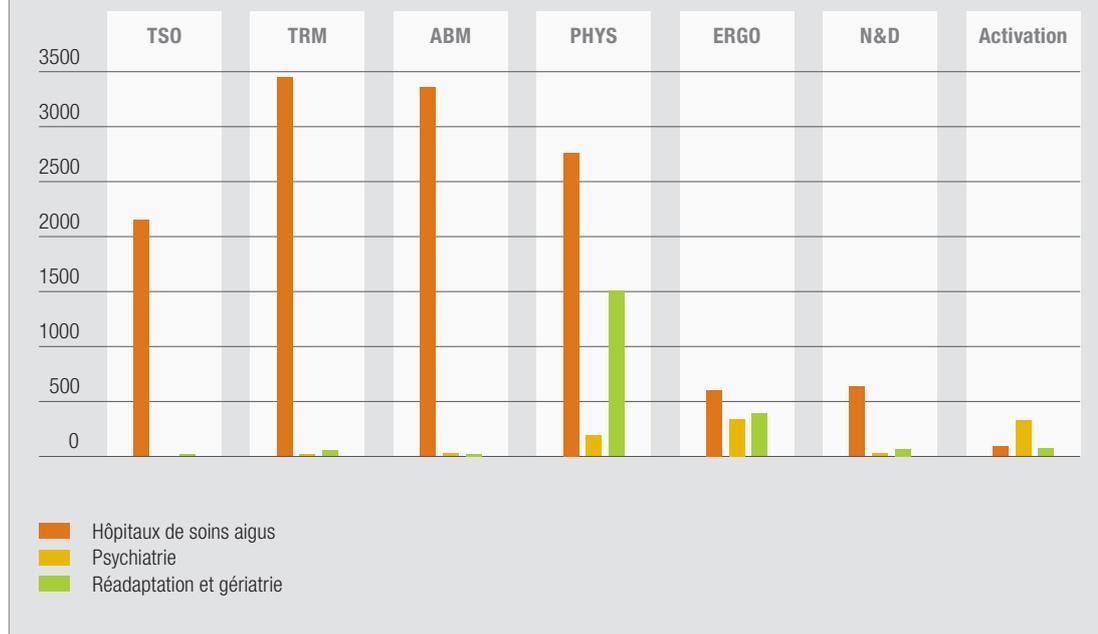
Dans le domaine du sauvetage, l'effectif des techniciens ambulanciers diminue, mais ce recul est plus que compensé par la hausse du taux d'occupation moyen, puisque le nombre d'EPT s'est accru de 14,6%. Le nombre d'ambulanciers augmente de 19% avec un taux d'occupation moyen en légère progression.

Le tableau et les commentaires concernant ces groupes professionnels ne reflètent que les offres liées à un hôpital.

Tab. 7 Effectifs dans les professions MTT, le domaine du sauvetage et parmi les sages-femmes dans les hôpitaux

	Nombre de personnes		Hausse ou baisse	Taux d'occupation moyen	
	2010	2014		2010	2014
Sage-femme	2 232	2 444	9,5 %	68,8 %	69,3 %
Technique en salle d'opération	2 979	2 147	-27,9 %	85,7 %	81,9 %
Technique en radiologie médicale	3 043	3 496	14,9 %	81,8 %	81,0 %
Technique en analyses biomédicales	2 860	3 397	18,8 %	79,3 %	79,5 %
Physiothérapie	4 006	4 447	11,0 %	79,7 %	76,5 %
Ergothérapie	1 205	1 326	10,0 %	72,3 %	71,9 %
Diététique	649	724	11,6 %	63,8 %	64,6 %
Activation	464	482	3,9 %	59,7 %	57,4 %
Ambulancier	952	1 133	19,0 %	77,6 %	78,7 %
Technicien ambulancier	256	224	-12,5 %	46,9 %	61,7 %

⁶ Dans le domaine opératoire, le personnel infirmier titulaire d'un certificat de capacité OP est enregistré dans la statistique des hôpitaux sous la fonction « Infirmier/ère diplômé/e avec spécialisation ». Etant donné que cette fonction englobe toute une série de perfectionnements, il n'est pas possible de connaître le nombre précis de titulaires d'un certificat de capacité OP.

Tab. 8 Répartition des membres des professions MTT par type d'hôpital

1.3.3 Répartition des membres des professions MTT par type d'hôpital

Comme le montre le tableau 8, les membres des professions MTT sont engagés presque exclusivement dans les hôpitaux de soins aigus, ce qui est aussi majoritairement le cas pour la diététique.

Les physiothérapeutes sont principalement actifs dans les hôpitaux de soins aigus et la réadaptation/gériatrie. On trouve aussi dans ces deux domaines un grand nombre d'ergothérapeutes, qui œuvrent en outre en psychiatrie. La thérapie d'activation est avant tout présente en psychiatrie.

1.3.4 Evolution des effectifs des professions MTT dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile de 2010 à 2014

Des membres des professions thérapeutiques sont actifs dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile, où ils figurent en tant que groupe. Il n'est dès lors pas possible de connaître l'effectif par profession. Le tableau 9 montre l'évolution de ce groupe de 2010 à 2014.

Durant cette période, les effectifs des professions thérapeutiques ont diminué de 12 % dans les services d'aide et de soins à domicile. L'engagement de personnel des professions thérapeutiques dans les services d'aide et de soins à domicile se concentre sur les cantons VD, GE et VS.

Dans les EMS, les effectifs des professions thérapeutiques ont reculé de 9,4 % alors que le nombre d'EPT augmentait de 10,3 % durant la même période. Cette situation se traduit par une hausse importante du taux d'occupation moyen. Pour les autres professions d'accompagnement et de thérapie, on relève une hausse de 3,0 % des effectifs et de 14,9 % des EPT.

Tab. 9 Evolution des effectifs des professions MTT dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile de 2010 à 2014

	Nombre de personnes		Hausse ou baisse	Taux d'occupation moyen	
	2010	2014		2010	2014
Aide et soins à domicile					
Personnel de thérapie	248	218	-12,1 %	51,3%	55,0%
EMS					
Thérapeutes diplômés	1 070	969	-9,4 %	48,6%	59,2%
Autre personnel d'accompagnement et de thérapie	2 123	2 186	3,0 %	55,7%	62,1%

1.3.5 Evaluation des effectifs en dehors des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile

Comme indiqué en préambule au chiffre 1.3.1, un nombre non recensé de sages-femmes, de membres des professions MTT, d'ambulanciers et de techniciens ambulanciers exercent en dehors des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile.

Deux enquêtes sont à disposition pour évaluer l'importance de ce personnel : « Prognose Gesundheitsberufe Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie » (Pronostics sur les professions d'ergothérapeute, de sage-femme et de physiothérapeute) réalisée par la Haute école des sciences appliquées de Zurich (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW) et « Analyse du marché du travail des Techniciens en Radiologie Médicale », conduite sur mandat de l'ASTRM. Ces études reposent sur des données de 2010 et 2011.

Afin d'obtenir l'évaluation la plus proche possible de la réalité, des renseignements ont été demandés aux associations des sages-femmes ainsi que des professions MTT. Cela a permis de disposer de chiffres actuels pour la majorité de ces professions.

Les résultats provenant des sources les plus récentes peuvent être résumés comme suit :

Sages-femmes

En 2016, 1450 sages-femmes exerçant à titre indépendant sont enregistrées auprès de la Fédération suisse des sages-femmes. Les données sur leur taux d'occupation ne sont pas recensées. On peut partir du principe qu'une partie de ces personnes sont également engagées dans un hôpital, bien que l'on ne dispose pas de chiffres à ce sujet. A des fins d'extrapolation pour le présent rapport, les auteurs estiment cette partie à 15 %. (Source : Fédération suisse des sages-femmes)

Technicienne/technicien en salle d'opération (TSO)

Les TSO travaillent majoritairement dans les hôpitaux. D'autres exercent dans des structures ambulatoires (cliniques de jour, cabinets). On ne dispose toutefois pas de données sur le nombre de ces personnes.

Technicienne/technicien en radiologie médicale (TRM)

Selon une étude de l'ASTRM, 472 TRM travaillaient dans des instituts privés en Suisse en 2010, ce qui correspond à 354 EPT pour un taux d'occupation moyen de 75 %. (Source : étude ASTRM, 2011)

Technicienne/technicien en analyses biomédicales

Aucune analyse sur les effectifs en dehors des hôpitaux n'a été trouvée pour cette profession et l'association ne dispose d'aucune donnée à ce sujet. Selon la planification des soins du canton de Berne, l'effectif global devrait dépasser de 50 % les effectifs présents dans les hôpitaux.

Physiothérapeute

L'association estime qu'en 2016, 5907 physiothérapeutes exercent à titre indépendant. Le taux d'occupation moyen est évalué à 74,1 %, ce qui représente 4382 EPT. (Source : Physioswiss)

Ergothérapeute

L'association estime à environ 800 le nombre d'ergothérapeutes exerçant à titre indépendant en 2016 (750 dans des cabinets, avec un statut d'indépendants ou de salariés, et 50 travaillant de façon mobile hors cabinet). Le taux d'occupation moyen est évalué à 75 %, ce qui correspond à 600 EPT environ. Le degré d'affiliation au sein de l'association est estimé à 85 %. On peut donc tableer sur environ 940 ergothérapeutes indépendants, représentant quelque 705 EPT. (Source : Association suisse des ergothérapeutes)

Diététicienne/diététicien

Selon l'association, environ 410 diététiciennes ont leur propre cabinet ou sont affiliées à une organisation de conseil en diététique en 2016. Selon une statistique de 2010 de l'association, quelque 350 autres diététiciennes sont engagées dans des NPO, l'industrie ou la recherche. Cette statistique montre qu'étonnamment beaucoup de professionnels ont plusieurs activités, ce qui vaut également pour les diététiciennes dans les hôpitaux. Ces données laissent à penser que le nombre de professionnels est en réalité d'un tiers inférieur à l'effectif de personnes engagées. L'effectif global devrait ainsi être de 1014 diététiciennes, dont 724 sont recensées dans la statistique des hôpitaux. Etant donné cette pluriactivité, il n'est pas possible de déduire le taux d'occupation moyen. (Source : Association suisse des diététicien-ne-s ASDD)

Spécialiste en activation

Selon l'association, 510 spécialistes en activation dipl. ES sont enregistrés en 2016 dans le NAREG. La formation ES a été introduite en 2008. Aucun chiffre n'est disponible sur les titulaires d'un diplôme selon l'ancien droit. La SVAT estime que seules quelques personnes exercent à titre indépendant, mais ne dispose pas de chiffres sur leur nombre précis ni sur leur taux d'occupation. (Source : Schweizerischer Verband der Aktivierungsfachfrauen/-männer SVAT)

Ambulancier et technicien ambulancier

Au moment de la rédaction de ce rapport, on ne dispose pas de données agrégées sur les effectifs dans les services de sauvetage non liés à un hôpital. On peut toutefois considérer que la part des ambulanciers et techniciens ambulanciers dans ces services de sauvetage représente plus de la moitié de l'effectif global.

Podologue

Dans la statistique des hôpitaux, les podologues ne sont pas enregistrés en tant que tels, mais sont inclus dans une catégorie regroupant plusieurs professions. Ils font cependant partie des professions de la santé non universitaires de l'OdASanté. L'association Schweizerischer Podologen-Verband compte actuellement 1092 membres, dont quelque 40 % ont suivi une formation tertiaire. Selon elle, le taux d'affiliation est d'environ 75 % et une grande majorité des membres exercent à titre indépendant ou en tant que salariés dans des cabinets de podologie. (Source : Schweizerischer Podologen-Verband SPV)

Orthoptiste

Dans la statistique des hôpitaux, les orthoptistes ne sont pas enregistrés en tant que tels, mais sont inclus dans une catégorie regroupant plusieurs professions. Ils font cependant partie des professions de la santé non universitaires de l'OdASanté. En 2016, l'association compte 225 membres actifs et le taux d'affiliation est estimé à 50 %. Dès lors, on peut tabler sur environ 450 orthoptistes professionnellement actifs. Ils travaillent dans des cliniques ophtalmologiques, des cabinets d'ophtalmologues et quelques autres lieux. Le taux d'occupation moyen est évalué à 50 %. (Source : Swiss Orthoptics)

Hygiéniste dentaire

Dans la statistique des hôpitaux, les hygiénistes dentaires ne sont pas enregistrés en tant que tels, mais sont inclus dans une catégorie regroupant plusieurs professions. Ils font cependant partie des professions de la santé non universitaires de l'OdASanté. En 2016, l'association compte 2095 membres pour un taux d'affiliation estimé à 85 %. Dès lors, on peut tabler sur environ 2460 personnes actives au sein de cabinets dentaires ou de cliniques universitaires de médecine dentaire. (Source : Swiss Dental Hygienists)

Tab. 10 Effectifs dans les professions MTT, les services de sauvetage et parmi les sages-femmes (en nombre de personnes)

	Hôpitaux	EMS	Aide et soins à domicile	Autres	Total
Sage-femme	2 444	–	–	1 232	3 676
Technicien/ne en salle d'opération	2 147	–	–	–	2 147
Technicien/ne en radiologie médicale	3 496	–	–	472	3 968
Technicien/ne en analyses biomédicales ^{a)}	3 397	–	–	1 699	5 096
Ambulancier ^{a) b)}	1 133	–	–	–	–
Technicien ambulancier ^{a) b)}	224	–	–	–	–
Physiothérapeute	4 447	107	153	5 907	10 614
Ergothérapeute	1 326	107	65	940	2 438
Diététicienne/diététicien	724	–	–	290	1 014
Spécialiste en activation	482	856	–	–	1 338
Podologue, degré tertiaire ^{c)}	–	–	–	–	582
Orthoptiste ^{c)}	–	–	–	–	450
Hygiéniste dentaire ^{c)}	–	–	–	–	2 460

a) Les données pour la technique en analyses biomédicales ont un caractère spéculatif et, pour les ambulanciers et techniciens ambulanciers, il n'est pas possible d'émettre des conclusions sur la base des connaissances à disposition.

b) On ne dispose pas de données sur les effectifs dans les services de sauvetage non liés à un hôpital : l'effectif global des ambulanciers et techniciens ambulanciers est par conséquent également inconnu.

c) On ne dispose que de chiffres sur l'effectif global des associations professionnelles respectives. Une classification de ces personnes en fonction des différents lieux de travail n'est pas possible (voir chiffre 1.3.5).

1.3.6 Vue d'ensemble

Une fois ces données regroupées et sachant

- que le personnel thérapeutique des services d'aide et de soins à domicile est constitué à 70 % d'ergothérapeutes et à 30 % de physiothérapeutes,
- que le personnel thérapeutique diplômé des EMS est formé à 80 % de spécialistes en activation, à 10 % d'ergothérapeutes et à 10 % de physiothérapeutes,
- qu'aucune des professions pertinentes pour le présent rapport n'est recensée dans la catégorie « Autres formations thérapeutiques et d'accompagnement » des EMS,

l'image globale du groupe des sages-femmes, des professions MTT ainsi que des ambulanciers et techniciens ambulanciers est représentée dans le tableau 10.

1.4 PERSONNEL DE SANTÉ TITULAIRE D'UN DIPLÔME ÉTRANGER

1.4.1 Effectifs

Seule la statistique SOMED-A pour les EMS fournit des données sur les effectifs du personnel titulaire d'un diplôme acquis à l'étranger. Elle montre de grandes différences entre régions linguistiques ainsi qu'en termes de professions représentées (voir tableau 11).

En 2014, 13,1 % du personnel de tous les EMS détenait un diplôme étranger, dans une proportion trois fois supérieure en Suisse latine qu'en Suisse alémanique.

La profession la plus représentée est celle des soins infirmiers, avec 19,4 % pour la Suisse alémanique et 53,1 % pour la Suisse latine. La part élevée du personnel soignant diplômé détenant un diplôme étranger dans les EMS de la Suisse latine a différentes causes. En raison de l'écart de salaire entre la Suisse et l'étranger voisin, les régions proches de la frontière

(GE, NE, TI, VD) exercent une force d'attraction sur les travailleurs étrangers et les frontaliers. Il serait d'autre part aussi intéressant de connaître les causes de la faible part du personnel infirmier titulaire d'un diplôme HES dans les EMS de Suisse romande.

Les différences sont également importantes entre régions linguistiques pour le degré secondaire II. Entre 2010 et 2014, la part de titulaires d'un diplôme étranger dans les EMS a augmenté pour toutes les professions et toutes les régions linguistiques.

1.4.2 Système d'information central sur la migration : immigration

L'Obsan a procédé à des analyses détaillées des données provenant du système d'information central sur la migration (SYMIC). Le SYMIC contient des renseignements sur le nombre de professionnels de la santé qui, lors de leur entrée dans le pays, ont annoncé avoir un engagement dans un hôpital, un EMS ou auprès d'une agence de placement privée. Les chiffres de 2014 figurent dans le tableau 12.

En 2014, 1040 professionnels de la santé détenaient une autorisation de séjour de durée indéterminée, 409 une autorisation de séjour de durée limitée et 1618 une autorisation frontalière. L'analyse de ces chiffres montre que les soins infirmiers de niveau tertiaire représentent la plus grande partie de ces personnes et que les hôpitaux en sont les principaux employeurs.

Le SYMIC contient également des données sociodémographiques qui indiquent en résumé que les immigrants sont plutôt jeunes – en particulier les sages-femmes et les membres des professions MTT – et que les personnes engagées dans les EMS sont en moyenne plus âgées que celles qui se destinent aux hôpitaux.

Tab. 11 Part de personnel titulaire d'un diplôme étranger dans les EMS

	Ensemble de la Suisse		Suisse latine		Suisse alémanique	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Soins infirmiers tertiaire	22,3 %	26,7 %	43,0 %	53,1 %	16,2 %	19,4 %
Secondaire II total	8,3 %	9,7 %	19,7 %	22,7 %	3,5 %	4,7 %
Secondaire II CFC	2,5 %	3,6 %	4,6 %	5,4 %	2,0 %	3,2 %
Secondaire II AFP	10,9 %	14,7 %	24,2 %	30,4 %	4,4 %	6,2 %
Sans formation	2,2 %	3,6 %	3,9 %	4,4 %	1,5 %	3,3 %
Total	11,0 %	13,1 %	21,2 %	25,1 %	7,2 %	9,0 %

Tab. 12 Accroissement du nombre de professionnels de la santé au bénéfice d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation frontalière en 2014

	Hôpitaux	EMS	Agence privée de placement	Total
Autorisation de séjour				
Soins infirmiers, tertiaire	685	91	8	784
Soins et accompagnement, secondaire II	71	55	2	128
Sages-femmes	20	–	2	22
Professions médico-thérapeutiques	52	3	1	56
Professions médico-techniques	49	–	1	50
Total	877	149	14	1040
Autorisation de séjour de durée limitée				
Soins infirmiers, tertiaire	182	60	62	304
Soins et accompagnement, secondaire II	14	16	12	42
Sages-femmes	9	–	3	12
Professions médico-thérapeutiques	27	–	5	32
Professions médico-techniques	14	–	5	19
Total	246	76	87	409
Autorisation frontalière				
Soins infirmiers, tertiaire	605	148	274	1027
Soins et accompagnement, secondaire II	129	131	214	474
Sages-femmes	34	–	5	39
Professions médico-thérapeutiques	58	5	5	68
Professions médico-techniques	9	–	1	10
Total	835	284	499	1618

Les immigrants proviennent des pays voisins à raison de 83,8% (Allemagne, France, Italie). Les chiffres montrent également de fortes différences cantonales en termes de flux d'immigration.

1.4.3 Système d'information central sur la migration : solde migratoire

La mise en parallèle de l'immigration avec l'émigration fournit le solde migratoire, paramètre important pour l'interprétation des mouvements globaux. L'Obsan analyse l'importance du solde migratoire de personnel qualifié comme suit :

- 60 % du personnel infirmier tertiaire engagé durant la période 2010-2014 disposaient d'un diplôme délivré en Suisse et 40 % sont entrés en fonction avec un diplôme obtenu à l'étranger. Durant cette période, la Suisse a délivré 10952 diplômes en soins infirmiers et vu immigrer 6347 titulaires d'un diplôme étranger. Même si l'on parvient à accroître le nombre de diplômes décernés en Suisse, les migrants de ce groupe professionnel continueront de jouer un rôle central dans la couverture sanitaire.
- La situation est tout autre pour le personnel de soins et d'accompagnement au degré secondaire II. Grâce à la forte expansion de l'apprentissage d'assistante/assistant en soins et santé communautaire (ASSC) avec CFC et au développement de la formation d'aide en soins et accompagnement avec AFP, le nombre de professionnels formés en Suisse est nettement plus élevé que celui des immigrants engagés. Entre 2010 et 2014, la Suisse a délivré 21 700 certificats et vu immigrer 1210 professionnels de ce niveau de formation.

1.5 DENSITÉ DE PERSONNEL INFIRMIER DANS LA COMPARAISON DE L'OCDE

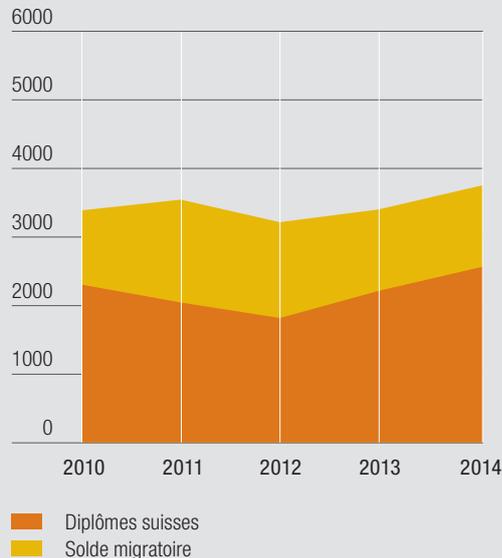
Lorsque l'on représente les effectifs de personnel, on part communément de l'idée que la situation relevée correspond aux besoins, ceux-ci n'étant pas remis en cause en tant que tels. Il est possible de placer les besoins en personnel dans un contexte élargi en établissant une comparaison avec d'autres pays. Pour ce faire, la statistique de l'OCDE constitue une source de données intéressante, qui saisit notamment certaines variables sur le personnel de santé dans les pays membres⁷.

La statistique recense le nombre de personnes ainsi que la densité de personnel, autrement dit le nombre de professionnels par habitant. Une grande prudence est néanmoins de mise lorsque l'on interprète ces chiffres, car il faut tenir compte de quelques restrictions :

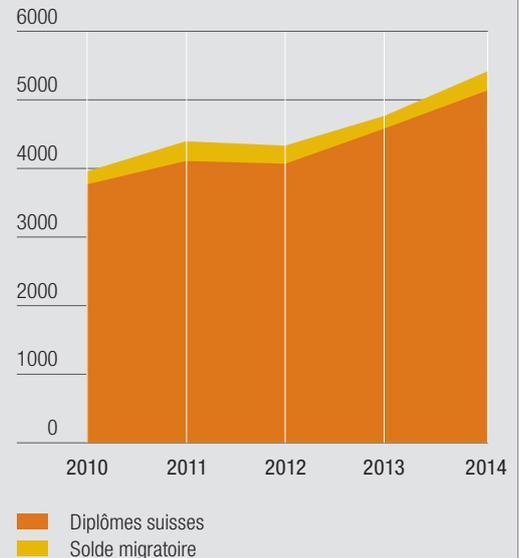
- **Données incomplètes** : tous les pays ne livrent pas des données sur le personnel ; tous ne fournissent pas des données sur toutes les professions indiquées et l'on ne dispose pas de données de chaque pays pour chaque année.
- **Manque de comparabilité** : la difficulté majeure de la statistique de l'OCDE réside dans la définition très large des catégories supérieures, qui laisse beaucoup de marge pour la classification des niveaux de qualification. C'est en particulier le cas pour les rubriques « nurses » et « caring

⁷ Les données sont disponibles sous : http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (état du 9.5.2016)

Tab. 13 Comparaison des diplômes délivrés en Suisse avec le solde migratoire 2010-2014 pour les soins infirmiers du degré tertiaire



Tab. 14 Comparaison des titres délivrés en Suisse avec le solde migratoire 2010-2014 pour les professions de soins et d'accompagnement du degré secondaire II



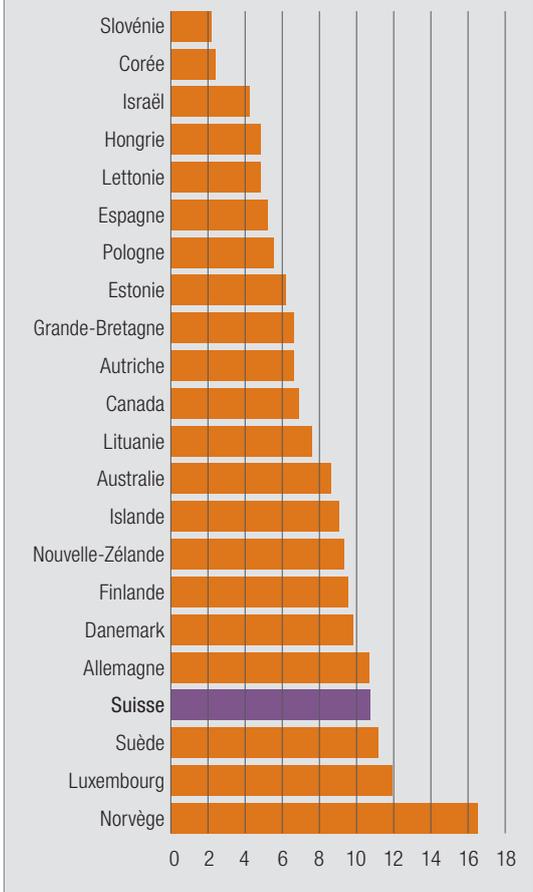
personnel ». Outre ces imprécisions, le seul fait que les pays disposent de systèmes de formation et de structures de prise en charge différents suffit à remettre la comparabilité en question.

- **Non-prise en compte du taux d'occupation** : dans les pays où le taux d'occupation moyen est bas, il faut davantage de personnes pour le même volume de postes. La statistique ne tient pas compte de ce paramètre, car elle n'indique que le nombre de personnes, et non celui des EPT.
- **Grandeur de référence** : le personnel de santé est relevé en lien avec le nombre d'habitants. Dès lors, ces chiffres reflètent davantage le degré de prise en charge dans chacun des pays que le niveau d'« efficacité » du personnel (autrement dit le rapport entre le personnel engagé et les prestations fournies)⁸. Etant donné les différences dans les catégorisations et les stratégies de prise en charge, il peut s'avérer en outre délicat de procéder à des comparaisons par profession.

Le tableau 15 illustre la densité du personnel infirmier diplômé en comparaison par pays en 2012. Il correspond à la sous-catégorie « professional nurses, practising » dans la catégorie « nurses ». La Suisse inclut dans cette rubrique le personnel infirmier diplômé du degré tertiaire, y compris personnes avec spécialisation, issu des trois statistiques – hôpitaux, SOMED et Spitex. Depuis 2007, année où cette variable a été saisie pour la première fois, la densité du personnel infirmier ne s'est que très peu modifiée, passant de 10,31 diplômés pour 1000 habitants en 2007 à 10,75 en 2012. La moyenne de tous les pays recensés en 2012 s'élevait à 7,76.

⁸ Une comparaison des dotations en personnel fait ressortir de grandes différences, non seulement à l'échelle internationale, mais aussi entre cantons suisses, comme le montre une étude d'Avenir Suisse consacrée aux soins aux personnes âgées (2016). Cette étude a examiné le rapport entre la totalité des effectifs (en EPT) et le nombre d'heures de soins par canton. En 2014, les différences entre les cantons et la moyenne suisse allaient jusqu'à respectivement 34 % (EMS) et 30 % (aide et soins à domicile). Comme l'écrivent les auteurs, une partie des différences devrait toutefois être due à la diversité des systèmes de recensement des soins.

Tab. 15 Nombre de diplômés en soins infirmiers pour 1000 habitants (2012)



2 ACTIVITÉ DE FORMATION

2.1 DONNÉES DE BASE

Les chiffres concernant le nombre d'étudiants et d'apprentis ainsi que de titres professionnels décernés proviennent de la statistique de l'éducation (formation professionnelle initiale et supérieure) et du système d'information universitaire suisse (SIUS) de l'OFS.

Au niveau auxiliaire, les derniers certificats d'aide-soignante CRS ont été délivrés en 2010 et 2011 et les premières AFP d'aide en soins et accompagnement (ASA), qui sanctionnent une formation en deux ans, étaient décernées en 2012.

Au niveau CFC, la forte augmentation et le nombre élevé de CFC d'ASSC remis sont frappants, puisqu'ils passent de 2561 en 2010 à 3710 en 2014, la hausse s'établissant à tout juste 45 %.

2.2 DEGRÉ SECONDAIRE II

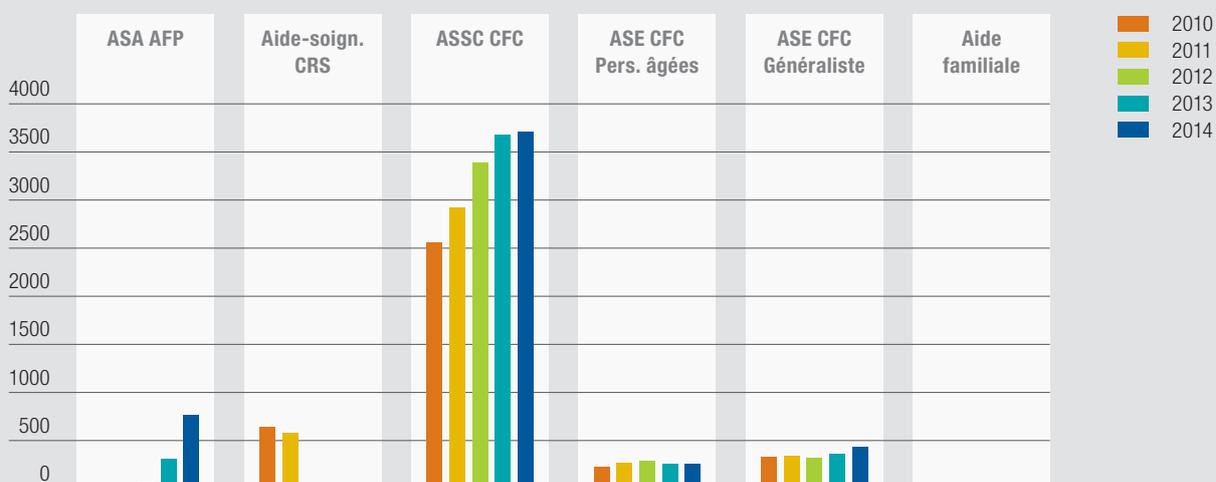
2.2.1 Formation professionnelle

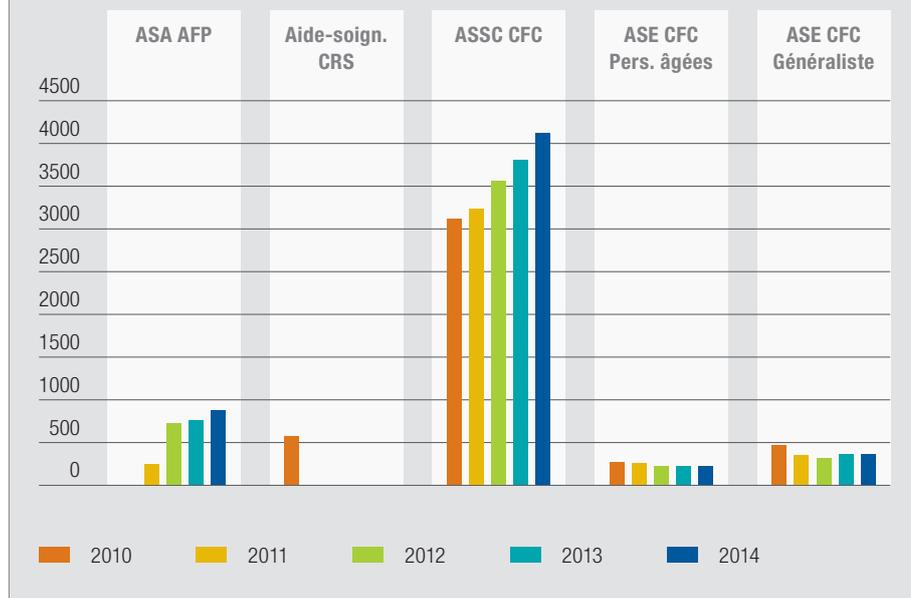
Le tableau 16 montre l'évolution des titres de formation dans les professions de soins et d'accompagnement au degré secondaire II.

Les CFC d'assistante socio-éducative/assistant socio-éducatif (ASE), orientations « accompagnement des personnes âgées » et « généraliste », affichent également une progression remarquable de 24 %. On a en effet enregistré 555 CFC en 2010 et 687 en 2014.

Le tableau 17 représentant les entrées dans une formation entre 2010 et 2014 indique que le nombre de titres d'ASA

Tab. 16 Evolution des titres de formation au degré secondaire II



Tab. 17 Evolution des entrées dans les formations de degré secondaire II

décernés restera sur une courbe ascendante. En 2014, on comptait 880 apprenties et apprentis en début de formation. Le nombre d'AFP décernées devrait donc progresser dans les années qui viennent, sans toutefois atteindre le niveau de l'ancienne formation CRS d'aide-soignante.

L'évolution du nombre de personnes entamant un apprentissage d'ASSC est notable; en 2014, on comptait 4125 nouveaux apprenties et apprentis ASSC. Elle montre que la dynamique constatée par rapport au nombre de CFC décernés ne s'interrompt pas.

Les entrées dans la formation d'ASE accusent à l'inverse un recul pour les deux orientations « accompagnement des personnes âgées » et « généraliste ». Le nombre de nouveaux apprenties et apprentis est passé de 726 en 2010 à 591 en 2014. Il faut donc s'attendre ici à une baisse du nombre de CFC délivrés dans les années à venir.

2.2.2 Formations donnant accès au degré tertiaire

La maturité gymnasiale, la maturité professionnelle santé-social et la maturité spécialisée santé ouvrent la voie aux formations du degré tertiaire A. Le tableau 18 montre une tendance générale à la hausse. Le chapitre 3 de ce rapport en fournit une analyse approfondie.

Les titres de l'école de culture générale (ECG) ouvrent la voie aux écoles supérieures. Le tableau 19 illustre l'évolution du nombre de MS décernées entre 2010 et 2014.

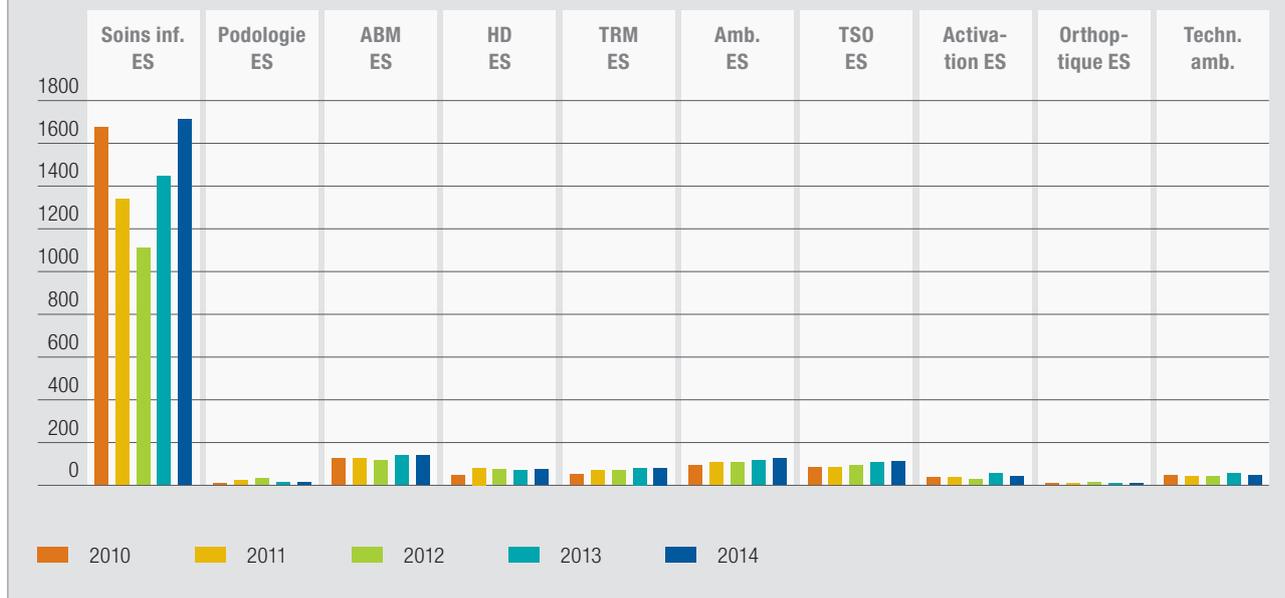
Tab. 18 Evolution des titres de maturité 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Maturité gymnasiale	18872	18976	18085	18217	18437
Maturité prof. santé-social	1471	1610	1832	2016	2106
Maturité spécialisée santé	–	–	702	674	733

Tab. 19 Evolution des titres de l'école de culture générale 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
ECG Santé	981	666	783	783	911
ECG Santé/Sciences naturelles	37	42	58	59	89
ECG Santé/Pédagogie	9	199	117	151	215
ECG domaine santé total	1027	907	958	993	1215

Tab. 20 Evolution des titres au degré tertiaire B



2.3 DEGRÉ TERTIAIRE B

Le tableau 20 présente l'évolution du nombre de titres décernés dans les formations du degré tertiaire B.

La formation en soins infirmiers au niveau ES connaît une baisse temporaire après 2010, dont elle se remet progressivement jusqu'en 2014. Si l'on a compté 1676 diplômes décernés en 2010, ce chiffre est tombé à 1109 en 2012 et remonté à 1710 en 2014.

Le recul des titres en soins infirmiers ES entre 2010 et 2012 s'explique essentiellement par l'abandon des formations DN I et DN II selon l'ancien droit, dont les derniers diplômes ont été remis en 2011. La formation selon l'ancien droit a été supprimée en 2012, alors que la mise sur pied de la filière ES n'était pas tout à fait achevée. Cette baisse doit aussi être mise en relation avec la formation d'ASSC avec CFC, qui constitue une voie de recrutement pour les soins infirmiers ES. Entre 2007 et 2010, le nombre de CFC délivrés dans cette profession était encore comparativement bas. Comme le montre l'évolution des titres ES en soins infirmiers, la tendance reste à la hausse, ce qui permet de tabler sur un nombre croissant de ces diplômes dans les années à venir.

Dans les autres professions sanitaires du tertiaire B, on note une progression pour la technique en radiologie médicale ES, les ambulanciers ES et la technique opératoire ES. Pour les autres formations, on constate des variations sans qu'une tendance nette se dessine.

On n'enregistre pas de baisse des admissions aux formations en soins infirmiers ES comme on l'observe pour le nombre de diplômes décernés, mais l'évolution est instable. On relevait 1418 admissions en 2010 et 1675 en 2014. La valeur la plus élevée est recensée en 2013 avec 1839 entrées⁹.

Pour les autres professions de la santé du degré tertiaire B, l'image des admissions recoupe celle des diplômes délivrés (voir tableau 21).

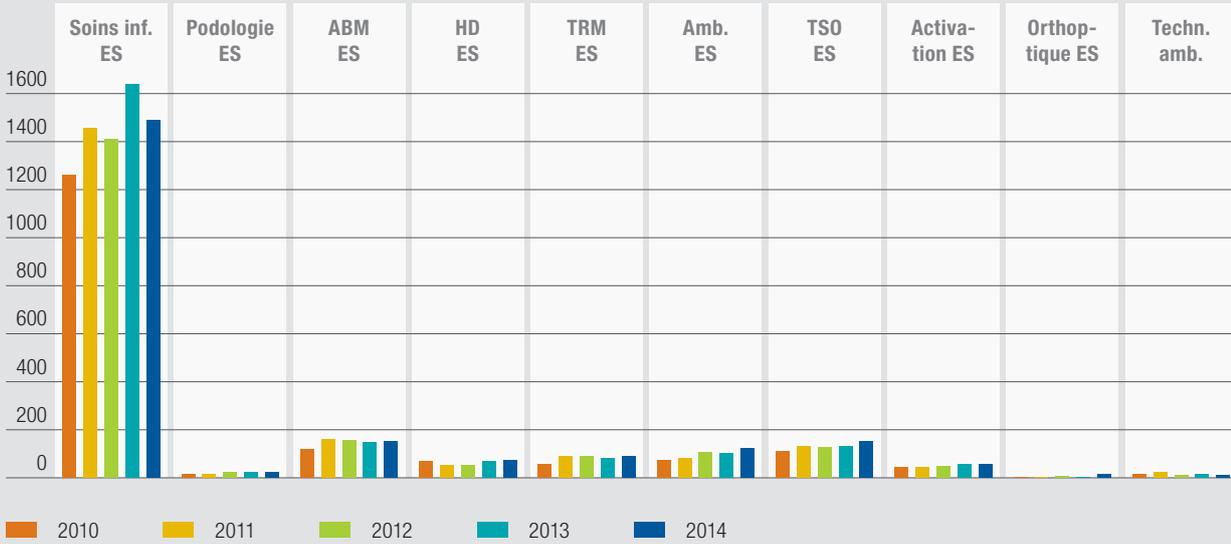
2.4 DEGRÉ TERTIAIRE A

Comme le montre le tableau 22, le nombre de titres délivrés de 2010 à 2014 dans toutes les professions du degré tertiaire A est en progression.

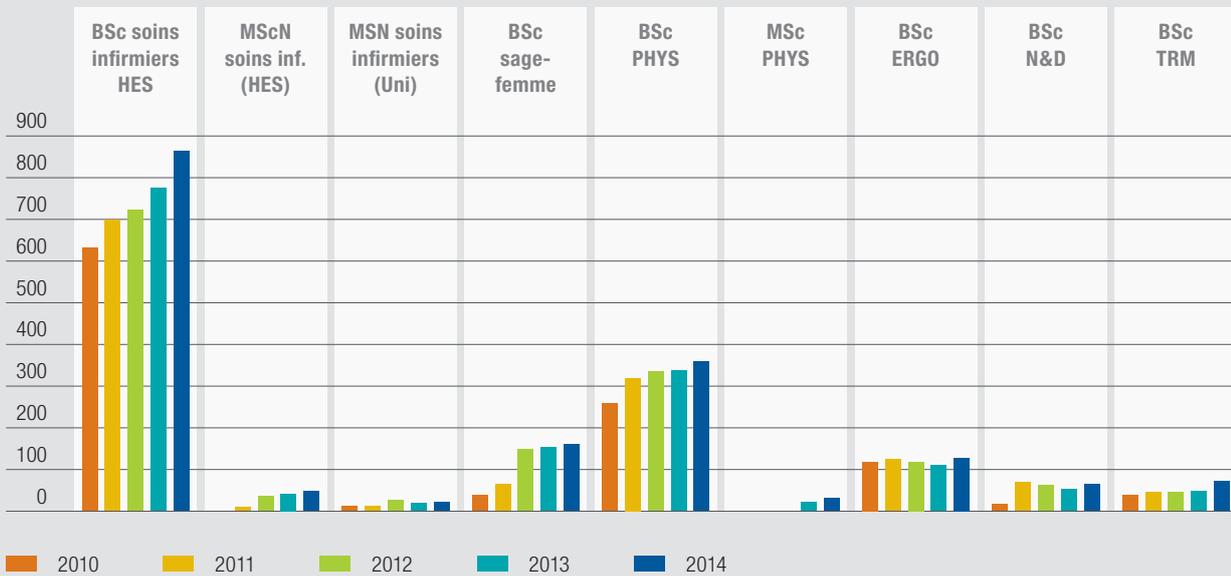
Si 614 étudiants ont obtenu un titre de bachelor en 2010, ils étaient 843 dans ce cas en 2014. Il faut y ajouter 47 masters

⁹ Le recensement 2012 à 2014 des admissions dans les filières de soins infirmiers ES par les prestataires de formation diverge de celui de la statistique OFS présenté ici. L'ASCFS indique pour ces années un chiffre supérieur de 17%. L'écart vient du fait que l'OFS ne comptabilise que les entrées en première année de formation et n'inclut pas les ASSC accomplissant la formation raccourcie en deux ans qui leur est réservée.

Tab. 21 Evolution des admissions au degré tertiaire B



Tab. 22 Evolution des titres de bachelor dans les filières HES

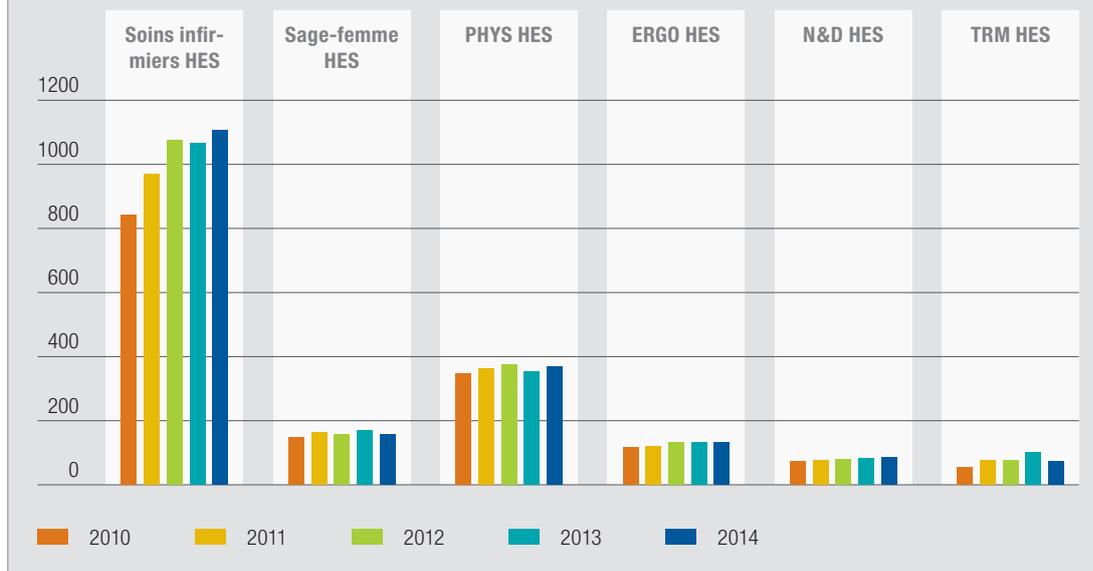


en soins infirmiers au niveau HES et 20 masters au niveau universitaire¹⁰.

La hausse marquante des diplômes HES est à mettre en parallèle avec le fait que les filières HES santé en Suisse alé-

manique ne sont proposées que depuis 2006 et s’y sont depuis lors successivement développées. Les premiers diplômes HES santé en Suisse alémanique ont été décernés en 2009. La hausse la plus importante concerne les bachelors de sage-femme, en raison du lancement échelonné des filières. La

¹⁰ Il faut ajouter au niveau universitaire quelques bachelors et PHD in Nursing Science. Pour des raisons de lisibilité, ces titres n’ont pas été reportés dans le graphique.

Tab. 23 Evolution des admissions dans les filières HES

physiothérapie affiche aussi une croissance nette. Dans ce domaine, les premiers masters ont été décernés en 2013 et on en comptait 29 en 2014. Les titres HES en ergothérapie, diététique et technique en radiologie médicale montrent une image peu claire. L'évolution des nombres de diplômes ne donne qu'une image partielle de la demande pour ces filières d'études. Certains cantons abritant des HES limitent le nombre de places d'études («numerus clausus»). Les places de stage disponibles sont l'un des éléments déterminant la limite supérieure des places d'études proposées.

Les admissions dans les filières HES de soins infirmiers suivent une courbe de croissance continue (voir tableau 23). C'est également le cas pour la diététique et l'ergothérapie. L'évolution dans les trois autres formations des professions de la santé n'indiquent pas de tendance claire.

2.5 FORMATIONS CONTINUES AU DEGRÉ TERTIAIRE

Concernant les formations continues au degré tertiaire, on dispose de chiffres fiables uniquement pour les études postdiplômes des écoles supérieures dont les programmes sont réglementés. L'évolution des titres décernés est variable, mais une tendance à la hausse semble se dessiner par rapport à 2010.

Etant donné que la statistique des hôpitaux n'enregistre pas isolément les formations continues du personnel infir-

mier, le présent rapport n'établit pas de pronostics séparés concernant les besoins et la relève pour ces spécialisations.

Les autres formations continues du degré tertiaire sont en mutation. Les spécialisations en soins réglementées par l'ASI viennent à expiration. Elles seront remplacées par les examens professionnels fédéraux en soins infirmiers, qui se trouvent actuellement en phase d'élaboration. Seul l'examen professionnel fédéral Soins de longue durée et accompagnement est entré en vigueur, avec de premières sessions prévues à l'automne 2016.

Dans le cadre du processus de Bologne, les HES disposent d'une grande liberté pour mettre en place des formations continues, ce qui conduit à une offre en constante mutation aux niveaux CAS, DAS et MAS. C'est la raison pour laquelle

Tab. 24 Evolution du nombre de titres EPD ES AIU 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
EPD ES Soins d'anesthésie	40	145	60	101	87
EPD ES Soins intensifs	61	282	101	178	195
EPD ES Soins d'urgence	24	71	46	65	104
Total des titres EPD ES	125	498	207	344	386

les auteurs de la présente étude renoncent à en faire une analyse détaillée.

2.6 STRUCTURE DES FORMATIONS DANS LES PROFESSIONS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT PAR RÉGION LINGUISTIQUE

Le système de formation suisse a été mis en œuvre avec des accents diversifiés en Suisse alémanique, en Suisse romande et au Tessin. C'est pourquoi le présent rapport examine la manière dont ces points forts ont influé sur l'activité de formation. Les auteurs utilisent comme variable la part de titres dans chacune des professions de soins et d'accompagnement par rapport à l'ensemble des titres à l'échelle suisse. Le tableau 25 illustre le résultat de cette comparaison.

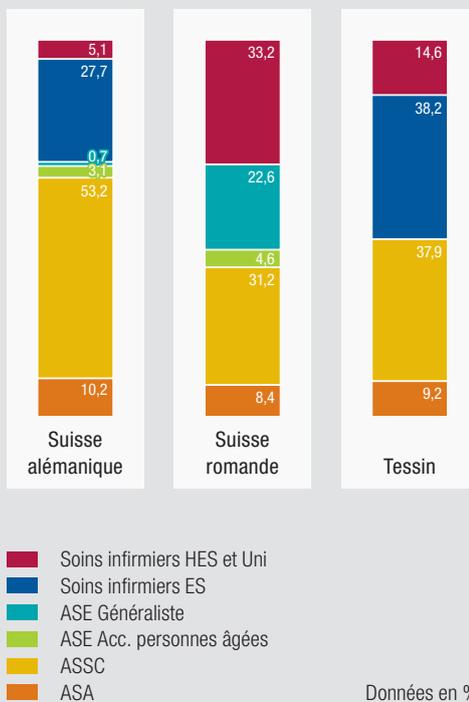
Le graphique montre qu'en Suisse alémanique et en Suisse romande, la proportion de diplômes du degré tertiaire est pratiquement égale et qu'elle représente environ un tiers de l'ensemble des titres (CH-A: 32,8%, CH-R: 33,2%). Si l'on excepte les rares diplômes universitaires, on voit que pour les soins infirmiers, il s'agit en grande majorité de diplômes ES en Suisse alémanique et exclusivement de titres HES en Suisse romande.

La part de CFC du degré secondaire II est aussi pratiquement identique en Suisse alémanique (57,0%) et en Suisse romande (58,4%), mais la composition se différencie nettement. Les ASSC constituent 53,2% en Suisse alémanique et 31,2% en Suisse romande. Les ASE y représentent 27,2%, avec un point fort pour la variante généraliste, tandis qu'en Suisse alémanique leur taux n'est que de 3,8% avec un net accent sur l'orientation accompagnement des personnes âgées. Ces distinctions entre régions linguistiques s'expliquent par des stratégies de prise en charge différentes et, en conséquence, des demandes autres en termes de compétences dans les EMS.

Pour ces deux niveaux de formation, le Tessin montre une image toute différente. Les diplômes tertiaires représentent plus de la moitié des titres, soit 52,8%. Environ trois quarts sont des diplômes en soins infirmiers ES et un quart des diplômes HES. Les CFC (degré secondaire II) sont exclusivement des titres d'ASSC et représentent 37,9%. Les ASSC sont engagées au Tessin principalement dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile.

La proportion de titres de niveau auxiliaire (secondaire II AFP) est comparable dans les trois régions linguistiques, fluctuant entre 8,4% et 10,2% de l'ensemble des titres.

Tab. 25 Structure des titres dans les professions de soins et d'accompagnement par région linguistique en 2014



Tab. 26 Nombre de titres en soins et accompagnement par région linguistique en 2014

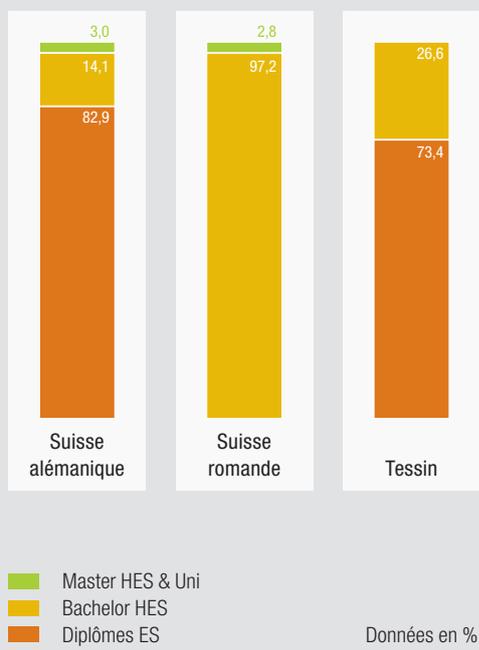
	ASA	ASSC	ASE APA ^{a)}	ASE G ^{b)}	Soins inf. ES	BSc Soins infirmiers	Master Soins infirmiers
Suisse alémanique	584	3 052	175	43	1 590	275	51
Suisse romande	145	539	79	390	0	569	16
Tessin	29	119	0	0	120	46	0
Suisse entière	758	3 710	254	433	1 710	890	67

a) ASE Accompagnement personnes âgées
b) ASE Généraliste

Le tableau 26 présente ces titres en chiffres absolus en 2014.

Le tableau 27 indique la proportion de titres tertiaires en soins infirmiers répartis en diplômes ES, bachelors HES, masters HES et masters universitaires.

Tab. 27 Part de titres tertiaires en soins infirmiers par diplômes ES, bachelors HES et masters HES & Université en 2014



part de diplômés HES était en Suisse alémanique de 14,1 % et au Tessin de 26,6 % (sans les masters). Il est frappant de constater qu'en Suisse alémanique, la proportion de masters est comparable à ce qu'elle est en Suisse romande, malgré le pourcentage inférieur de bachelors. Le Tessin présente à cet égard une structure spécifique.

2.7 INTENSITÉ DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION PAR RÉGION LINGUISTIQUE

Le tableau 25 soulève la question de l'intensité de l'activité de formation dans chacune des régions linguistiques. L'indicateur utilisé est la part de titres délivrés par rapport au nombre de personnes actives à ce même niveau de formation.

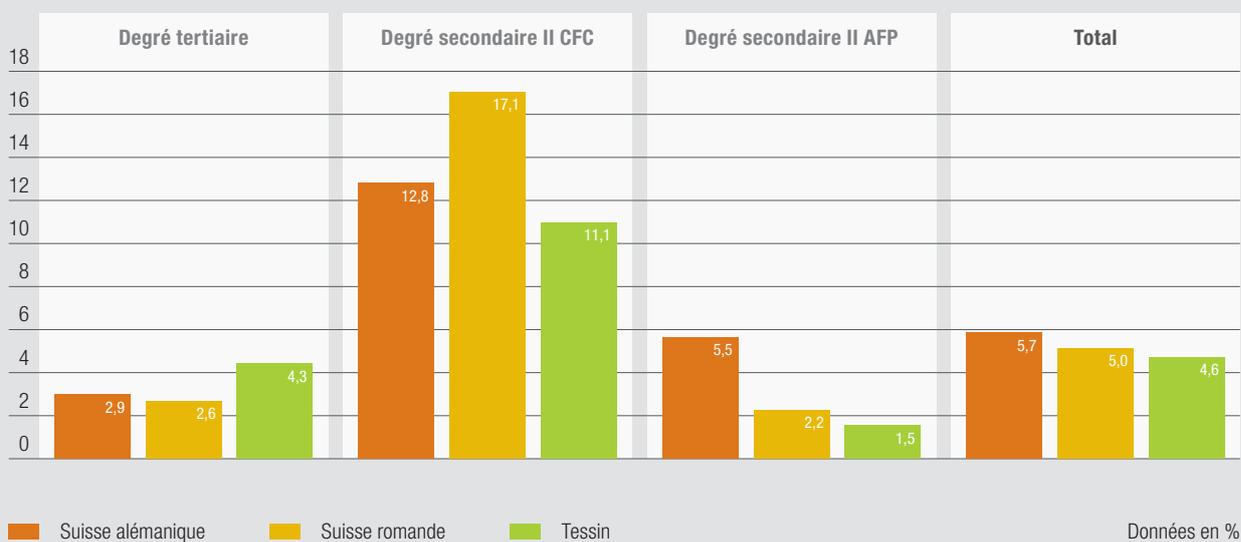
Le tableau 28 montre une image intéressante. Il indique que, d'une manière générale, l'activité de formation est plus élevée en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et que dans cette dernière région, elle l'est plus qu'au Tessin.

Pour les soins infirmiers de degré tertiaire, le taux de formation va de 2,6 % en Suisse romande à 4,3 % au Tessin. Ces valeurs sont alarmantes, en particulier en Suisse alémanique et en Suisse romande, mais si l'on considère les pronostics de l'Obsan, elle est également très inquiétante au Tessin.

Le graphique montre que la Suisse alémanique privilégie nettement la formation en soins infirmiers ES, tandis que la Suisse romande ne la propose pas du tout à ce niveau. En 2014, la

Si l'image du degré secondaire II CFC paraît en comparaison rassurante, il faut également la considérer d'un œil critique. Le haut pourcentage relevé en Suisse romande s'explique par

Tab. 28 Part des titres annuels au total des effectifs par niveau de formation (données 2014)



une très faible couverture en personnel du degré secondaire II. Celle-ci étant encore plus mince au Tessin, cette valeur y est préoccupante.

Lorsque l'on interprète les valeurs concernant le degré secondaire II CFC, il ne faut pas omettre le fait qu'une petite partie des ASSC formées n'exercent jamais leur profession – un constat qui vaut pour les trois régions linguistiques. En outre, les ASSC constituent un réservoir important de recrutement pour la formation ES en soins infirmiers en Suisse alémanique. Selon une étude de l'IFFP de 2014, en moyenne 36% des ASSC d'une volée ont entamé une formation d'infirmière diplômée/infirmier diplômé ES une année après la fin de l'apprentissage et 40% deux ans après la fin de l'apprentissage. Au vu de la difficile situation au degré tertiaire, il conviendrait de renforcer cette fonction de recrutement, sans toutefois réduire le nombre des ASSC demeurant dans la profession. Cette réflexion est reprise dans les calculs des besoins au chapitre 4.

Au niveau auxiliaire (secondaire II AFP), la Suisse alémanique est la mieux positionnée, même si son activité de formation n'est de loin pas encore de nature à garantir la couverture des besoins. Les taux nettement inférieurs d'activité de formation en Suisse romande et au Tessin s'expliquent par une couverture en personnel sensiblement plus élevée à ce niveau de formation qu'en Suisse alémanique.

2.8 PRESTATAIRES ET OFFRES DE FORMATION AUX DEGRÉS TERTIAIRES A ET B

Les prestataires de formation des degrés tertiaires A et B et leur offre de filières dans les professions de la santé non universitaires figurent dans deux tableaux en annexe.

3 POTENTIEL DE RELÈVE

3.1 DEGRÉS PRÉSCOLAIRE, PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Les estimations présentées dans ce chapitre reposent sur le rapport de l'OFS « Perspectives de la formation – Scénarios 2015-2024 pour le système de formation » (Neuchâtel 2015).

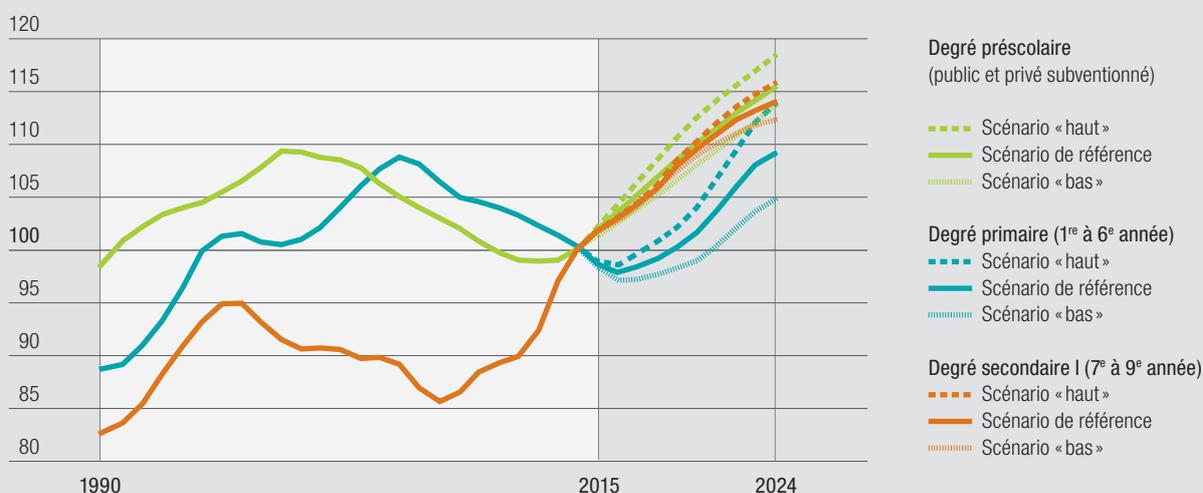
Les scénarios (voir tableau 29) montrent que le recul du nombre d'élèves au sein de l'école obligatoire constaté depuis dix ans s'est stabilisé et qu'une augmentation s'annonce pour la prochaine décennie.

En 2013, on a enregistré au total 704 000 élèves inscrits à l'école obligatoire, ce qui représente une baisse de 7 % par rapport à 2003. Selon le scénario de référence, cet effectif se portera à 800 000 en 2024, soit un accroissement de 13 % environ.

L'évolution au degré secondaire I n'est pas homogène à l'échelle suisse. Pour la période 2015-2024, le nombre d'élèves devrait s'inscrire à la baisse dans huit cantons, la diminution dépassant même 5 % à AI, NW et aux GR, mais va augmenter de plus de 10 % dans les cantons de BS, ZH, FR, ZG, TG, VD, d'AG et du VS. Le tableau 30 illustre l'évolution dans les cantons.

Pour le passage au degré secondaire II, l'effectif des jeunes terminant l'école obligatoire est déterminant. Il s'inscrit à la baisse depuis 2006 et s'établissait à environ 79 000 en 2014. Selon les prévisions, il continuera à diminuer de 5 % d'ici à 2018, puis la courbe s'infléchira et repartira à la hausse. L'augmentation devrait être d'environ 9 % de 2018 à 2024. Là encore, il faut s'attendre à des différences importantes entre cantons.

Tab. 29 Scénarios 2015-2024 : élèves du degré préscolaire et de l'école obligatoire

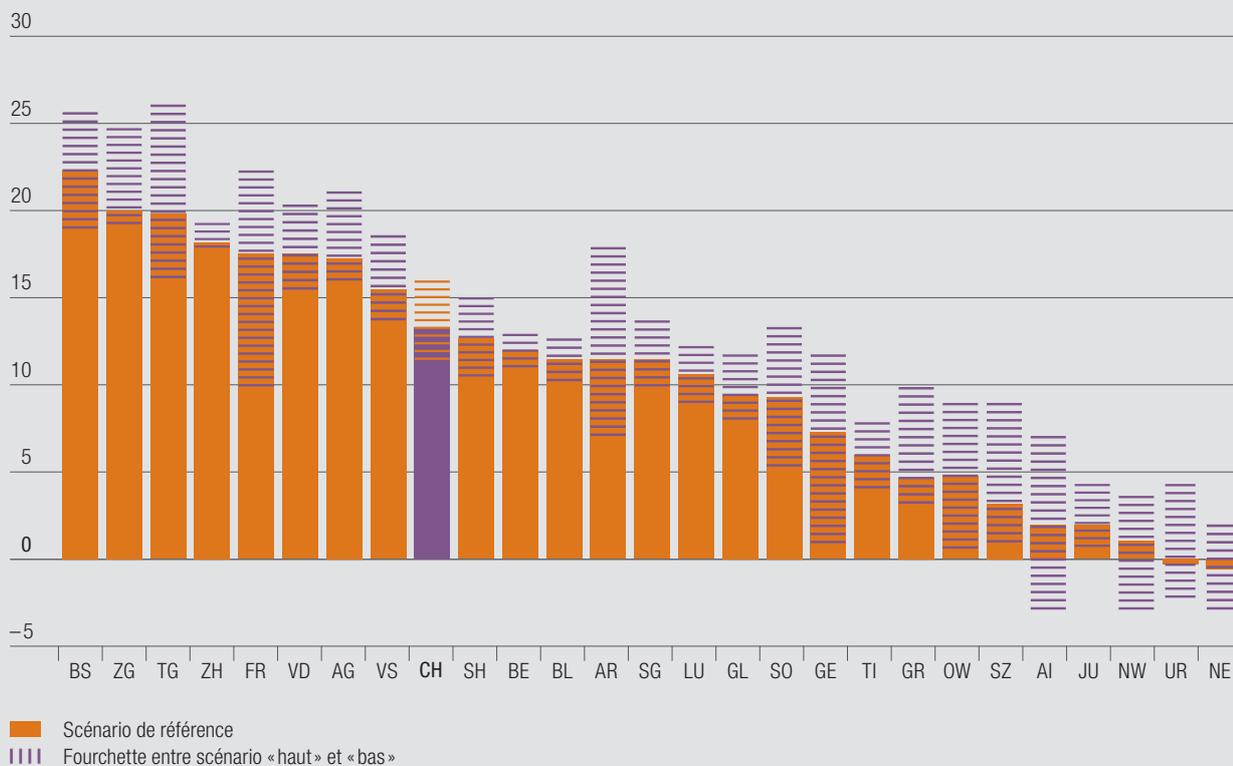


Source : OFS – Perspectives de la formation

Indice 2014 = 100

Tab. 30 Scénarios 2015-2024 : élèves de l'école obligatoire par canton

Degrés primaire et secondaire I : évolution attendue 2015-2024



Source : OFS – Perspectives de la formation

Données en %

3.2 DEGRÉ SECONDAIRE II

Ce sous-chapitre repose également sur le rapport de l'OFS « Perspectives de la formation – Scénarios 2015-2024 pour le système de formation » de 2015.

L'évolution observée au degré secondaire II suit logiquement celle de l'école obligatoire. Il faut s'attendre à un recul des effectifs dans les années qui viennent, puis à une augmentation dès la fin de la décennie.

Pour le potentiel de recrutement, le nombre d'entrées au degré secondaire II est décisif. Le scénario de référence pose comme hypothèse que ces effectifs diminueront d'environ 2% entre 2014 et 2018, puis qu'une hausse s'amorcera pour atteindre 6% d'ici à 2024.

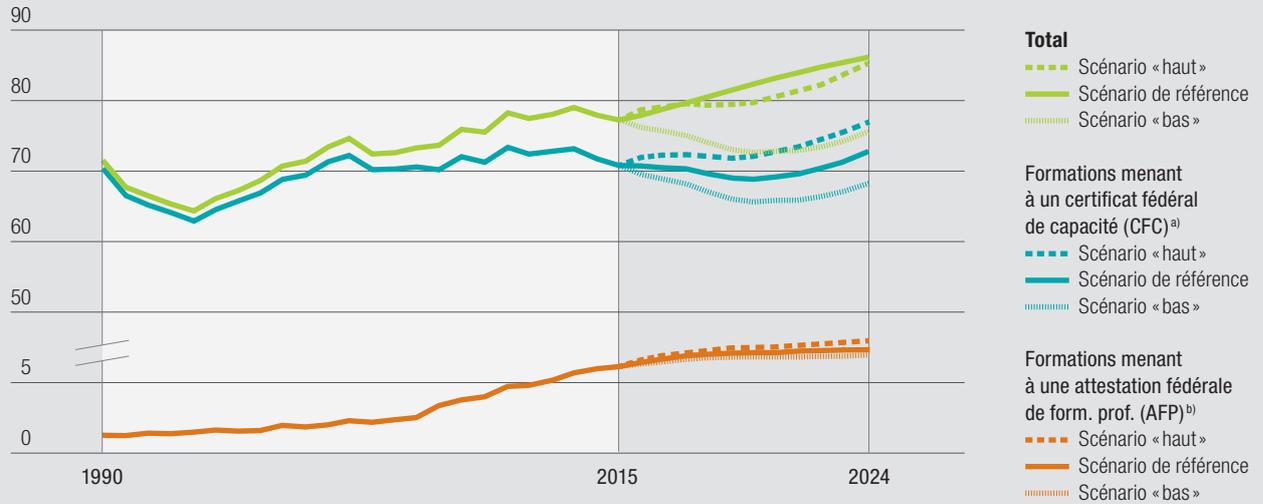
Etant donné les aléas pouvant être liés au déroulement d'une formation, on ne s'attend qu'à des variations mineures du nombre total de titres décernés (recul d'environ 1% d'ici à 2022, puis accroissement d'environ 1% aussi d'ici à 2024).

Le tableau 31 présente l'évolution observée jusqu'ici et l'évolution attendue dans la formation professionnelle initiale.

Dans la formation professionnelle initiale, il faut s'attendre à de fortes variations d'une branche à l'autre. Le nombre d'apprentis et de CFC décernés devrait augmenter de façon sensible dans le domaine social et l'informatique. Les professions de la santé se placent au troisième rang. Pour la période 2015 à 2024, on évoque un accroissement de 6% de l'effectif des apprentis et de 9% du nombre de titres délivrés. Le tableau 32 illustre ces prévisions.

Selon le scénario de référence, le nombre d'entrées dans les formations générales (écoles de maturité gymnasiale et écoles de culture générale) devrait diminuer de 3% environ entre 2014 et 2018 avant de remonter de 8% à l'horizon 2024. Le nombre de jeunes entamant une formation transitoire secondaire I-secondaire II pourrait encore se réduire de 4 à 5% entre 2014 et 2018, avant de regagner 7 à 8% d'ici à 2024.

Tab. 31 Scénarios 2015-2024 : apprenties et apprentis en 1^{re} année de formation professionnelle initiale

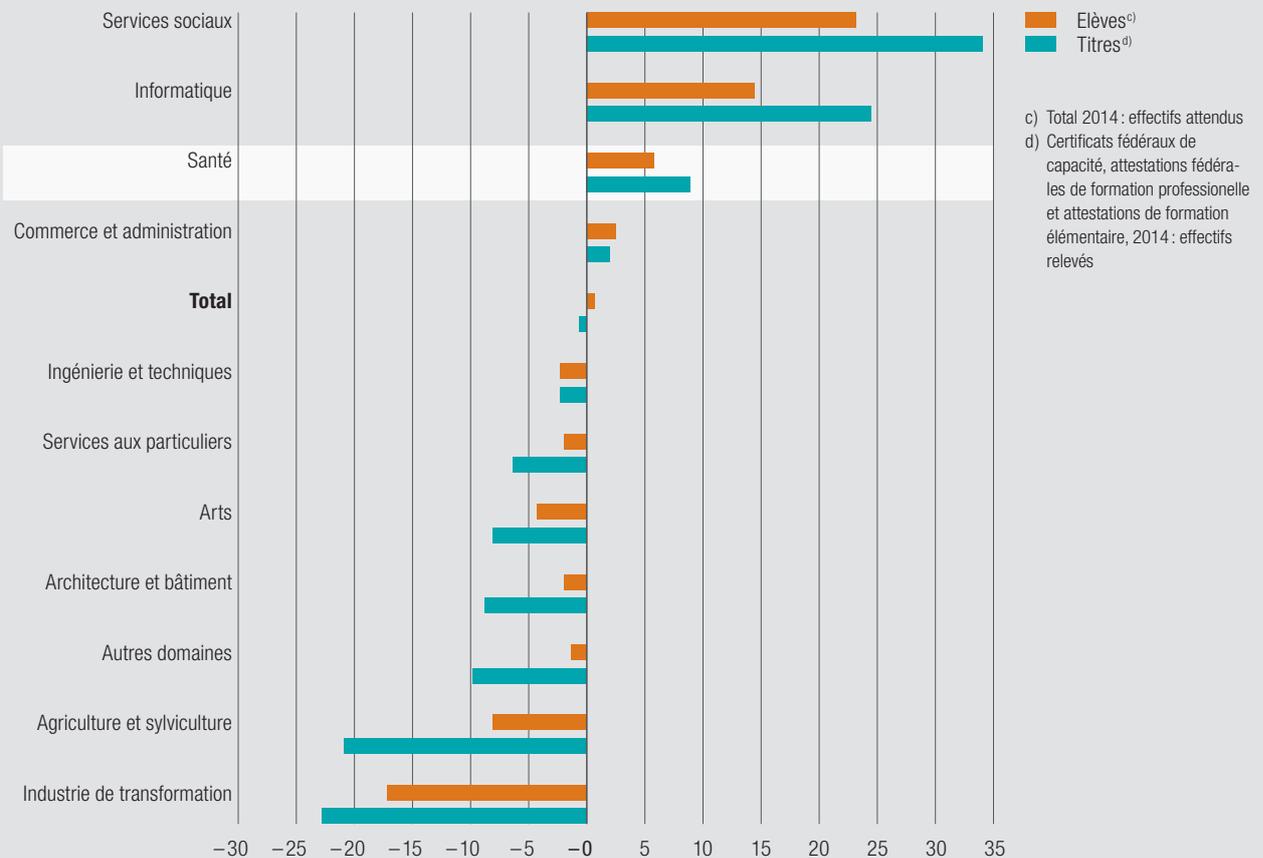


a) e.g. formations d'une durée de 3 ou 4 ans (y compris les écoles de commerce et d'informatique et les formations non réglementées par la LFP)
 b) formations d'une durée de 2 ans (y compris la formation élémentaire)

Source : OFS – Perspectives de la formation

Données en milliers

Tab. 32 Scénarios 2015-2024 : formation professionnelle initiale par domaine CITE



c) Total 2014 : effectifs attendus
 d) Certificats fédéraux de capacité, attestations fédérales de formation professionnelle et attestations de formation élémentaire, 2014 : effectifs relevés

Source : OFS – Perspectives de la formation

Données en %

Le nombre de titres décernés au degré secondaire II connaît approximativement la même évolution que celui des entrées, avec un décalage temporel correspondant à la durée moyenne de la formation.

3.3 DEGRÉ TERTIAIRE B

Le rapport de l'OFS « Perspectives de la formation – Scénarios 2015-2024 pour le système de formation » (Neuchâtel 2015) ne traite pas le degré tertiaire B. L'évolution admise du potentiel de recrutement peut être assimilée à celle des sorties du degré secondaire II. L'exploitation de ce potentiel est analysée dans la partie du présent rapport consacrée aux mesures préconisées.

3.4 DEGRÉ TERTIAIRE A

L'évolution au degré tertiaire A est analysée comme suit dans le rapport de l'OFS sur les perspectives de la formation 2015-2024.

Ces prochaines années, les entrées dans les HES au niveau bachelor devraient progresser, en raison notamment du nombre croissant de maturités professionnelles (MP) et de la transition consécutive toujours plus fréquente vers les HES. Cette transition, qui était de 50 % pour l'ensemble des MP délivrées en 2000, s'élevait à 62 % en 2014, ce qui correspond à 24 % de plus.

Etant donné la progression attendue des immatriculations dans les HES, l'effectif des étudiants de niveau bachelor dans ces écoles devrait augmenter sensiblement après 2016.

On prévoit pour tous les domaines une augmentation du nombre d'étudiants et de bachelors décernés à l'horizon 2024. Le tableau 33 montre l'évolution attendue par domaine selon le scénario de référence. Dans le secteur de la santé, qui occupe le quatrième rang, l'effectif des étudiants devrait progresser de quelque 12 % et le nombre de titres obtenus d'environ 21 %. Ce scénario ne tient toutefois pas compte du fait qu'un numerus clausus est appliqué dans certaines filières HES santé. La croissance effective devrait donc être moindre.

3.5 ADULTES

3.5.1 Reconversion professionnelle

Les personnes issues de divers champs professionnels qui souhaitent se former dans un métier de la santé peuvent suivre l'une des voies ci-après :

- la formation d'aide en soins et accompagnement avec AFP, qui constitue un accès à bas seuil dans le domaine sanitaire ;
- l'apprentissage d'ASSC au niveau CFC, offert sous une forme raccourcie à deux ans pour les adultes ayant une expérience de vie et une expérience professionnelle. Plusieurs cantons proposent des filières spécifiques pour le groupe cible des adultes ;
- la formation ES à temps partiel, proposée par quelques cantons, généralement selon le principe dual. Ces filières se caractérisent par une structure modulaire et une certaine souplesse dans la durée de façon à permettre aux étudiants de se consacrer partiellement à leur activité professionnelle antérieure ou à leurs tâches familiales. Le nombre d'inscriptions possibles est limité et les candidats sont soumis à une procédure d'admission.

Etant donné la situation favorable de l'emploi en Suisse, le potentiel de recrutement indigène des personnes qui souhaiteraient réorienter leur carrière pour des raisons économiques est réduit. Le fort afflux de réfugiés a conduit de nombreuses personnes bien qualifiées dans notre pays, mais les barrières linguistiques rendent difficile une formation dans un métier de la santé ainsi que les contacts avec les patients, clients et résidents.

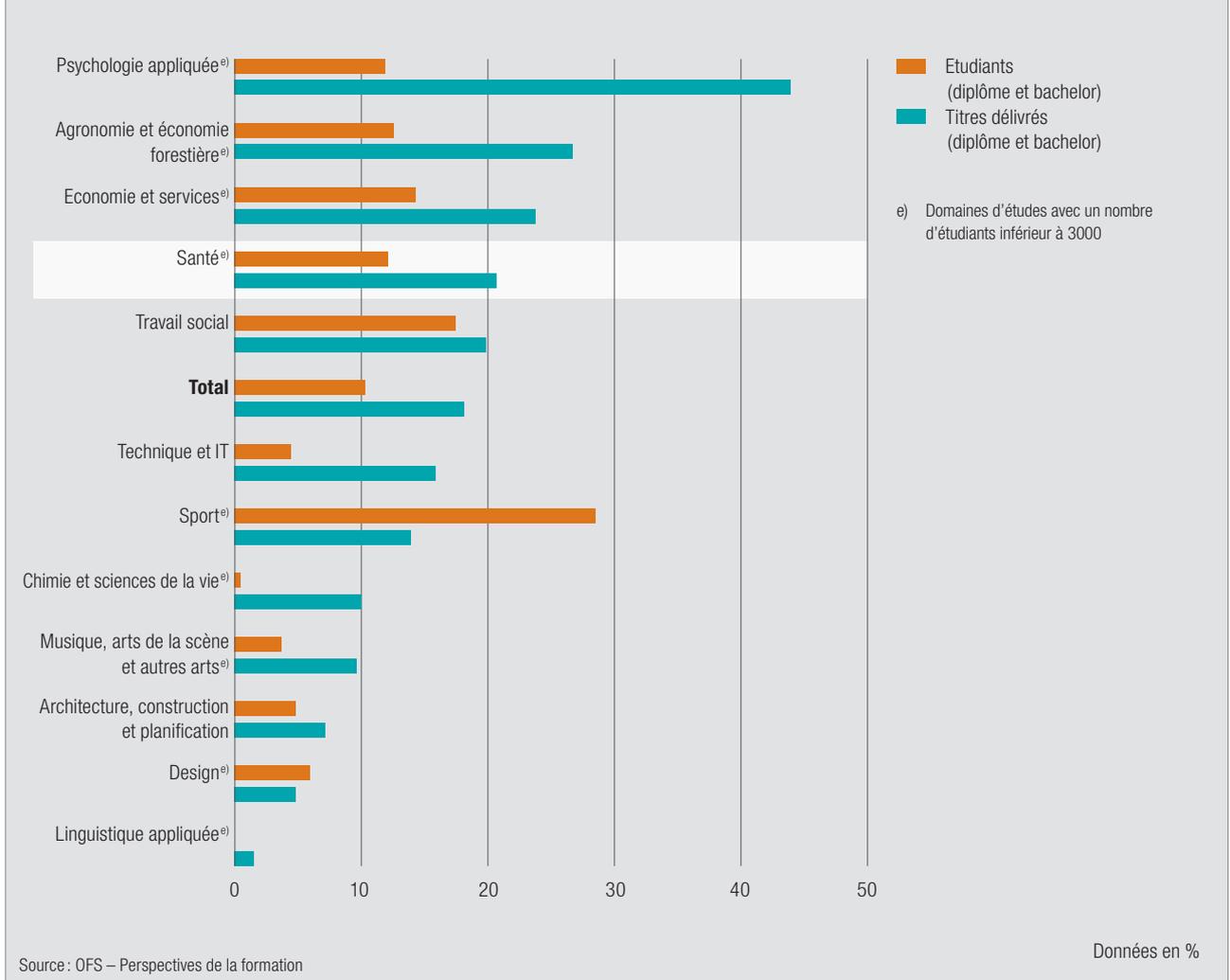
Les adultes devant généralement subvenir eux-mêmes à leurs besoins, les conditions financières durant une formation ne le permettent pas (bas salaire d'étudiant, faible rémunération pendant les stages). Cet aspect peut rendre impossible une réorientation qualifiée dans une profession sanitaire. Des mesures destinées à mieux exploiter le potentiel de ce groupe cible sont présentées au chapitre 5.

3.5.2 Réinsertion professionnelle

Le potentiel de réinsertion du personnel soignant ayant quitté le monde du travail est élevé. Comme le montre une étude de l'Obsan sur les professionnels de la santé qui quittent leur profession (Obsan Bulletin 7/2016), un bon tiers des professionnels de la santé de moins de 35 ans n'exercent plus leur profession. Chez les plus de 50 ans, on atteint même 56 %.

La réinsertion professionnelle apporte un revenu supplémentaire, mais aussi davantage d'indépendance et de confiance en soi tout en améliorant l'intégration. En dépit de ces aspects positifs soulignés par les études sur le sujet, le seuil d'inhibition est relativement élevé, en raison notamment des changements rapides que connaissent les champs professionnels dans le secteur de la santé, des horaires de travail dans cette branche (soirs et week-ends) et des situations pesantes inhérentes au domaine.

Tab. 33 Scénarios 2015-2024 : hautes écoles spécialisées : évolution par domaine d'études



Des mesures destinées à mieux exploiter le potentiel des candidats à la réinsertion professionnelle sont présentées au chapitre 5.

3.5.3 Perfectionnement professionnel

De par son principe «Pas de diplôme sans passerelle vers d'autres formations», le système de la formation professionnelle ouvre à toute personne ayant franchi une étape l'accès à un degré de qualification supérieur, pouvant généralement être atteint par des voies simplifiées :

- Une formation raccourcie modularisée d'après l'art. 34 al. 2 LFPr d'assistante/assistant en soins et santé communautaire CFC est ouverte dans divers cantons aux personnes qui peuvent justifier d'une expérience professionnelle dans le domaine de la santé, mais n'ont pas encore obtenu de titre professionnel. La formation raccourcie est suivie en cours d'emploi.

- Les personnes disposant d'une expérience professionnelle et de connaissances dans le domaine des soins et de l'accompagnement peuvent également emprunter la voie de la validation des acquis ou de l'admission directe à l'examen final selon l'art. 32 OFPr. Pour la validation des acquis, les candidats justifient au moyen d'un dossier et d'un entretien les compétences professionnelles dont ils disposent pour accomplir une formation professionnelle initiale déterminée. Les compétences professionnelles manquantes et les compétences dans la formation générale manquantes peuvent être acquises via une formation complémentaire ou une autre expérience professionnelle. Les procédures de validation sont personnalisées et peuvent donc être relativement lourdes.
- Les titulaires d'une AFP santé-social peuvent suivre la formation d'ASSC. Selon les principes du SEFRI s'appliquant à ces personnes, il n'y a pas d'allègement

automatique pour accéder à l'apprentissage avec CFC, mais la loi fédérale sur la formation professionnelle permet des filières raccourcies sur demande individuelle.

- Les titulaires d'un CFC d'ASSC peuvent suivre une formation ES en soins infirmiers abrégée. La filière est généralement raccourcie d'un an et dure ainsi deux ans en tout.

La fréquentation de formations consécutives permet d'améliorer la structure de qualification du personnel de santé, mais n'augmente pas pour autant les effectifs.

PARTIE II



ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS

4 BESOINS EN PERSONNEL : PROJECTIONS À L'HORIZON 2025 ET RELÈVE ANNUELLE NÉCESSAIRE

4.1 PERSONNEL DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

4.1.1 Fondements des projections

Dans son rapport «Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030», l'Obsan a émis des projections sur l'évolution des besoins dans les professions de soins et d'accompagnement ainsi que pour les sages-femmes. Il décrit dans son chapitre 2 la méthode utilisée pour leur élaboration. Le présent document s'appuie sur ces éléments pour les professions citées. Les scénarios sont en résumé les suivants :

- Les calculs se fondent sur les projections démographiques de l'OFS, qui décrivent trois scénarios : bas, moyen et haut. Les projections pour l'évolution des besoins par profession de la santé non universitaire sont présentées pour ces trois scénarios¹¹.
- Pour les hôpitaux de soins aigus, le rapport tient également compte de l'évolution de la durée moyenne de séjour en tant que critère de différenciation supplémentaire. Selon le scénario « benchmark », la durée du séjour correspondra en 2030 à la valeur que relèvent aujourd'hui les 25 % des hôpitaux affichant les plus courtes durées d'hospitalisation. Le scénario « stable » se fonde sur une durée de séjour moyenne inchangée par rapport à aujourd'hui. Pour les projections, trois scénarios sont envisagés :
 - croissance démographique faible/benchmark (scénario « bas »),
 - croissance démographique moyenne/benchmark (scénario « de référence »),
 - croissance démographique élevée/stabilité (scénario « haut »).

- Pour la psychiatrie ainsi que les cliniques de réadaptation et de gériatrie, la durée estimée du séjour est stable.
- Dans les projections concernant les EMS, les années gagnées par l'allongement de l'espérance de vie sont des années de vie en bonne santé et, dès lors, le nombre d'années durant lesquelles les personnes ont besoin de soins est inchangé. Par rapport à la durée de vie, il se réduit même. Aucun effet de substitution entre les secteurs résidentiel et ambulatoire n'est inclus dans le calcul. Là aussi, les calculs sont établis en fonction des trois scénarios de l'OFS relatifs à l'évolution démographique.
- Dans les projections concernant les services d'aide et de soins à domicile aussi, les années gagnées par l'allongement de l'espérance de vie sont des années de vie en bonne santé et le nombre d'années au cours desquelles les personnes ont besoin de soins est inchangé. Aucun effet de substitution entre les secteurs résidentiel et ambulatoire n'est inclus dans l'évaluation et les calculs sont établis en fonction des trois scénarios de l'OFS relatifs à l'évolution démographique.
- Les variables suivantes sont considérées comme stables : skill mix et grade mix, taux d'occupation moyen, productivité et part de prestations des divers types d'institutions au sein du réseau de prise en charge.
- Les projections sont établies en équivalents plein temps (EPT) par groupe professionnel ou par profession. Dans le présent rapport, elles sont exprimées en nombre de personnes. L'extrapolation est réalisée sur la base du taux d'occupation moyen 2014 dans chacune des professions. Pour l'évaluation des besoins de relève à l'horizon 2025, les modifications possibles du taux d'occupation moyen sont en cours de discussion.

Pour des informations plus détaillées sur ces projections, les lectrices et lecteurs sont renvoyés au rapport de l'Obsan.

¹¹ A titre de comparaison, les prévisions de l'Obsan sur les besoins en personnel en 2020 (Jaccard Ruedin, Weaver et al., 2009) s'avèrent trop basses en comparaison avec l'évolution actuelle des effectifs (Merçay, Burla et al., 2016, sections 3.1, 4.1 et 5.1). La raison principale de cet écart est l'estimation trop basse de la croissance de la population en Suisse.

Dans son rapport, l'Obsan établit ses projections à l'horizon 2030. Le présent document les émet à 2025, année sur laquelle s'orientent les mesures préconisées au chapitre 5.

4.1.2 Besoins en personnel de soins et d'accompagnement en 2025

Le tableau 34 présente les projections émises sur la base des hypothèses et des calculs de l'Obsan concernant le personnel de soins et d'accompagnement dans les hôpitaux (une projection par type d'hôpital), les EMS et les services d'aide et de soins à domicile.

Les calculs des besoins opérés pour ce rapport se fondent sur le scénario de référence, selon lequel les besoins en personnel dans les professions de soins et d'accompagnement devraient augmenter d'au moins 20 % d'ici à 2025. Le tableau 35 illustre la répartition de cet accroissement par secteur de prise en charge.

Comme attendu, la hausse la plus importante des besoins concerne les services d'aide et de soins à domicile, avec environ + 35 %. Ce secteur occupera 20,2 % du personnel de soins et d'accompagnement en 2025 contre 18,2 % aujourd'hui. Les cliniques de réadaptation et les EMS afficheront eux aussi une forte augmentation des besoins, respectivement de 28,1 % et de 25,7 %, et les EMS deviendront les principaux employeurs de cette catégorie professionnelle. L'accroissement dans les hôpitaux de soins aigus est évalué à 12,5 % et sera de 9,9 % en psychiatrie, secteur où la progression sera la plus faible.

Le skill mix et le grade mix étant considérés dans les projections de l'Obsan comme inchangés, il est superflu d'analyser l'évolution des besoins par niveau de qualification.

4.2 SAGES-FEMMES, PROFESSIONS MTT ET DOMAINE DU SAUVETAGE

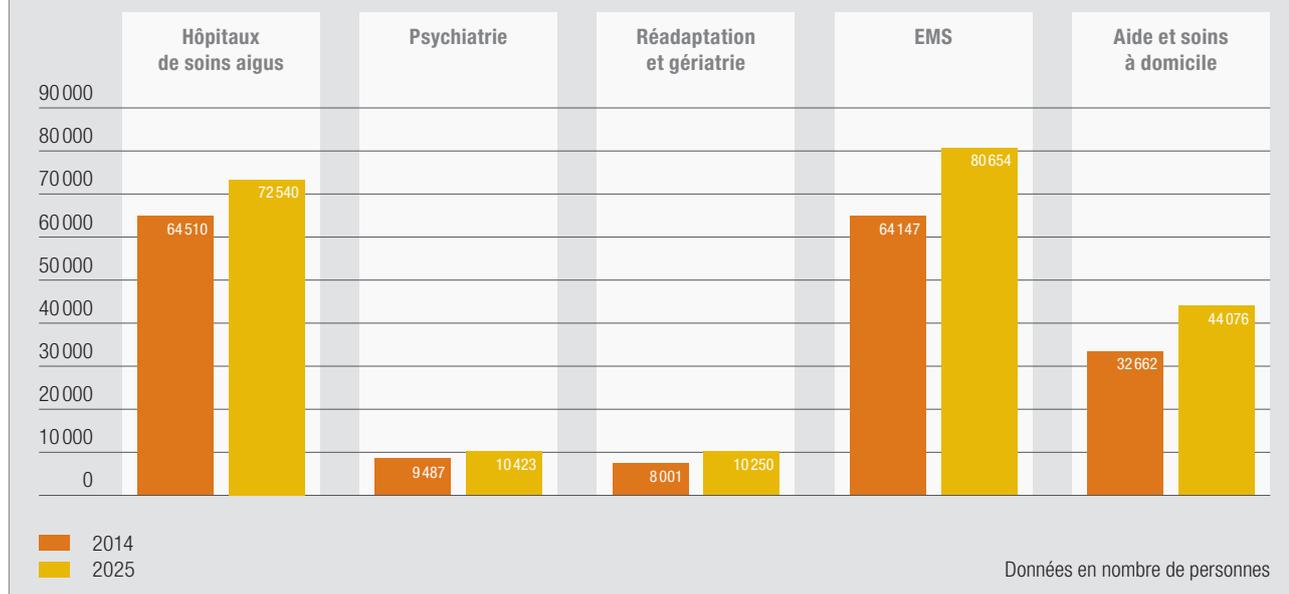
4.2.1 Bases des projections

Comme il l'a fait pour les professions de soins et d'accompagnement, l'Obsan a établi des projections concernant les sages-femmes employées dans les hôpitaux. Les calculs de la relève nécessaire reposent sur ces données et sont complétés par les chiffres relatifs à l'évolution des effectifs de sages-femmes travaillant hors des hôpitaux, fournis par l'étude de la ZHAW.

Dans les professions MTT, les effectifs reposent largement sur des données pour la physiothérapie, l'ergothérapie, la technique en radiologie médicale et la technique en salle d'opération.

Tab. 34 Pronostics des besoins en personnel de soins et d'accompagnement pour 2025

	Effectifs 2014	Scénario 2025		
		bas	référence	haut
Hôpitaux de soins aigus				
Degré tertiaire	46 279	50 855	52 039	57 230
Degré secondaire II CFC	6 277	6 898	7 058	7 762
Degré secondaire II AFP	5 029	5 526	5 655	6 219
Sans formation	6 925	7 610	7 787	8 564
Total	64 510	70 889	72 540	79 774
Psychiatrie				
Degré tertiaire	7 243	7 747	7 958	8 166
Degré secondaire II CFC	1 161	1 242	1 276	1 309
Degré secondaire II AFP	420	449	461	474
Sans formation	663	709	728	748
Total	9 487	10 147	10 423	10 697
Réadaptation et gériatrie				
Degré tertiaire	4 372	5 515	5 601	5 684
Degré secondaire II CFC	1 113	1 404	1 426	1 447
Degré secondaire II AFP	1 382	1 743	1 770	1 797
Sans formation	1 134	1 430	1 453	1 474
Total	8 001	10 092	10 250	10 402
EMS				
Degré tertiaire	19 476	24 069	24 488	24 883
Degré secondaire II CFC	11 814	14 600	14 854	15 094
Degré secondaire II AFP	14 157	17 495	17 800	18 087
Sans formation	18 700	23 110	23 512	23 891
Total	64 147	79 273	80 654	81 955
Aide et soins à domicile				
Degré tertiaire	13 546	18 039	18 280	18 506
Degré secondaire II CFC	7 060	9 402	9 527	9 645
Degré secondaire II AFP	2 383	3 173	3 216	3 255
Sans formation	9 673	12 881	13 053	13 215
Total	32 662	43 495	44 076	44 621
Toutes institutions				
Degré tertiaire	90 916	106 225	108 365	114 469
Degré secondaire II CFC	27 425	33 545	34 141	35 257
Degré secondaire II AFP	23 371	28 387	28 903	29 832
Sans formation	37 095	45 740	46 534	47 892
Total	178 807	213 897	217 943	227 449

Tab. 35 Projections 2025 des effectifs soins et accompagnement (nombre de personnes) comparés avec 2014**Tab. 36 Pronostics des besoins en sages-femmes et professions MTT en 2025**

	Effectifs 2014	Scénario 2025		
		bas	référence	haut
Sage-femme	3 676	3 516	3 693	4 069
Technique en salle d'opération	2 576	2 862	2 929	3 168
Technique en radiol. médicale	3 986	4 428	4 532	4 903
Physiothérapie	10 614	12 694	12 941	13 548
Ergothérapie	2 438	2 942	3 000	3 140
Diététique	1 014	1 201	1 224	1 281
Activation	1 338	1 584	1 615	1 691
Podologie, degré tertiaire/ES	582	689	703	735
Orthoptique	450	500	512	554
Hygiène dentaire	2 460	2 733	2 797	3 026

Sur cette base, il est possible d'émettre des hypothèses relatives aux besoins futurs de relève, en procédant toutefois à des simplifications, car l'évolution des besoins, de la productivité et du taux de recours aux soins est insuffisamment clarifiée. Les auteurs se calquent ainsi, pour les professions médico-techniques, sur une dynamique comparable à celle de l'ensemble du secteur hospitalier et, pour les professions

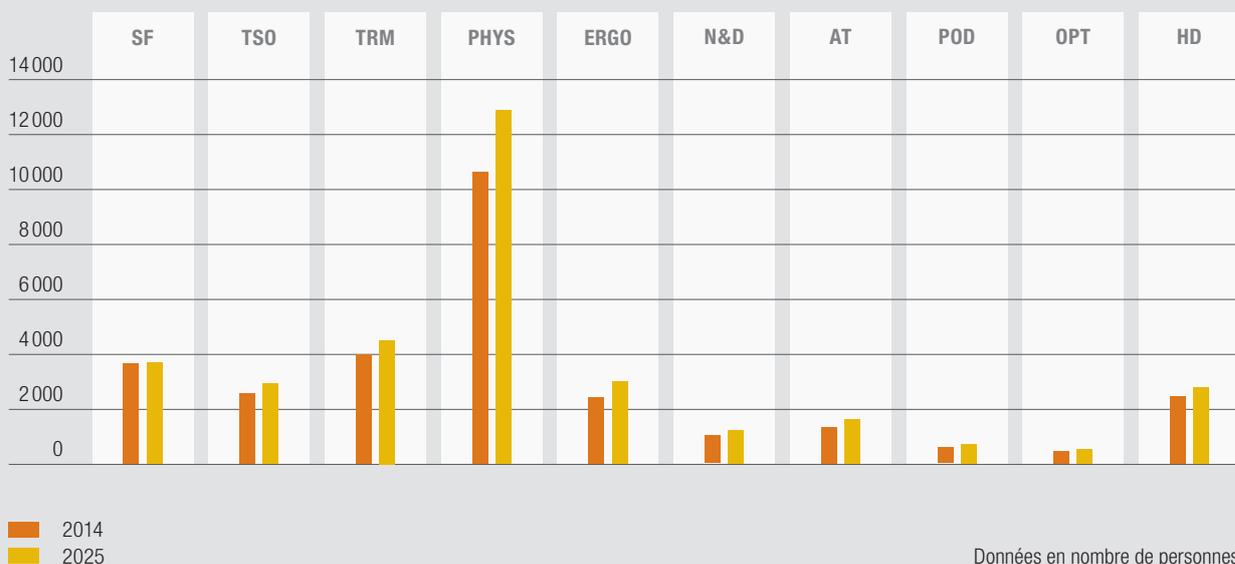
médico-thérapeutiques, sur celle de l'ensemble des secteurs de prise en charge. Ces dynamiques sont les suivantes :

- + 11,1 % (prof. techn.) et + 18,7 % (prof. thérap.) dans le scénario bas,
- + 13,7 % (prof. techn.) et + 20,7 % (prof. thérap.) dans le scénario de référence,
- + 23,0 % (prof. techn.) et + 26,4 % (prof. thérap.) dans le scénario haut.

En ce qui concerne les techniciennes et techniciens en salle d'opération, les chiffres fournis par la statistique au 31.12., jour de référence, sont probablement inférieurs à la moyenne de l'année (voir chiffre 1.3.2). Les établissements connaissant en outre des difficultés de recrutement supérieures à la moyenne pour ce groupe professionnel, les effectifs actuels ne sont manifestement pas de nature à couvrir les besoins. Des mesures de maintien du personnel semblent particulièrement importantes pour ce groupe professionnel. Afin de prendre en compte les sous-effectifs en fin d'année et les techniciens en salle d'opération exerçant dans un cadre ambulatoire, on part du principe d'un effectif accru de 20 % en 2014 dans les calculs des besoins pour ce groupe professionnel.

Pour les autres professions MTT ainsi que les ambulanciers et techniciens ambulanciers, les données relatives aux effectifs sont inexistantes ou de nature spéculative. Les auteurs renoncent dès lors à établir des pronostics sur l'évolution des besoins de relève pour ce groupe.

Tab. 37 Projections 2025 des effectifs (nombre de personnes) comparés avec 2014



4.2.2 Besoins en sages-femmes et professions MTT

Le tableau 36 donne une image des effectifs globaux actuels pour les professions énumérées (voir chiffre 1.3.6). Les hypothèses et fondements présentés plus haut permettent d'établir les projections suivantes concernant les besoins en effectifs :

Pour l'analyse biomédicale ainsi que pour les ambulanciers et techniciens ambulanciers, il n'est pas possible d'estimer les effectifs globaux, raison pour laquelle les auteurs renoncent à évaluer les besoins de relève dans ce domaine.

Pour les sages-femmes et les professions MTT, les besoins de relève se fondent également sur le scénario de référence. Le tableau 37 illustre l'évolution attendue dans ces professions.

4.3 VARIABLES CONCOMITANTES INFLUANT SUR LES BESOINS ANNUELS DE RELÈVE

4.3.1 Durée de l'exercice professionnel par le personnel de soins et d'accompagnement

Les besoins annuels de relève se composent des besoins supplémentaires attendus selon les projections de l'Obsan, additionnés du personnel nécessaire pour remplacer les collaboratrices et collaborateurs quittant leur profession. L'estimation de la durée moyenne de l'exercice professionnel constitue un élément déterminant dans la définition des besoins de relève.

Il n'existe pas de données statistiques relatives à cette durée pour les métiers de la santé. Le rapport national de 2009 sur les besoins en effectifs a développé des scénarios fondés sur les résultats d'une enquête menée en 2001 dans le canton de Berne sur l'expérience professionnelle moyenne du personnel de soins et d'accompagnement.

Depuis lors, plusieurs études ont été menées sur la situation de cette catégorie de personnel : l'étude SHURP, qui l'a examinée dans les EMS (tous niveaux de qualification), relève que l'expérience professionnelle est supérieure à 20 ans pour 28% des collaboratrices et collaborateurs, qu'elle est de 15 à 20 ans pour 13,5% et de 10 à 15 ans pour près de 18%. Les 40% restants ont une expérience de 10 ans et moins. Selon l'enquête, la majorité du personnel est satisfait à très satisfait des conditions de travail et de la qualité des soins et de l'accompagnement. La surcharge physique et émotionnelle est citée parmi les aspects négatifs et, dans l'ensemble, une personne sur huit pense quitter son activité dans un EMS.

L'étude RN4CAST se penche sur la situation du personnel infirmier (degré tertiaire) dans les hôpitaux de Suisse, qu'elle compare avec l'étranger. Là aussi, le taux de satisfaction (en particulier en comparaison avec l'étranger) est bon à très bon ; 15% des personnes sondées évoquent un épuisement émotionnel élevé et 6% prévoient de quitter leur profession.

Une étude de l'Obsan de 2016 basée sur les données du relevé structurel examine l'activité professionnelle des membres

Tab. 38 Scénarios relatifs à la durée moyenne de l'exercice professionnel pour le personnel de soins et d'accompagnement

Niveau de formation	Scénario longue durée d'exercice professionnel	Scénario durée modérée d'exercice professionnel
Professions tertiaires (HES et ES)	22,5 ans	17,5 ans
Professions du degré secondaire II (CFC et AFP)	17,5 ans	15,0 ans
Cours en soins et accompagnement et sans formation	12,5 ans	12,5 ans

de différentes professions de la santé, dont également le personnel infirmier. L'analyse montre qu'un tiers du personnel infirmier en dessous de 35 ans et 56 % des plus de 50 ans n'exercent plus la profession. Toutes classes d'âge confondues, presque un quart du personnel infirmier a changé de profession et une personne sur six n'exerce plus d'activité professionnelle. L'étude de l'Obsan ne permet toutefois pas de déterminer combien de personnes ayant quitté le monde du travail le réintègrent. C'est pourquoi des conclusions sur la durée de l'exercice professionnel ne sont possibles que dans une mesure limitée.

Les études mentionnées confirment l'image esquissée dans le rapport de 2009 : les professions de la santé sont majoritairement féminines, l'irrégularité des horaires ainsi que les services de nuit et du week-end rendent la conciliation entre famille et profession difficile et la prise en charge des responsabilités liées à ces deux domaines est ressentie comme pesante.

La durée de l'exercice professionnel peut également se trouver abrégée suite à divers événements, tels que la pause liée à la fondation d'une famille ou une retraite prise de façon anticipée pour la coordonner avec celle du partenaire. Enfin, les soins et l'accompagnement de parents âgés, qui amènent bon nombre de personnes à quitter entièrement ou partiellement le monde du travail.

Si les études actuelles ne fournissent pas de valeurs relatives à la durée moyenne de l'exercice professionnel, elles permettent de supposer que ce paramètre avait été plutôt sous-estimé dans le rapport de 2009. Le rapport 2016 allonge ainsi de 2,5 ans les estimations faites alors et table sur la durée moyenne suivante pour le personnel de soins et d'accompagnement (tableau 38).

La durée de l'exercice professionnel a une grande influence sur les besoins annuels de remplacement. Si l'on accroît par exemple de 5 % la durée moyenne de l'exercice professionnel, les besoins de remplacement diminuent de 5 %.

4.3.2 Durée de l'exercice professionnel chez les sages-femmes et dans les professions MTT

On ne dispose pas d'analyses sur la durée de l'exercice professionnel pour ces métiers. A défaut, les auteurs tablent sur une durée similaire à celle des professions soignantes de degré tertiaire.

4.3.3 Taux d'occupation

L'évolution du taux d'occupation influe sur les besoins en personnel. Il existe toutefois peu de données autorisant des pronostics fiables sur ce paramètre. Etant donné qu'il s'est peu modifié entre 2010 et 2014, il ne peut vraisemblablement avoir qu'un effet de levier mineur.

Si l'on considère la forte proportion de femmes assumant une double charge famille-profession, le taux d'occupation est relativement élevé. Il est influencé par des développements conjoncturels, des modifications dans l'organisation de la vie quotidienne et d'autres facteurs. Au vu de la complexité de ces derniers et des incertitudes qui y sont liées, nous renonçons à l'établissement de scénarios.

Le taux d'occupation moyen a une grande influence sur les besoins de relève. S'il passe par exemple de 80 % aujourd'hui à 75 %, les besoins de relève augmentent de 6,7 %.

4.3.4 Skill mix et grade mix

La question de l'évolution du skill mix et du grade mix intra-professionnel se pose uniquement pour les métiers de soins et d'accompagnement. Concernant l'évolution future, il n'existe pas d'analyse concluante; la composition des niveaux de qualification dans le domaine soins et accompagnement dépend de différents facteurs tels que du domaine de prise en charge et la région linguistique. L'évolution des années 2010-2014 montre que

- la part des professions soignantes tertiaires par rapport au total des métiers de soins et d'accompagnement a reculé dans les hôpitaux et les EMS alors qu'elle augmentait dans les services d'aide et de soins à domicile;

- la part du personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II CFC a augmenté dans tous les secteurs de prise en charge ;
- la part du personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II AFP a diminué dans tous les secteurs de prise en charge, hormis les services d'aide et de soins à domicile.

Les raisons de ces changements sont de divers ordres. Ils peuvent être volontaires, mais il se peut aussi qu'ils soient en grande partie influencés par des facteurs externes, notamment la pénurie de personnel soignant de degré tertiaire et les lacunes dans la formation au niveau auxiliaire.

La réalisation des objectifs en termes de couverture des besoins au degré tertiaire est fortement remise en question par le manque d'étudiants recrutés pour ces formations ainsi que par les effets attendus de l'initiative contre l'immigration de masse. Il est dès lors impératif de parvenir à allonger la durée de l'exercice professionnel. Par ailleurs, l'évolution conforme aux besoins des profils de prestations dans les services d'aide et de soins à domicile ne sera pas possible sans un renforcement de la part du personnel infirmier diplômé.

Le skill mix et le grade mix semblent ainsi évoluer à l'intersection entre vision idéale et différents facteurs limitants et il est difficile de prédire quel objectif sera réalisable. Au vu de ces incertitudes, le présent rapport s'en tient aux projections de l'Obsan sur ce point aussi et table sur une stabilité de ce paramètre.

4.3.5 Démographie, épidémiologie et recours aux prestations

Pour ces facteurs, les auteurs renoncent à établir leur propres estimations, car elles sont déjà intégrées dans les projections de l'Obsan.

4.3.6 Productivité et efficacité

Dans les pronostics de l'Obsan, la productivité et l'efficacité sont considérées comme stables, raison pour laquelle le présent rapport s'abstient là aussi d'établir ses propres estimations au niveau du système.

Des mesures visant à accroître la productivité et l'efficacité au niveau de l'établissement sont toutefois susceptibles de permettre des optimisations et une économie de ressources. Ce thème est traité de façon plus approfondie au chapitre 5.

4.3.7 Perspectives sociodémographiques

Les perspectives sociodémographiques se sont très peu modifiées depuis le rapport de 2009. Elles prévoient que le nombre de ménages d'une personne continuera d'augmenter et que

les réseaux sociaux traditionnels seront moins solides. Cette évolution parle pour un accroissement des besoins de soutien.

Des incitations plus efficaces destinées à promouvoir l'aide des proches et du voisinage sont de nature à réduire le volume de travail à la charge des professionnels. Cela étant, les interventions qualifiées des professionnels des soins et de l'accompagnement ne peuvent pas toutes être remplacées par les prestations des profanes.

L'actuel afflux de réfugiés vers l'Europe et la Suisse constitue en outre un facteur sociodémographique nouveau dont les répercussions n'ont pas encore été étudiées, et ne peuvent pas encore l'être.

Il se peut enfin que des mutations sociodémographiques causent des problèmes psychosociaux nouveaux de nature à modifier les besoins en prestations comme en personnel. De tels changements ne peuvent que faire l'objet de spéculations et toute quantification est impossible.

4.3.8 Développement professionnel

Les profils des professions non universitaires se sont développés et différenciés au cours des dix dernières années et cette évolution se poursuivra dans la prochaine décennie. À citer parmi les thèmes importants l'intégration dans les profils professionnels des stratégies nationales en matière de démence, de soins palliatifs et de cybersanté, ainsi que la mise en œuvre d'exigences renforcées dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle.

Ces changements d'exigences doivent être pris en compte dans les réformes des professions et/ou l'élaboration de nouvelles filières. Organisation de la branche et centre de compétence pour le développement de la formation dans les professions de la santé, l'OdASanté s'est penchée de façon intensive sur ces évolutions et les a intégrées dans sa Stratégie 2025.

4.3.9 Conclusion

L'estimation des besoins en personnel dans les professions de la santé est influencée par de nombreux facteurs dont l'évolution ne peut être ni pronostiquée ni quantifiée avec certitude, ce qui réduit la fiabilité de l'évaluation qui suit.

Cela étant, l'analyse montre clairement que la garantie d'effectifs suffisants en personnel bénéficiant des qualifications requises dans les professions de la santé constitue un défi de taille. Celui-ci ne pourra être relevé que si les possibilités d'optimisation proposées dans le chapitre consacré aux mesures sont exploitées de façon cohérente.

Enfin, le présent rapport illustre la situation sur l'ensemble de la Suisse. Elle varie cependant d'un canton à l'autre, notamment en raison de l'autonomie des cantons et de leurs politiques sanitaires propres. Il leur appartient ainsi de transposer les conclusions de ce rapport pour leur situation.

4.4 BESOINS ANNUELS DE RELÈVE DANS LES SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT

4.4.1 Scénarios de calcul

Deux niveaux de variables sont utilisés pour l'établissement de scénarios: les scénarios relatifs aux projections (bas – de référence – haut) et les scénarios relatifs à la durée de l'exercice professionnel (bas et haut).

Pour les projections, le rapport se fonde sur le scénario de référence, déjà suffisamment exigeant vu le degré actuel de réalisation. Il crée une forte pression sur la mise en œuvre de mesures efficaces, raison pour laquelle le scénario haut n'est pas pris en considération. Dès lors, le scénario bas est également écarté, car il ne montrerait que des différences mineures par rapport au scénario de référence (besoins de relève dans les trois scénarios de développement: voir annexe 2). La présente étude examine les deux scénarios suivants:

Scénario minimal → Scénario de référence avec longue durée d'exercice professionnel

Scénario maximal → Scénario de référence avec courte durée d'exercice professionnel

4.4.2 Fonction de recrutement du degré secondaire II

Selon une enquête menée dans les ES en santé, environ 65 % des étudiants de la filière soins infirmiers détiennent un CFC d'ASSC. L'accès à la formation en soins infirmiers au niveau

HES est ouvert aux titulaires d'un CFC qui possèdent également une maturité professionnelle (MP). On ne dispose pas d'informations sur le parcours de formation antérieur des étudiants HES, mais on peut estimer que le nombre d'ASSC parmi eux est inférieur à ce qu'il est dans les ES. D'une manière globale, on estime qu'environ 55 % des étudiants en soins infirmiers du degré tertiaire ont accédé à ces filières par le biais du CFC d'ASSC, dans certains cas avec MP.

La même enquête révèle qu'environ 10 % des étudiants des autres filières ES en santé détiennent aussi un CFC d'ASSC, la proportion variant fortement d'une discipline à l'autre. Dans l'évaluation de la fonction de recrutement, il est dès lors possible de tabler sur 200 titulaires supplémentaires d'un CFC d'ASSC.

Par rapport aux ASSC qui continuent d'exercer leur profession, ces personnes doivent suivre une formation supplémentaire.

4.4.3 Besoins de relève dans les trois domaines de prise en charge

Les besoins de relève sont présentés selon les domaines de prise en charge. Les besoins de relève dans le domaine hospitalier figurent dans le tableau 39, les besoins de relève dans les soins de longue durée figurent dans le tableau 40 et les besoins de relève dans les services d'aide et de soins à domicile figurent dans le tableau 41.

Tab. 39 Besoins dans le domaine hospitalier

	Besoins annuels de relève selon le scénario minimal	Besoins annuels de relève selon le scénario maximal	Moyenne des besoins annuels de relève
Tertiaire	3 274	3 843	3 559
Secondaire II CFC			
maintien dans la prof.	599	680	639
fonction recrutement	1 916	2 231	2 074
total	2 515	2 911	2 713
Secondaire II AFP	486	551	519
Total	6 275	7 305	6 791

Tab. 40 Besoins dans les soins de longue durée

	Besoins annuels de relève selon le scénario minimal	Besoins annuels de relève selon le scénario maximal	Moyenne des besoins annuels de relève
Tertiaire	1 321	1 513	1 417
Secondaire II CFC			
maintien dans la prof.	951	1 064	1 008
fonction recrutement	774	879	826
total	1 725	1 943	1 834
Secondaire II AFP	1 140	1 275	1 208
Total	4 186	4 731	4 459

Tab. 41 Besoins dans les services d'aide et de soins à domicile

	Besoins annuels de relève selon le scénario minimal	Besoins annuels de relève selon le scénario maximal	Moyenne des besoins annuels de relève
Tertiaire	1 032	1 166	1 099
Secondaire II CFC			
maintien dans la prof.	628	695	661
fonction recrutement	605	677	641
total	1 233	1 372	1 302
Secondaire II AFP	212	235	223
Total	2 477	2 773	2 624

Tab. 42 Evolution globale des besoins dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile
Scénarios minimal et maximal des besoins annuels de relève dans les professions de soins et d'accompagnement à l'horizon 2025

	Besoins annuels de relève selon le scénario minimal	Besoins annuels de relève selon le scénario maximal	Moyenne des besoins annuels de relève
Tertiaire	5 627	6 522	6 075
Secondaire II CFC			
maintien dans la prof.	2 178	2 439	2 308
fonction recrutement	3 295	3 787	3 541
total	5 473	6 226	5 849
Secondaire II AFP	1 838	2 061	1 950
Total	12 938	14 809	13 874

Tab. 43 Scénarios minimal et maximal des besoins annuels de relève parmi les sages-femmes et dans les professions MTT à l'horizon 2025

	Besoins annuels de relève selon le scénario minimal	Besoins annuels de relève selon le scénario maximal	Moyenne des besoins annuels de relève
Sage-femme	165	212	188
Technique en salle d'opération	147	179	163
Technique en radiologie méd.	227	277	252
Physiothérapie	678	814	746
Ergothérapie	157	189	173
Diététique	64	77	71
Activation	85	102	93
Podologie ES	37	44	41
Orthoptique	26	31	28
Hygiène dentaire	140	171	156

Tab. 44 Mise en parallèle des titres décernés en 2014 avec les besoins annuels de relève à l'horizon 2025

	Moyenne des besoins annuels de relève	Titres décernés en 2014	Degré de couverture
Soins infirmiers, degré tertiaire	6075	2620	43,1 %
Soins et accompagnement, sec. II CFC			
maintien dans la profession	2308	–	–
fonction de recrutement	3541	–	–
Soins et accompagnement, sec. II CFC	5849	4397	75,2 %
Soins et accompagnement, sec. II AFP	1950	758	38,9 %
Soins et accompagnement total	13874	7775	56,0 %
Sage-femme	188	155	82,3 %
Technique en salle d'opération	163	110	67,5 %
Technique en radiologie médicale	252	150	59,5 %
Physiothérapie	746	350	46,9 %
Ergothérapie	173	124	71,7 %
Diététique	71	64	90,7 %
Activation	93	40	42,9 %
Podologie ES	41	10	24,7 %
Hygiène dentaire	156	70	45,0 %

4.5 BESOINS ANNUELS DE RELÈVE POUR LES SAGES-FEMMES ET LES PROFESSIONS MTT

Les scénarios de calcul sont en grande partie les mêmes que ceux décrits au chiffre 4.1.1.

Le tableau 43 montre les besoins globaux (y compris personnes travaillant hors des hôpitaux, EMS et services d'aide et de soins à domicile).

4.6 COUVERTURE DES BESOINS DE RELÈVE PAR LES PRESTATIONS DE FORMATION ACTUELLES

La mise en parallèle des besoins de relève avec les titres décernés en 2014 fournit l'image présentée au tableau 44¹².

4.7 VUE D'ENSEMBLE

L'évolution des nombres d'entrants et de diplômés dans les professions de la santé montre que beaucoup a été fait dans le domaine de la promotion de la formation depuis le rapport national de 2009. On peut partir du principe que c'est également le cas en matière de maintien du personnel. Les effectifs des institutions du domaine de la santé ont toutefois considérablement augmenté dans la même période, ce qui fait que la situation globale ne s'est que peu améliorée malgré les succès obtenus. Elle doit toujours être considérée comme préoccupante.

La situation pour les professions de soins et d'accompagnement est préoccupante, car le degré de couverture des besoins par les prestations de formation indigènes n'est que de 56%. Elle est particulièrement aiguë au degré tertiaire, où ce taux n'atteint que 43,1%. Certes, le potentiel de recrutement et de formation du pays n'est pas entièrement exploité et les perspectives à cet égard sont favorables (voir chapitres 2 et 3). Cependant, les recommandations du Code de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ne pourront vraisemblablement pas être appliquées à moyen terme, même si la Suisse consent de grands efforts dans ce sens. Au vu des effets que l'on peut attendre de l'initiative contre l'immigration de masse sur le recrutement de personnel étranger, la situation est alarmante.

Les perspectives de recrutement au degré secondaire II CFC sont à moyen terme favorables, de sorte que si les mesures

nécessaires sont prises, la situation pourrait être consolidée. Il ne faut cependant pas perdre de vue le fait que les calculs du présent rapport estiment que 55% seulement des étudiants en soins infirmiers tertiaires sont titulaires d'un CFC correspondant au domaine d'études. Si les écoles moyennes ne remplissent pas la fonction attendue, il s'ensuivra une forte pression sur l'activité de formation dans les professions avec CFC correspondant au domaine d'études.

Pour l'activité de formation dans le domaine soins et accompagnement au degré secondaire II AFP, le bas degré de couverture s'explique par le fait que la formation d'aide soignante a été supprimée en 2011 et que la formation nouvellement introduite «Aide en soins et accompagnement AFP» est encore en phase de développement. Les nombres de diplômes montrent toutefois une tendance réjouissante et les possibilités d'évolution existent. Selon l'estimation de la branche, il n'y a pas de problème de relève à ce niveau.

Les prévisions concernant les sages-femmes et les professions MTT se fondent sur une association de plusieurs sources de données, ce qui les rend incertaines. Le rapport se borne ainsi à constater que l'activité de formation n'est susceptible de couvrir les besoins pour aucune de ces professions. Une interprétation plus pointue de la situation nécessiterait une analyse approfondie, qui déborderait le cadre de ce rapport.

Il est impératif de prendre des mesures efficaces et conséquentes pour promouvoir la relève en Suisse ainsi que pour maintenir le personnel formé sur le marché du travail. Les niveaux d'actions et mesures possibles constituent le point principal du prochain chapitre. Tous les acteurs sont appelés à collaborer à la mise en œuvre des mesures.

12 La couverture des besoins de relève de l'orthoptique n'est pas représentée, car il s'agit d'une profession jeune et numériquement modeste.

PARTIE III



CHAMPS D'ACTION ET MESURES

5 CHAMPS D’ACTION ET MESURES

5.1 VUE D’ENSEMBLE DES CHAMPS D’ACTION, DES MESURES ET DES ACTEURS

Le Rapport national de 2009 sur les besoins en effectifs avait défini les niveaux d’action recrutement de personnel, formation, maintien du personnel et optimisation de l’engagement et recommandé des mesures à prendre pour chacun d’eux. Ces quatre niveaux d’action n’ont rien perdu de leur actualité et constituent toujours le cadre dans lequel s’inscrivent les interventions préconisées. Le tableau 45 donne un aperçu des objectifs visés à chaque niveau, des mesures les plus impor-

tantes et des acteurs principaux. Cette « matrice » ne prétend pas à l’exhaustivité ni à la précision absolue dans l’attribution des mesures aux divers acteurs. Elle veut plutôt mettre en évidence le fait que celles-ci concernent rarement un seul d’entre eux et qu’elles doivent être soutenues, et le plus souvent mises en œuvre, de façon conjointe par plusieurs acteurs.

Ce chapitre présente les diverses mesures proposées, dont certaines sont illustrées à l’aide d’exemples concrets. L’objectif est double : montrer ce qui a été réalisé et faire connaître des projets et modèles qui fonctionnent, dans l’idée qu’ils puis-

Tab. 45 Matrice des mesures

Champ d’action	Recrutement du personnel	Formation du personnel	Maintien du personnel	Engagement du personnel	
Acteurs	Objectifs	Relève et nombre de candidats suffisants	Nombre suffisant de places de formation	Allongement de la durée d’exercice de la profession	Optimisation de l’engagement
Assoc. professionnelles	Soin accordé à l’image 5.2.1				
Professionnels			Modèles de temps de travail souples 5.4.2	Skill mix et grade mix ; engagement conforme aux compétences 5.5.1	Organisation des processus 5.5.1
Etablissements/ Employeurs	Séances d’information (journées découverte, stages d’orientation) 5.2.2	Marketing de la formation (places d’apprentissage/ places de stage) 5.3.4	Valeurs, culture, participation, politique du pers. 5.4.1/2	Promotion de la réinsertion prof. 5.4.4	Collab. entre établissements ; réseaux de prise en charge 5.5.2
Assoc. faitières employeurs		Coopération entre les lieux de formation 5.3.5	Soutien, conseil, formation des cadres 5.4.3		
OrTra cantonales	Marketing des professions/ Soin accordé à l’image 5.2.1				Développement des profils professionnels 5.3.8
OdA nationale					
Prestataires de formation	Promotion de la réorientation professionnelle (formation en cours d’emploi, financement de programmes) 5.2.3	Formation en cours d’emploi au degré tertiaire 5.3.6			
Autorités cantonales formation /CSFP					
Confédération Formation SEFRI					
Autorités cantonales santé/ CDS		Planification des besoins 6.2.5			
Confédération Santé OFSP		Obligation de formation 5.3.1/5.3.3			

sent être repris par d’autres acteurs. Les auteurs en soulignent également les lacunes et les potentiels d’amélioration. Le chapitre 6 fournit une appréciation et une pondération des résultats des chapitres précédents et suggère des priorités parmi les mesures préconisées.

5.2 CHAMP D’ACTION « RECRUTEMENT DE PERSONNEL »

Les mesures prises dans le domaine du recrutement de personnel visent à tirer parti de toutes les possibilités qui se présentent pour les professions de la santé en misant sur la communication professionnelle et sur l’exploitation de potentiels spécifiques.

5.2.1 Communication et marketing concernant les professions de la santé

La communication professionnelle cherche à éveiller l’intérêt des apprentis et étudiants potentiels pour une formation en santé. Parmi les groupes cibles figurent les jeunes en âge de choisir un métier, mais aussi les adultes souhaitant réorienter leur carrière et les personnes déjà actives dans le domaine de la santé qui désirent acquérir une qualification supérieure.

Une communication ciblée et efficace doit pouvoir s’appuyer sur une identité commune des professions de la santé. Celle-ci

Portail d’information professionsante.ch

Grâce à sa marque faitière professionsante.ch déclinée en trois langues, l’OdASanté dispose depuis 2009 d’un instrument d’information professionnelle efficace, qui comprend des fiches par métier, des brochures et un portail internet consacré aux contenus et aux conditions de la formation dans les divers métiers. Cette marque a pour but de forger une identité commune à toutes les professions de la santé non universitaires en vue de mieux les distinguer d’autres groupes professionnels. Son uniformité graphique renforce sa notoriété.

Les imprimés sont principalement utilisés par les centres d’orientation professionnelle et les OrTra cantonales ou servent de modèles pour la création de moyens de communication adaptés aux besoins régionaux. De nombreux cantons soutiennent financièrement les mesures d’information professionnelle à l’échelle cantonale ou régionale.

www.professionsante.ch

a été définie par l’OdASanté au moyen de sa marque faitière « professionsante.ch » (voir encadré).

Les mesures de communication professionnelle comprennent des imprimés, ainsi que des moyens électroniques allant du site internet à la présence sur les médias sociaux, en passant par les spots publicitaires. Les clients de ces produits sont avant tout les offices d’orientation professionnelle. Quelques cantons disposent d’offres d’information et d’orientation spécifiquement dédiées aux professions de la santé¹³. Les établissements et les prestataires de formation mènent eux aussi des campagnes de publicité auprès de leurs groupes cibles.

Soigner l’image fait également partie du marketing des professions au sens large. Mais cela ne passe que partiellement par des campagnes et des mesures venues de l’extérieur. La meilleure publicité est constituée par l’image que les professionnels et les établissements eux-mêmes donnent des métiers de la santé et de la branche en général. Les candidats à un apprentissage dans ce domaine sont en contact avec le personnel de santé en de multiples occasions : comme patients, proches de patients et amis ou parents de professionnels de la santé. Par ailleurs, les enseignants, les responsables de la formation, les supérieurs hiérarchiques et les collègues peuvent jouer, durant la formation ou au poste de travail, un rôle de modèle positif qui influe aussi sur la perception de la profession.

Les secteurs de prise en charge n’ont pas tous le même pouvoir attractif comme lieux de formation. Il importe ainsi de soigner leur image au niveau de la branche entière, de façon à ne pas accentuer les différences existantes, mais à les gommer.

Enfin, les championnats des métiers sont de nature à accroître la notoriété et la perception positive d’une profession. L’OdASanté en organise tous les deux ans pour les assistantes et assistants en soins et santé communautaire (ASSC). Dans des situations où les patients sont joués par des figurants, les jeunes professionnels mettent leur savoir à l’épreuve face au public. Les personnes qui souhaitent participer au championnat suisse doivent préalablement passer les épreuves de qualification régionales ou cantonales. Celles-ci sont mises sur pied par les OrTra cantonales, avec le soutien des établissements de santé.

5.2.2 Stages dans le monde de la santé

Au-delà de la communication pure, qui vise avant tout à éveiller l’intérêt pour les professions de la santé et à renseigner sur les voies de formation, il est important de donner une idée

13 C’est notamment le cas de Vaud (www.cips.ch) et de Zurich (www.puls-berufe.ch/Laufbahnberatung).

concrète de cet univers. Tel est le but des stages de découverte et d’orientation professionnelle, des journées portes ouvertes et de la présence des métiers de la santé dans les salons de la formation. Des offres de ce type existent dans la plupart des cantons, qui les soutiennent financièrement par le biais des OrTra cantonales.

5.2.3 Potentiel des personnes réorientant leur carrière

Les personnes souhaitant réorienter leur carrière vers le monde de la santé ne le connaissent généralement pas, mais apportent une expérience de vie et les compétences scolaires ou professionnelles acquises dans d’autres domaines. Il est possible et nécessaire de recruter des personnes de ce groupe cible pour tous les niveaux de qualification. Cela implique de proposer des programmes dotés d’une structure souple, ce que les prescriptions générales sur la formation autorisent. A titre d’exemple, les écoles supérieures en santé offrent des filières à temps partiel à côté de leurs programmes à plein temps.

Pour atteindre les membres de ce groupe cible, il s’agit de faire connaître les offres qui les concernent par les canaux appropriés¹⁴.

La condition première pour envisager une reconversion professionnelle est de disposer de conditions économiques via-

bles. Les candidats à de tels projets doivent être en mesure de conserver un niveau de vie ordinaire correspondant à leur âge et à leur situation. Ils sont dès lors tributaires d’une activité à temps partiel dans leur profession antérieure ou dans l’établissement où ils suivent leur formation en cours d’emploi, avec un salaire supérieur aux rémunérations de stage usuelles.

Dans quelques cantons, des modèles de ce type sont proposés par les ES en soins infirmiers, parfois avec le soutien financier des autorités. On trouve plus couramment des filières en soins infirmiers en cours d’emploi au niveau ES ou HES pour les personnes ayant une formation préalable correspondant au domaine d’études, à savoir généralement les ASSC (voir 5.3.6).

5.2.4 Accès à bas seuil dans le domaine de la santé

A côté des offres pour les personnes souhaitant réorienter leur carrière ou reprendre une activité professionnelle, des possibilités doivent exister pour celles et ceux qui veulent (ré)intégrer le monde du travail par des voies simples, à savoir sans formation formelle. Parmi les offres reconnues au plan national, le cours « auxiliaire de santé » de la Croix-Rouge suisse (CRS) est la plus répandue. Les auxiliaires de santé CRS assument des tâches de soins de base telles que la toilette, l’habillage ou la mobilisation. Le cours comprend 120 heures d’enseignement théorique et 12 à 15 jours de stage (avec évaluation).

Dès lors qu’une personne est entrée dans le domaine de la santé, le système de la formation professionnelle lui offre la possibilité d’acquérir un titre de formation (voir 3.5.3).

5.2.5 Potentiel de recrutement parmi les réfugiés et les personnes admises à titre provisoire

Parmi les réfugiés reconnus et les personnes admises à titre provisoire vivant aujourd’hui en Suisse, environ 50 % sont âgés de 18 à 39 ans. Des enquêtes et des sondages par échantillon ont montré qu’un cinquième des plus de 18 ans possédaient un titre de haute école ou de maturité et que la moitié environ avaient plusieurs années d’expérience professionnelle. Tant en 2014 qu’en 2015, quelque 7000 personnes en âge de travailler ont été accueillies en Suisse sous le régime de l’asile ou d’une admission provisoire.

Il est important d’exploiter ce potentiel en donnant aux personnes qui se sont réfugiées en Suisse – et y resteront, selon toute probabilité – un accès au monde du travail par le biais de la formation professionnelle. C’est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a lancé un programme pilote de préap-

myoda.ch – une plateforme en ligne pour relier les établissements offrant des stages et les personnes intéressées

Par sa plateforme en ligne myoda.ch, l’OrTra Santé Berne a créé un outil qui met en lien les personnes intéressées à faire des stages ou à suivre une journée découverte et les établissements prêts à les accueillir. Ces derniers classent leurs offres sur la plateforme par profession et par genre. A l’aide d’un masque de saisie, les personnes cherchant un stage sélectionnent le type d’offre, la profession et la région souhaités. Le dépôt de la candidature et la prise de contact se font directement sur la plateforme, qui fournit aussi des renseignements sur l’établissement et sur la personne de contact. Le regroupement des offres sur une même plateforme facilite le recours à ces possibilités de découverte des métiers de la santé et devrait contribuer à promouvoir la relève.

La plateforme myoda.ch est ouverte aux établissements du canton de Berne, mais aussi d’autres cantons.

www.myoda.ch

¹⁴ Par exemple au moyen d’une documentation pour les offices d’orientation professionnelle et de carrière, telle que http://edudoc.ch/record/104871/files/Hoehere_Fachschulen_Pflege.pdf (28.6.2016).

ZIGG Jobs AG – une agence régionale de placement pour la branche

De nombreux établissements de Suisse centrale avaient besoin d'une plateforme régionale d'emploi pour le personnel soignant. C'est ce qui a conduit à la création de ZIGG Jobs AG, une agence spécialisée dans la recherche, la sélection et le placement de personnel de santé non universitaire. Elle est financée par les établissements des secteurs soins aigus, soins de longue durée et aide et soins à domicile implantés dans les six cantons de Suisse centrale. La demande pour les prestations offertes est élevée et ne cesse de croître à mesure que la plateforme gagne en notoriété. La force de ZIGG Jobs AG réside dans la connaissance de la branche santé autant que dans son ancrage régional.

www.zigg-jobs.ch

prentissage à l'intention des réfugiés. Cette offre d'intégration d'un an les prépare à une formation professionnelle. Ils y apprennent une langue nationale, se familiarisent avec la culture du travail en vigueur en Suisse et acquièrent des compétences de base dans une branche.

Pour le domaine de la santé, il convient d'examiner dans quelle mesure les réfugiés reconnus et les personnes admises à titre provisoire peuvent être recrutés pour des formations dans

Formation ES en soins infirmiers pour les 25 plus : programme d'encouragement en Thurgovie

Le canton de Thurgovie et les établissements de formation offrent aux 25 ans et plus une filière en soins infirmiers au niveau ES avec un salaire adapté. Ce programme d'encouragement est ouvert aux personnes résidant sur le territoire cantonal et possédant un titre de degré secondaire II. Elles doivent passer un test d'aptitude et trouver elles-mêmes une place de formation. Si elles peuvent prouver qu'elles n'ont pas les moyens de subvenir à leurs besoins, elles reçoivent une bourse calculée individuellement, qui ne peut toutefois pas dépasser une certaine limite. Cette contribution est financée à parts égales par le canton et par les établissements et s'ajoute aux rémunérations de stage usuelles.

Depuis son lancement, l'offre a éveillé un vif intérêt et doit être prolongée jusqu'en 2020. En moyenne, 10 à 25 % des étudiants ES de Thurgovie bénéficient d'un soutien durant leur formation.

www.odags-thurgau.ch/ausbildung/dipl-pflegefachfrau-mann-hf.html

lesquelles on constate une pénurie d'apprentis ou d'étudiants. Au niveau auxiliaire, il y a généralement plus de candidats que de places de formation disponibles. C'est pourquoi la mise sur pied de cours supplémentaires dans ce domaine aurait plutôt pour effet de concurrencer l'offre existante et compliquer la recherche de places de stages et de formation appropriées. Aucune expérience n'est à ce jour documentée pour des programmes tertiaires ES et HES à l'intention de ce groupe cible. Dans ce domaine, il appartient aux acteurs cantonaux et nationaux d'étudier les conditions cadres et de recueillir de premières expériences grâce à des projets pilotes.

5.3 CHAMP D’ACTION « FORMATION ET FORMATION CONTINUE »**5.3.1 Obligations de formation imposées par les cantons**

En 2012, le nouveau système de financement des hôpitaux est entré en vigueur, modifiant la situation par rapport à l'activité de formation de ces établissements. En vertu de la révision de la LAMal, les frais de la formation aux professions de la santé non universitaires font désormais partie des coûts imputables et sont indemnisés dans le cadre des forfaits par cas. Le financement au moyen de ces forfaits a pour objectif d'accroître la concurrence entre les hôpitaux, puisque ceux-ci reçoivent la même rétribution pour des prestations médicales identiques. Cela étant, les hôpitaux qui s'engagent davantage que d'autres dans la formation – et assument de ce fait des coûts supplémentaires – se voient désavantagés. Du point de vue de la prise en charge, cette incitation négative est indésirable et doit être corrigée. A cette fin, des conditions cadres équitables ont été créées pour les coûts de formation, de façon à exploiter autant que possible le potentiel de formation dans tous les établissements. C'est la raison pour laquelle les cantons ont introduit ces dernières années des obligations de formation pour les institutions inscrites sur leur liste des hôpitaux¹⁵.

En 2010, le Comité directeur de la CDS avait adopté quatre principes dans la perspective du nouveau système de financement des hôpitaux. Ces principes conservent toute leur validité :

- **Obligation de formation** : les établissements sont tenus de fournir des prestations de formation. Il n'est dès lors plus possible de jouer les « opportunistes ».
- **Fixation de montants normatifs** : l'indemnisation (« prix ») est définie de façon harmonisée par profession/niveau de formation sur la base des coûts standards nets et de montants forfaitaires.

15 Ces consignes correspondent aux Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière 2009 : www.gdk-cds.ch > Thèmes > Planification hospitalière (29.7.2016).

montré à quel point il est difficile de déterminer les coûts nets d'une manière proche de la réalité, tout en étant standardisée. Il faut en outre tenir compte de différences d'un secteur de prise en charge à l'autre : ainsi, on peut admettre qu'au vu des conditions structurelles les coûts standards nets sont plus élevés dans le domaine de l'aide et des soins à domicile que dans les hôpitaux. Pour certaines professions et certains niveaux de formation toutefois, les calculs faits sur la base du modèle ont confirmé les valeurs appliquées jusqu'ici. Sur la base de ces travaux et recommandations, le Comité directeur de la CDS a adopté, en juin 2015, des recommandations relatives aux montants normatifs de l'indemnisation des prestations de formation pratique. Ils doivent être intégrés à titre de montants minimaux dans les systèmes d'indemnisation et les éventuels mécanismes de compensation pour les coûts de la formation.

5.3.3 Pilotage de la formation pratique dans l'ensemble du système

Par rapport à la garantie de la relève, la branche santé constitue une communauté de destin : si un membre de la chaîne de prise en charge ne parvient plus à assumer son rôle en raison d'un manque de personnel, la branche dans son ensemble en subit les conséquences. C'est pourquoi il convient de promouvoir et de rétribuer la formation pratique selon les mêmes conditions dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. Cela vaut d'autant plus que les besoins en personnel sont appelés à augmenter plus fortement dans les soins de longue durée résidentiels et ambulatoires que dans les soins aigus.

Dans de nombreux cantons, l'obligation de formation ne s'applique qu'aux hôpitaux. Cette restriction pourrait s'expliquer notamment par le fait que les EMS et les services d'aide et de soins à domicile n'ont pas un seul et même organisme responsable, à savoir la commune. Il est possible de modifier cette situation en adoptant des bases légales appropriées.

Pour reconnaître l'activité de formation comme une prestation assimilée à toute autre, son indemnisation doit être liée aux objectifs et aux prestations. A l'heure actuelle, son indemnisation dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile n'est généralement pas liée à des objectifs, mais incluse dans le financement résiduel.

5.3.4 Création de conditions cadres favorables pour la formation pratique

La création de conditions cadres favorables est de nature à faciliter l'activité de formation déployée par les établissements et à la maintenir à un bon niveau. Comme déjà mentionné précédemment, l'un des moyens de la promouvoir est d'indemniser les coûts non couverts de la formation pratique, mais il existe aussi des mesures d'encouragement non financières.

Le modèle bernois: « Nous formons le personnel dont nous avons besoin. »

En appliquant un modèle de formation et de formation continue pour les professions de la santé non universitaires, qui repose sur des bases légales créées à cette fin, le canton de Berne joue depuis plusieurs années un rôle de pionnier. En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, ce modèle contraint les établissements de santé à offrir une formation pratique dans les professions sanitaires. L'obligation s'applique aux hôpitaux, cliniques, services de sauvetage, maisons de naissance, EMS et organisations d'aide et de soins à domicile. Les laboratoires médicaux privés, les instituts de radiologie et les cabinets de pratique thérapeutique ne sont pas inclus dans cette obligation, mais le canton peut leur verser une contribution s'ils souhaitent participer aux prestations de formation.

Le modèle bernois s'appuie sur l'idée-force que tous les établissements employant du personnel sanitaire doivent contribuer à garantir la relève en assurant des formations et des formations continues. Cette réglementation évite que les établissements déployant une forte activité dans ce domaine ne soient financièrement désavantagés par rapport aux autres, car les mêmes conditions cadres s'appliquent à tous. Le modèle se fonde sur les principes suivants :

- Chaque établissement forme selon son potentiel.
- La formation et la formation continue sont assimilées aux autres prestations et donnent de ce fait droit à une rétribution par forfait. Pour les hôpitaux répertoriés, ces prestations sont financées selon les dispositions de la LAMal. Les autres prestataires participant à la formation reçoivent une indemnisation liée aux objectifs définis.
- Les établissements calculent leur propre potentiel de formation selon les consignes du canton. Ce potentiel est déterminé par le plan des postes ou, pour les services d'aide et de soins à domicile, par le nombre d'heures de prestations OPAS.
- L'établissement et le canton conviennent des prestations de formation et de formation continue à fournir en fixant un certain nombre de points. L'établissement est libre de choisir au moyen de quelles prestations il entend atteindre l'objectif défini.
- Si un établissement a fourni un volume insuffisant ou au contraire supplémentaire de prestations par rapport à ce qui avait été convenu, le canton équilibre la situation : il exige un paiement compensatoire ou verse un montant additionnel.
- Si les prestations de formation d'un établissement se situent au-dessous de la marge de tolérance, un paiement compensatoire est exigé (système de malus).
- Le canton finance également des offres dans le cadre de la préparation au choix professionnel, telles que les journées portes ouvertes ou les stages de découverte.

L'expérience du canton de Berne est très positive. Le nombre de places de formation a augmenté de façon massive depuis 2012 et les établissements sont en mesure d'exploiter leur potentiel de formation. A tel point que d'autres cantons (dont AG, SG et ZH) ont repris le modèle bernois en l'adaptant à leur situation.

Parmi celles-ci figure la collaboration entre établissements, où les niveaux d’action sont multiples :

- transmission et mise en place de modèles de bonnes pratiques ;
- réflexion commune sur des questions de qualité, telles que le recrutement et la sélection, ou élaboration conjointe d’attestations de compétences ;
- développement commun de stratégies ;
- engagement conjoint de responsables de la formation en vue d’optimiser l’utilisation des ressources et de promouvoir le transfert de savoir entre établissements ;

- échange d’enseignants et d’étudiants en vue de renforcer la formation de généralistes.

Les plateformes appropriées pour la branche telles que des rencontres régionales de réseau ou des plateformes électroniques d’échange et de coordination sont de nature à améliorer la vue d’ensemble, l’échange d’expérience et le recrutement des partenaires appropriés.

Dans son rôle de formatrice, la branche santé jouit d’une bonne réputation, qu’il s’agit de conserver. Les mesures d’encouragement contribuent à faciliter les débuts pour les établissements qui se lancent pour la première fois dans une activité de formation et favorisent par ailleurs le maintien de la qualité de la formation pratique.

La promotion de la formation pratique au sein d’un établissement gagne aussi en efficacité dès lors qu’elle est considérée comme l’affaire de la direction et intégrée au niveau stratégique.

Collaboration entre établissements – l’exemple de l’EMS et de l’hôpital STS SA

Les SA Alterswohnen STS et Spital STS à Zweisimmen gèrent un EMS et un hôpital situés à proximité immédiate l’un de l’autre. Lors d’une journée des apprentis organisée par la responsable de la formation et la direction, les apprentis ASSC de l’EMS ont émis le souhait de connaître les tâches au sein de l’hôpital. Des discussions ont suivi avec ce dernier et des stages réciproques ont été mis en place, à la satisfaction de toutes les parties. La collaboration sera étendue et, à partir de 2017, les apprentis seront recrutés conjointement par les deux entités et suivront une formation pratique de même durée au sein de l’EMS et de l’hôpital.

5.3.5 Coopération entre les lieux de formation

Une bonne collaboration entre les trois lieux de formation que sont l’établissement, l’école professionnelle et les cours inter-entreprises (CI) contribue également à faciliter et à promouvoir efficacement la formation pratique. Bien qu’elle soit inscrite dans les prescriptions sur la formation, cette coopération ne se traduit pas toujours dans les faits. Comme pour celle qui concerne les établissements, on peut définir plusieurs niveaux d’action :

- ancrage d’un concept de pédagogie professionnelle commun ;
- développement d’une culture de l’apprentissage commune s’appliquant à tous les lieux de formation ;
- définition commune et coordination des objectifs, des contenus et des moyens de formation ;
- développement de la qualité selon une stratégie concernant les trois lieux de formation ;
- collaboration pour le suivi d’apprentis et d’étudiants connaissant des difficultés ;
- échange d’informations.

Coopération entre les lieux de formation – l’exemple de l’OrTra Santé et de l’école professionnelle des deux Bâle

Dans le cadre d’une coopération entre les lieux de formation, l’OrTra Santé des deux Bâle et l’école professionnelle de santé Bâle-Campagne ont créé des canaux pour l’introduction des apprentissages d’ASSC avec CFC et d’ASA avec AFP. Cette collaboration entre l’école professionnelle, les CI et la pratique a pour but d’harmoniser autant que possible les plans de formation respectifs et d’adopter des attitudes communes pour la mise en œuvre de la formation. L’élément central en est constitué par un concept de pédagogie professionnelle élaboré avec l’IFFP et qui définit 13 principes pour une formation axée sur les compétences. Depuis lors, la coopération ne cesse de s’étendre et se concrétise par différents canaux comme des séminaires – également ouverts aux apprentis – favorisant les échanges entre lieux de formation et créant un socle commun. Dans ce cadre, des sondages sont régulièrement menés auprès des apprentis, des formateurs de la pratique et des enseignants afin d’évaluer et d’optimiser la coopération.

www.nbbg.bl.ch

www.oda-gesundheit.ch/aktuell/lok-tagung/lok-tagung-2016

5.3.6 Modèles de filières en cours d’emploi pour les personnes préalablement formées dans le domaine correspondant aux études

Les ASSC qui souhaitent acquérir une qualification supérieure peuvent suivre une filière tertiaire en soins infirmiers sous une forme raccourcie et/ou en cours d’emploi. Comme les personnes réorientant leur carrière, les ASSC intéressées sont souvent des adultes qui, au moment d’entamer une filière tertiaire, ont déjà travaillé plusieurs années dans leur métier. La décision d’entreprendre une formation consécutive est fortement

influencée chez elles par la perspective d’assumer davantage de responsabilités et de voir leur titre, mais aussi leur expérience professionnelle antérieure, dûment rémunérés.

Durant la formation, ces personnes doivent subvenir elles-mêmes à leurs besoins, raison pour laquelle de nombreux cantons ont mis sur pied des filières tertiaires en soins infirmiers en cours d’emploi ou dotées d’une structure souple en termes de durée. Les étudiantes travaillent à un certain pourcentage au sein de l’établissement et reçoivent un salaire adapté à leur situation. Quelques programmes bénéficient du soutien financier des autorités sanitaires, comme dans le canton de Vaud (voir encadré).

5.3.7 Stages dans les cabinets privés et le domaine extrahospitalier

Les HES sont placées devant des défis particuliers pour leurs filières de physiothérapie, d’ergothérapie, de diététique et de sage-femme. Les champs professionnels de ces disciplines se déplaçant toujours davantage vers l’ambulatoire, il est difficile aux HES de trouver suffisamment de places de stage pour leurs étudiants. La qualité de la formation pratique s’en ressent, car au moment de l’entrée dans la vie active, il manque aux jeunes diplômés des compétences importantes, qu’ils n’ont pas pu acquérir, ou pas suffisamment, dans la pratique. Les cabinets et autres fournisseurs de prestations privés du domaine extrahospitalier n’offrent aujourd’hui pas de places de stages, car les conditions juridiques et financières pour le faire sont défavorables. Les thérapeutes privés ne peuvent en effet ni facturer les prestations productives de leurs stagiaires, ni intégrer leurs propres prestations de formateurs dans les tarifs. Ils se trouvent dès lors doublement désavantagés par rapport au domaine hospitalier.

Bachelor en soins infirmiers en cours d’emploi – l’exemple de la HESAV

Depuis l’automne 2015, la Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV) propose une formation en cours d’emploi pour accéder au bachelor en soins infirmiers. Elle s’adresse aux ASSC titulaires d’une maturité professionnelle, engagées dans un établissement de santé et attestant de deux ans au minimum d’expérience professionnelle. Les étudiantes travaillent à 50 % au sein de l’établissement et consacrent l’autre mi-temps aux études. Elles touchent un salaire correspondant à un engagement à 80 %, financé à 50 % par l’établissement et à 30 % par le canton. Le programme, allongé à quatre ans, peut accueillir environ 25 personnes par année.

www.hesav.ch/formation/soins-infirmiers/bachelor/bachelor-en-emploi

D’entente avec les HES en santé et les associations professionnelles concernées, la CDS a élaboré une proposition de solution par le biais de la LAMal, qu’elle a soumise aux Chambres fédérales. Il s’agirait d’adapter la LAMal de façon que les prestations productives fournies par les étudiants durant leurs stages puissent être facturées dans le cadre de la législation et que les prestations de formateurs des thérapeutes soient prises en compte dans le calcul des tarifs, en analogie avec ce qui est appliqué pour les hôpitaux. Cette demande a été transmise en avril 2016 au Conseil fédéral par le biais d’une motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSS-N). Elle se trouvait encore en phase de débat parlementaire au moment de la rédaction du présent rapport.

5.3.8 Développement et création de nouveaux profils professionnels

Le développement de nouvelles filières de formation et de formation continue n’a certes pas d’influence sur la couverture quantitative des besoins en personnel. Mais c’est grâce à des profils professionnels prenant en compte les évolutions aux plans des disciplines, de la société, de l’économie et de la technologie et répondant aux besoins actuels que le personnel qualifié pourra être employé de la manière la plus ciblée possible.

Conjointement avec les associations de la branche et des diverses professions concernées, l’OdASanté a créé des offres de formation continue. Parmi celles-ci l’examen professionnel fédéral Soins de longue durée et accompagnement, qui donne aux ASSC et aux ASE une qualification supplémentaire dans ce domaine et leur permet de mieux épauler le personnel infirmier diplômé. Celui-ci peut ainsi se consacrer davantage aux tâches qui lui incombent dans la responsabilité globale du processus de soins. Les premières sessions d’examen ont lieu à l’automne 2016.

Dans le cadre du projet «Examens fédéraux dans le domaine des soins infirmiers», les profils de qualification de six examens professionnels supérieurs et d’un examen professionnel sont en cours d’élaboration sous la houlette de l’OdASanté.

L’infirmière de pratique avancée (IPA) – ou experte en soins infirmiers – constitue un autre exemple d’extension du profil professionnel. Les IPA sont des infirmières hautement qualifiées qui possèdent une expertise et des compétences cliniques leur permettant d’assumer une pratique soignante élargie. Elles doivent préalablement avoir acquis un master en sciences infirmières (Master in Nursing Science). Elles assumeront dans le futur des tâches étendues dans la prise en charge médicale et apporteront une contribution importante à la collaboration interprofessionnelle. Des expertes de ce ni-

veau participent aujourd’hui déjà à différents projets pilotes de soins intégrés. Dès qu’un profil professionnel clair aura été défini, il conviendra de régler de manière unifiée la formation et l’exercice professionnel des IPA, qui seront dotées de vastes compétences.

5.4 CHAMP D’ACTION « MAINTIEN DU PERSONNEL »

5.4.1 Facteurs d’influence sur le maintien du personnel

Dans la lutte contre la pénurie de main d’œuvre, garder le personnel dans la vie active constitue un défi majeur pour toutes les branches. L’étude « Les professionnels de la santé : sorties de leur profession », publiée par l’Obsan en 2016, montre à quel point la situation est aiguë dans le domaine sanitaire.

Reposant sur les données du relevé structurel du personnel sanitaire, cette étude examine l’activité professionnelle des membres de divers métiers de la santé, notamment les infirmières. Elle montre qu’un tiers des moins de 35 ans ont quitté leur profession et que cette proportion s’élève à 56 % chez les plus de 50 ans. La Suisse perd ainsi chaque année un potentiel important de collaboratrices et collaborateurs du monde de la santé.

De nombreuses enquêtes se sont penchées sur la situation du personnel sanitaire, notamment l’étude de la ZHAW (2015) « Berufslaufbahnen und Berufsrollen in der Pflege » (carrières et rôles professionnels dans le domaine des soins), l’enquête SHURP (2013), le rapport de l’OdASanté et de H+ sur le personnel opératoire (2015), la publication de l’Obsan susmentionnée sur les sorties de la profession, ou encore les études « Nurses at work » et RN4CAST, pour ne citer que celles-là. On peut y ajouter de nombreuses enquêtes indépendantes de toute branche, qui examinent les questions de satisfaction au travail et de maintien du personnel dans la vie active.

Le cadre de ce rapport ne permet pas de présenter chacune de ces études en détail, mais les auteurs en résumant ici les principales conclusions. Cette synthèse prend en compte le fait que leurs résultats ne sont pas congruents, ce qui n’a rien d’étonnant puisqu’elles partent de problématiques différentes et ont des angles de vue distincts. Cela étant, un élément se dégage nettement : l’irrégularité des horaires de travail et la surcharge physique et émotionnelle inhérentes aux professions de la santé sont les éléments ressentis comme les plus lourds par le personnel.

En résumé, les facteurs ci-après semblent être déterminants dans la décision de rester dans la profession ou de la quitter,

étant entendu que chacun d’eux est pondéré différemment selon les personnes. Ils ne sont donc pas énumérés ici par ordre d’importance :

- identification avec l’établissement et satisfaction par rapport à la direction ;
- organisation du travail et charge de travail ;
- sens donné aux tâches concrètes ;
- réponse de l’établissement à la surcharge physique et émotionnelle du personnel ;
- culture de l’établissement dans les relations avec la clientèle et le personnel, climat régnant au sein des équipes ;
- possibilité de concilier travail, famille et loisirs ;
- politique de l’établissement en matière de développement du personnel ;
- conditions d’engagement, telles que salaire et réglementation des vacances ou des congés.

5.4.2 Mesures à prendre au niveau de l’établissement

L’éventail des mesures pouvant être prises au niveau de l’établissement est large. L’énumération ci-dessous est donnée à titre d’exemple et ne prétend pas à l’exhaustivité.

- Ancrer les questions de personnel et de formation au niveau stratégique de l’établissement. La mise à disposition d’effectifs suffisants au bénéfice des qualifications requises constitue un facteur favorisant de premier plan.
- Créer des canaux appropriés pour les échanges avec le personnel, afin de promouvoir les aspects positifs ainsi que d’identifier et de corriger les éléments négatifs. Même si cette mesure n’empêche pas à elle seule un collaborateur de quitter l’établissement, un entretien permet de connaître les motifs de son départ et d’œuvrer pour remédier aux éventuels problèmes, ce qui est possible si cette préoccupation est ancrée au niveau de l’établissement.
- Elaborer et mettre en œuvre des stratégies de développement du personnel.
- Garantir l’attractivité des emplois, un sujet traité plus en détail au sous-chapitre 5.5.
- Gérer sans délai les éventuelles tensions au sein de l’équipe et exploiter toute possibilité de développer une bonne cohésion, indispensable à des interventions de soins et d’accompagnement de qualité.
- Mettre en place des canaux permettant de gérer le surmenage, proposer un coaching ou des offres d’allègement temporaire pour les membres du personnel concernés.
- Garantir la participation du personnel au développement de l’organisation, offrir un espace pour discuter des événements du quotidien et des développements futurs.

- Exploiter toutes les possibilités d’instituer des conditions d’engagement attrayantes, parmi lesquelles figure la meilleure conciliation possible entre travail et famille.
- Créer des structures salariales claires qui tiennent compte de façon appropriée aussi bien de la formation préalable que de l’expérience professionnelle. Les ASSC, par exemple, verront des avantages à suivre une filière ES en soins infirmiers uniquement si, au moment de leur engagement en tant que fraîches diplômées, leur expérience professionnelle en qualité d’ASSC est aussi prise en considération.

5.4.3 Mesures au niveau de la branche

Les organisations de la branche se penchent depuis longtemps sur la question du maintien du personnel dans la vie active. D’une manière générale, l’éventail des possibilités est vaste, mais les points forts sont différents d’un secteur de prise en charge à l’autre. Parmi les offres, on peut mentionner ce qui suit :

- présentation de modèles de bonnes pratiques à tous les niveaux de l’établissement (voir aussi chiffre 5.4.2) ;
- offres de formation pour les cadres ;
- offres de conseil pour les établissements ;
- réflexion sur les stratégies et sur les défis futurs dans le quotidien professionnel ;
- réflexion sur le développement professionnel et offre de formations et de formations continues ciblées.

5.4.4 Soutien à la réinsertion professionnelle

Le domaine de la santé connaît des changements rapides qui touchent aussi bien les aspects professionnels et technologiques que les relations avec les patients. Les mesures visant à encourager la réinsertion professionnelle doivent donc comporter des cours proches de la pratique qui préparent les participants aux innovations et leur permettent de transférer les compétences et connaissances acquises préalablement dans le quotidien. A côté de la théorie, ces formations devront ainsi proposer un volet pratique offrant la possibilité d’exercer. Outre les prestataires de formation et les associations professionnelles, de plus en plus d’établissements de grande taille mettent sur pied de tels cours à l’intention des candidats à une réinsertion professionnelle, ou les accompagnent lors de stages structurés comprenant des perfectionnements individualisés. Certains cantons participent financièrement à ces offres.

Les établissements doivent également se montrer prêts à encadrer les personnes qui se réinsèrent durant la phase d’introduction, à les aider à rafraîchir leurs connaissances ou à en acquérir de nouvelles, de façon qu’elles retrouvent une assurance dans l’accomplissement de leurs tâches.

Le Top 10 de CURAVIVA – principaux domaines d’action de la politique du personnel pour les institutions de soins de longue durée

Sur son site internet, l’association de branche CURAVIVA Suisse met à la disposition des institutions de soins de longue durée une liste de thèmes et du matériel correspondant sur les dix principaux domaines d’action de la politique du personnel.

Grâce à un aide-mémoire, les responsables du personnel peuvent identifier les thèmes qui nécessitent une amélioration dans leur institution et fixer de premières priorités. Un clic sur le domaine d’action choisi ouvre une fenêtre qui affiche des dossiers utiles sur le thème, des modèles et des notices d’information. Cet outil fournit aux responsables une vue d’ensemble simple et rapide des problèmes et du matériel auxiliaire par thème, qui leur permet de définir des mesures réalistes pour leur quotidien professionnel.

Cet instrument est jugé utile, car il libère les établissements de la récolte d’informations sur des thèmes spécifiques et les aide à identifier des mesures ciblées, à fixer des priorités et à mettre en œuvre les interventions choisies.

www.curaviva.ch > Formation > Formation professionnelle > Travail en EMS > BOX RH

Dispositif de réinsertion et réorientation professionnelle – l’exemple du CiPS, Centre d’information des professions santé-social

Le CiPS est une association soutenue par le canton de Vaud qui a pour objectif de promouvoir les professions de la santé et du social auprès des jeunes afin de les inciter à se former dans ce domaine. Avec son dispositif de réinsertion et de réorientation professionnelle, il permet aux professionnels diplômés des soins ayant quitté le monde du travail pendant plusieurs années et qui souhaitent reprendre une activité professionnelle d’acquérir les compétences nécessaires et d’entreprendre une phase de réinsertion en vue de faciliter leur réintégration du marché du travail. Le dispositif consiste en plusieurs éléments : après un premier entretien d’orientation, les candidats constituent leur portfolio personnel, qui fait ressortir leurs compétences et leurs lacunes et permet ainsi de cibler la réinsertion sur un champ d’activité réaliste. En suivant un cours modulaire réparti sur six mois, ils acquièrent le savoir théorique relatif aux concepts de soins actuels. Après un stage de 30 à 60 jours selon les besoins, ils peuvent réintégrer le quotidien des soins en bénéficiant d’un accompagnement étroit.

Le dispositif de réinsertion et réorientation professionnelle est soutenu financièrement par le Service de la santé publique du canton de Vaud. Les mesures ont pour but de contribuer à maîtriser la pénurie d’infirmières à moyen et long terme. Entre 2004 et 2014, elles ont permis à quelque 500 infirmières et infirmiers de réintégrer le monde du travail.

www.cips.ch

5.5 DOMAINE D’ACTION « ENGAGEMENT DU PERSONNEL »

5.5.1 Stratégies d’entreprise, organisation des processus et engagement conforme aux compétences

L’optimisation de l’engagement du personnel, à laquelle le rapport de 2009 accordait déjà une grande importance, reste un élément central. Les tâches et les stratégies des institutions dans le domaine de la prise en charge sanitaire sont en constante évolution. Pour suivre ces développements, les profils de qualification des métiers de la santé sont continuellement actualisés.

Ces changements permanents exigent un réexamen périodique de l’organisation et de la structure des tâches, ainsi que des politiques d’engagement du personnel. C’est par une réévaluation régulière des stratégies de l’établissement en lien avec l’actualisation du skill mix et du grade mix qu’il est possible d’optimiser le recours aux compétences du personnel en place et l’efficacité de la prise en charge.

Pour l’engagement du personnel, les établissements doivent respecter les prescriptions cantonales relatives à la dotation en personnel. Dans le domaine des soins de longue durée, la majorité des cantons fixent des normes concernant la composition du personnel par niveau de qualification (directives en matière de dotation type et de dotation minimale). Ces consignes de politique sanitaire constituent l’une des conditions requises pour garantir la sécurité des patients. Pour réaliser cet objectif supérieur, il serait souhaitable d’harmoniser les différentes prescriptions cantonales entre elles, afin notamment d’intégrer les nouveaux profils de qualification, parmi lesquels celui de l’assistante spécialisée/assistant spécialisé en soins de longue durée et accompagnement.

Les mesures visant à optimiser les stratégies, l’organisation des processus et l’engagement du personnel font partie des tâches de direction de tout établissement. Une organisation du travail axée sur les tâches et les clients, qui mise sur les compétences du personnel, favorise généralement l’attrait des emplois et accroît la satisfaction au travail. Ainsi, un développement réussi de l’organisation a souvent un effet positif sur le maintien du personnel dans la vie active.

Le dossier électronique du patient apporte une valeur ajoutée, en particulier pour les personnes ayant une longue anamnèse et présentant une multimorbidité. Il s’inscrit dans la tendance actuelle qui vise à intensifier la collaboration et la connexion interdisciplinaires. La mise à disposition simple et rapide, pour tous les acteurs, des informations pertinentes sur les diagnostics, les traitements médicaux et la médication permet

de faciliter la collaboration tout au long de la chaîne de prise en charge et va dans le sens des soins intégrés. Le déroulement des traitements peut s’en trouver amélioré.

5.5.2 Collaboration entre établissements

Il est également possible d’optimiser l’engagement du personnel en favorisant une collaboration ciblée entre établissements. C’est notamment le cas lorsqu’une institution a besoin de spécialistes, mais qu’elle ne peut pas à elle seule exploiter leurs compétences entièrement et en tout temps. Collaborer entre établissements signifie aussi participer à la coordination au sein du réseau de fournisseurs de prestations. L’engagement du personnel par une institution n’est optimal que lorsque les clients sont soignés dans un établissement axé sur leur prise en charge spécifique. Une coordination ouverte entre institutions peut contribuer à éviter des placements mal adaptés et un engagement inefficace du personnel.

PARTIE IV



APPRÉCIATION ET CONCLUSIONS

6 APPRÉCIATION ET CONCLUSIONS

6.1 APPRÉCIATION DE LA CDS ET DE L'ODASANTÉ

Si l'on compare le degré de couverture des besoins en effectifs du rapport de 2009 avec les valeurs de l'édition 2016, la situation semble à première vue presque inchangée. Mais l'examen des facteurs isolés montre des évolutions notables, qui sont brièvement présentées et commentées ci-après.

6.1.1 Accroissement marqué de l'activité de formation

Le nombre de titres de formation décernés a suivi une évolution globale très positive entre 2010 et 2014, comme on peut le voir sur le tableau 47.

Ce développement impressionnant de la formation a nécessité de très grands efforts de la part des établissements qui proposent des places de stage et garantissent ainsi le volet pratique de la formation. Pour le personnel de santé, celui-ci reposait jusqu'ici principalement sur les hôpitaux, mais aujourd'hui, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile participent davantage à cette tâche. Cette évolution a été sciemment pilo-

tée et encouragée par les autorités sanitaires cantonales, qui ont introduit à cette fin une obligation de formation.

Si la demande dépasse nettement l'offre dans la formation professionnelle initiale, la situation est plutôt inversée au niveau ES. Les institutions de soins de longue durée, en particulier, déclarent avoir souvent de la difficulté à pourvoir les places de formation qu'elles proposent pour les soins infirmiers au niveau tertiaire.

6.1.2 Evolution des effectifs et besoins futurs

Au vu de l'évolution décrite pour la formation, il peut paraître étonnant que les besoins annuels de relève ne soient en moyenne couverts qu'à un taux de 45 à 70 %. Cela s'explique notamment par l'augmentation des effectifs observée au cours des cinq dernières années, représentée dans le tableau 48 pour l'ensemble des professions de la santé non universitaires (soins et accompagnement, professions MTT, sages-femmes et domaine du sauvetage). Les membres des professions MTT, les sages-femmes et les ambulanciers travaillant hors des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins

Tab. 47 Evolution des titres de formation 2010-2014

	Titres 2010	Titres 2014	Hausse en %
Soins et accompagnement			
Secondaire II AFP	639	758	18,6 %
Secondaire II CFC	3 151	4 397	39,5 %
Tertiaire ES (y compris EPD ES AIU)	1 801	2 096	16,4 %
Tertiaire HES (y compris masters)	624	910	45,8 %
Total Soins et accompagnement	6 215	8 161	31,3 %
Total MTT, sages-femmes et ambulanciers	944	1 398	48,1 %

Tab. 48 Hausse du personnel dans les professions de la santé non universitaires 2010-2014

Secteur de prise en charge	Effectifs 2010 en nombre de personnes	Effectifs 2014 en nombre de personnes	Hausse en %
Hôpitaux	91 922	101 807	10,8 %
EMS	59 849	67 302	12,5 %
Aide et soins à domicile	27 275	32 880	20,5 %
Total	179 046	201 989	12,8 %

à domicile ne figurent pas dans ce tableau, car on ne dispose pour eux que d'estimations.

La hausse du nombre de titres de formation décernés a ainsi été absorbée en grande partie par l'augmentation des effectifs. Mais sans les efforts consentis au cours des dernières années, l'écart entre les titres et les besoins annuels serait encore plus large. C'est la raison pour laquelle il est indispensable d'exploiter au maximum le potentiel de formation dans les établissements et le potentiel de recrutement d'apprentis et d'étudiants.

Les besoins annuels de relève calculés dans ce rapport résultent de la somme des besoins supplémentaires attendus d'ici à 2025 et des besoins de remplacement, répartis par année (voir 4.4 et 4.5). L'évaluation des besoins supplémentaires s'appuie sur le scénario de référence de l'Obsan, qui table sur une croissance démographique modérée, un raccourcissement de la durée d'hospitalisation et une relative compression des années où les personnes ont besoin de soins (voir 4.1.1). Ces facteurs influent sur le taux de recours aux prestations, qui se répercute à son tour sur les besoins en personnel. Le scénario de référence est un scénario modéré. Il est naturellement légitime de remettre en question les hypothèses et les pronostics sur lesquels reposent les calculs des besoins annuels de relève. Le caractère plausible de ces hypothèses a toutefois été attesté par des études ainsi que par le groupe d'accompagnement. Les pronostics de l'Obsan se fondent quant à eux sur une méthodologie validée et peuvent être considérés comme fiables.

6.1.3 Facteur d'influence « Durée d'exercice de la profession »

Le niveau élevé des besoins de relève s'explique non seulement par la hausse du taux de recours aux prestations, mais aussi par la durée estimée de l'exercice professionnel. Celle-ci a un impact direct sur les besoins de remplacement et, par là, un impact indirect sur les besoins de relève (voir 4.3.1). Les

efforts consentis dans la formation ne déploieront tous leurs effets que si l'on réussit à convaincre le personnel diplômé de rester dans la vie active. Il est donc impératif de renforcer les mesures décrites au sous-chapitre 5.4 visant à maintenir les collaborateurs dans leur métier et d'encourager la réinsertion professionnelle.

6.1.4 Dépendance envers les titulaires d'un diplôme étranger

Le présent rapport montre que la dépendance du système sanitaire suisse envers les titulaires de diplômes étrangers restera élevée. Dans les années 2010 à 2014, pour trois personnes ayant obtenu un diplôme en soins infirmiers en Suisse, deux ont été en moyenne recrutées à l'étranger. Etant donné que dans les soins et l'accompagnement du degré secondaire II les titres suisses atteignent le pourcentage réjouissant de 95 %, il faut essayer d'élever de façon sensible le taux de transfert de ce personnel vers une formation en soins infirmiers ES.

Même si l'on parvient à réduire la dépendance de la Suisse vis-à-vis du personnel formé à l'étranger, ce groupe de personnes continuera de jouer un rôle important dans notre système de santé. Cet aspect doit être pris en considération dans la mise en œuvre de l'initiative contre l'immigration de masse.

6.1.5 Conclusion

Les lacunes existant dans la couverture des besoins de relève ne seront pas perceptibles dans les établissements tant que le personnel nécessaire pourra être recruté dans les pays voisins. Mais dans certaines régions et pour certaines professions, le recrutement de personnel qualifié au degré tertiaire est aujourd'hui déjà difficile. Si l'on ne parvient pas à accroître les prestations de formation et la durée de l'exercice professionnel et que, parallèlement, le recrutement à l'étranger se réduit, les établissements des régions rurales et périphériques pourraient le ressentir durement à moyen terme.

Comme le montrent les chiffres, le système de santé ne couvre actuellement pas les besoins de relève évalués, malgré une progression marquée des prestations de formation. Au vu de l'évolution présentée, la question se pose de savoir quelle part de la couverture des besoins la formation réussira à garantir à long terme. Certes, le potentiel à ce niveau n'est pas encore pleinement exploité dans les cantons et les établissements. Mais il n'est pas réaliste de penser que la branche santé pourra étendre ses prestations de formation au point de répondre aux besoins supplémentaires et aux besoins de remplacement, ce notamment parce qu'elle est en concurrence avec d'autres branches pour le recrutement de la relève. Il est donc d'autant plus important de redoubler d'efforts pour maintenir le personnel dans la vie active et optimiser les conditions d'engagement.

6.2 MESURES PRIORITAIRES

Comme mentionné en introduction au chapitre 5, les mesures doivent se poursuivre et, là où cela est possible, se renforcer dans tous les domaines et avec la participation de tous les acteurs. Selon la CDS et l'OdASanté, il convient de concentrer les efforts sur les interventions suivantes.

6.2.1 Maintien du personnel

Les mesures visant à maintenir le personnel dans le monde du travail représentent un potentiel important. Dans ce domaine, ce sont en priorité les établissements qui peuvent agir. Ils sont invités à mettre l'accent sur la culture d'entreprise et de direction, la gestion de la surcharge physique et émotionnelle du personnel et la création de modèles facilitant la conciliation entre travail, famille et loisirs. A cet égard, il leur est recommandé de prendre en compte les souhaits de réduction du taux d'occupation de leurs collaborateurs. Si une telle mesure est susceptible d'accroître les besoins en effectifs à court terme et, partant, les tâches administratives, elle peut à plus long terme avoir un effet positif sur le maintien du personnel dans la vie active. A titre de soutien pour aborder ces thèmes et apprendre des autres, la CRS et l'OdASanté suggèrent la mise sur pied d'un colloque pour présenter des exemples de bonnes pratiques.

En leur qualité d'autorités responsables de la prise en charge sanitaire, les cantons devraient eux aussi échanger entre eux sur les mesures de promotion à mettre en place dans les établissements. Conjointement avec les associations concernées, il est souhaitable de créer les conditions cadres de nature à soutenir les institutions dans leurs efforts de maintien du personnel.

6.2.2 Promotion de la formation dans le domaine des soins de longue durée

Comme déjà mentionné dans ce rapport, le champ professionnel des soins et de l'accompagnement se déplace de plus en plus vers les soins de longue durée. De nombreux étudiants continuent néanmoins à privilégier le domaine des soins aigus pour leur formation tertiaire en soins infirmiers. Il s'agirait ici de mieux comprendre les raisons de ce choix et de mener des campagnes pour tenter d'inverser la tendance. Il convient pour cela d'obtenir la participation des prestataires de formation, afin qu'ils présentent les EMS et les services d'aide et de soins à domicile aux étudiants comme des lieux de formation tout aussi appropriés et attrayants pour une filière tertiaire en soins infirmiers.

Les cantons sont invités à instituer, dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile, les mêmes conditions cadres que dans les hôpitaux et les cliniques pour la formation

pratique. En font partie l'obligation de formation imposée à tous les établissements et la reconnaissance des prestations de formation par une indemnisation liée aux prestations.

6.2.3 Recrutement de personnes souhaitant réorienter leur carrière et formations en cours d'emploi

Pour réussir à accroître de façon sensible le taux de transfert des ASSC avec CFC vers la formation ES en soins infirmiers ou d'autres filières tertiaires, il s'agit d'améliorer les conditions cadres, notamment en élargissant l'offre de programmes en cours d'emploi dotés d'une structure souple. Par ailleurs, les étudiants doivent pouvoir financer pendant leurs études un mode de vie conforme à leur âge et à leur situation personnelle, ce qui est réalisable par exemple s'ils ont un emploi à temps partiel au sein d'un établissement et un salaire adapté.

Les mêmes mesures valent pour celles et ceux qui souhaitent réorienter leur carrière (voir 5.2.3). Contrairement aux personnes ayant suivi une formation préalable dans le domaine d'études, celles qui changent de métier ne peuvent être engagées dans les institutions de santé que de façon limitée, du moins au début. Elles doivent dès lors pouvoir garder un emploi à temps partiel dans leur profession antérieure ou obtenir un soutien financier si elles optent pour la formation à plein temps. Les cantons ont la possibilité d'apporter un soutien financier à de tels programmes.

6.2.4 Optimisation de l'engagement du personnel

L'optimisation de l'engagement du personnel en place constitue un potentiel non négligeable. Tout en assurant une organisation efficace des tâches, il faut employer les professionnels de façon à mettre leurs compétences en valeur de la meilleure façon possible. Les profils de qualification sont réexaminés périodiquement pour être adaptés à l'évolution de la prise en charge sanitaire. Il en découle la création de nouveaux profils, qu'il convient d'intégrer dans les structures de personnel existantes. Les mesures visant à optimiser les stratégies des institutions, l'organisation des processus et l'affectation du personnel sont des tâches permanentes des directions d'établissements. Une organisation du travail axée sur les tâches et les clients, qui mise sur les compétences du personnel, favorise généralement l'attrait des emplois et accroît la satisfaction au travail. Ainsi, un développement réussi de l'organisation a souvent un effet positif sur le maintien du personnel dans la vie active.

A l'échelon supérieur, les cantons sont concernés dans la mesure où il leur appartient de créer les conditions cadres destinées à mieux harmoniser les prestations des différents fournisseurs (modèles de soins intégrés). En lien avec l'apparition de nouveaux profils de compétence, ils sont invités à réévaluer

leurs prescriptions en matière de dotation en personnel et à les adapter le cas échéant aux nouveaux développements.

6.2.5 Mesures de pilotage et de planification

Le pilotage et la planification des prestations de santé en faveur de la population incombent aux cantons. Ceux-ci établissent des planifications des soins qui précisent les besoins en personnel nécessaire pour fournir les prestations requises.

A cette fin, ils doivent disposer des données nécessaires, régulièrement actualisées. Le présent rapport donne aux autorités cantonales une image de l'évolution des effectifs de personnel et des titres de formation entre 2010 et 2014 et fournit une évaluation des besoins annuels de relève à l'échelle nationale. Pour gérer le pilotage et la planification, les données concernant le personnel doivent être relevées à intervalles réguliers et attestées pour chacun des cantons (voir le concept de données 2014 de la CDS pour un monitoring du personnel de santé). La question de savoir si le monitoring des effectifs de personnel et des titres de formation doit être réalisé à l'échelon national ou cantonal n'a pas encore été tranchée. L'incompatibilité entre les statistiques nationales sur le personnel, mentionnées au chapitre 1 du présent document, parlerait en faveur de la variante cantonale. Celle-ci permettrait en effet de corriger les données au moyen des chiffres livrés par les établissements dans le cadre de leur contrat de prestations avec le canton.

Les offres de formation tertiaire des ES et des HES sont pilotées par les directions cantonales de l'instruction publique. Elles ont généralement un caractère supracantonal. Les prestataires de formation sont dès lors tributaires de places de formation également hors du canton où ils sont implantés. C'est la raison pour laquelle il conviendrait de trouver la manière de coordonner le pilotage de ces offres à l'échelle intercantonale, de façon qu'elles répondent à l'évolution des besoins observée au plan cantonal.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABM	Analyses biomédicales	HD	Hygiène dentaire
AFP	Attestation fédérale professionnelle	HES	Haute école spécialisée
AIU	Soins d'anesthésie, soins intensifs et soins d'urgence	IFFP	Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle
APN/ANP	Advanced Practice Nurse /Advanced Nursing Practice	LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AS CRS	Aide-soignante/aide-soignant CRS	LFPr	Loi fédérale sur la formation professionnelle
ASA	Aide en soins et accompagnement	MAS	Master of Advanced Studies
ASCFS	Association suisse des centres de formation professionnelle de la santé et du social	MP	Maturité professionnelle
ASD	Aide et soins à domicile	MTT	Professions médico-techniques et médico-thérapeutiques
ASE	Assistante socio-éducative /assistant socio-éducatif CFC	N&D	Nutrition et diététique
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers	NAREG	Registre national des professions de la santé
ASSC	Assistante/assistant en soins et santé communautaire CFC	NPO	Non-Profit Organisation (organisation à but non lucratif)
ASTRM	Association suisse des techniciens en radiologie médicale	Obsan	Observatoire suisse de la santé
AT	Activation	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
CAS	Certificate of Advanced Studies	OdASanté	Organisation faïtière nationale du monde du travail en santé
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé	OFPr	Ordonnance fédérale sur la formation professionnelle
CFC	Certificat fédéral de capacité	OFS	Office fédéral de la statistique
CH-A	Suisse alémanique	OFSP	Office fédéral de la santé publique
CH-L	Suisse latine (Suisse romande et Tessin)	OMS	Organisation mondiale de la santé
CH-R	Suisse romande	OPT	Orthoptique
CI	Cours interentreprises	OrTra	Organisation cantonale du monde du travail
CITE	Classification Internationale Type de l'Education	PhD	Titre de doctorat
CRS	Croix-Rouge suisse	PHYS	Physiothérapie
DAS	Diploma of Advanced Studies	POD	Podologie
ECG	Ecole de culture générale	SASD	Services d'aide et de soins à domicile
EP	Examen professionnel fédéral	SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
EPD ES	Etudes postdiplômes en école supérieure	SF	Sage-femme
EPS	Examen professionnel fédéral supérieur	SH	Statistique des hôpitaux
EPT	Equivalent plein temps	SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
ERGO	Ergothérapie	SYMIC	Système d'information central sur la migration
ES	Ecole supérieure	TRM	Technique en radiologie médicale
		TSO	Technique en salle d'opération

BIBLIOGRAPHIE

- Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D. & Paignon, A. (2016). «L'étude nurses at work: parcours professionnels des infirmières/infirmiers au cours des 40 dernières années en Suisse» (Obsan Bulletin 8/2016). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Babel, J., Gaillard, L. & Strübi, P. (2015). «Scénarios 2015-2024 pour le système de formation. Perspectives de la formation». Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Comité directeur de la CDS (2015). «Coûts standard nets de la formation pratique dans les professions de la santé non universitaires. Note d'information». Publiée sous www.gdk-cds.ch (Thèmes>Professions de la santé>Professions de la santé non universitaires).
- Cosandey, J., Kienast, K. (2016). «Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe» (Kantonsmonitoring 7). Zurich : Avenir Suisse.
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2010). «Aus- und Weiterbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufen. Berner Modell für die Steuerung und Finanzierung ab 2012». Peut être obtenu auprès de l'Office des hôpitaux, Division professions de la santé. <https://www.fachkraefte-schweiz.ch/de/qualifizierung/beispiele/> (10.6.2016).
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2014). «Manuel Obligation de formation». <https://www.gef.be.ch/gef/fr/index/direktion/organisation/spa/formulare/ausbildungsverpflichtung.html> (10.6.2016).
- Dolder, P. (2014). «Monitoring de l'évolution du personnel et des besoins en matière de relève des professions de la santé non universitaires. Concept de données de base pour la planification et le pilotage de la couverture sanitaire par les professionnels de la santé». Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- Dolder, P., Grünig, A. (2009). «Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national». Berne : CDS et OdASanté.
- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. & Widmer, M. (2009). «Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020» (Document de travail 35). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Lehmann, P., Richli Meystre, N. & Mamboury, N. (2012). «Analyse du marché du travail des Techniciens en Radiologie Médicale en Suisse en 2011». Lausanne : Haute école de santé Vaud.
- Lobsiger, M., Kägi, W. & Burla, L. (2016). «Les professionnels de la santé: sorties de leur profession» (Obsan Bulletin 7/2016). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Ludivine Soguel, A. (2010). «Statistiques professionnelles des membres de l'Association Suisse des Diététicien-ne-s Diplômé-e-s. Résultats 2010». Carouge : Haute école de santé Genève, Filière Nutrition et diététique.
- Mahrer Imhof, R., Eicher, M., Frauenfelder, F., Oulevey Bachmann, A. & Ulrich, A. (2012). «Rapport des expert-e-s APN». Bâle : Groupe d'expert-e-s de l'Association pour les sciences infirmières (APSI).

- Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). « **Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030** » (Obsan Rapport 71). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2013). « **Rapport du groupe thématique Interprofessionnalité** ». Berne : Département fédéral de l'intérieur DFI.
- Rüesch, P., Bänziger, A., Dutoit, L., et al. (2014). « **Prognose Gesundheitsberufe Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie 2025** » (ZHAW Reihe Gesundheit Nr. 3). Winterthour : Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.
- Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). « **Formations dans le domaine des soins et de l'accompagnement. Vue d'ensemble systématique** » (Obsan Dossier 24). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Schaffert, R., Robin, D., Mahrer Imhof, R. & Rüesch, P. (2015). « **Berufslaufbahnen und Berufsrollen in der Pflege aus der Sicht von Berufseinsteigenden** » (ZHAW Reihe Gesundheit Nr. 4). Winterthour : ZHAW Gesundheit.
- Schubert, M. (2009). « **Planung des Pflegepersonalbedarfs in Europa durch präzise Vorhersagemodelle: RN4CAST** ». Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 22(4): p. 251-253.
- Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI (2016). « **Masterplan Formation aux professions des soins. Rapport final** ». Berne : Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche DEFR.
- Trede, I., Schweri, J. (2014). « **Übertrittsquote FaGe – HF Pflege** ». Zollikofen : Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle IFFP.
- Trede, I., Schweri, J. (2013). « **Parcours professionnel des assistantes et assistants en soins et santé communautaire. Résultats de la seconde enquête un an après l'obtention du CFC** ». Zollikofen : Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle IFFP.
- Wittwer-Bernhard, P., Winkler, J. (2015). « **Bedarfserhebung: OP Fachpersonal und Bildungsplätze. Auswertungsbericht** ». Berne : H+ Les hôpitaux de Suisse et OdASanté. Document non publié.
- Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, C., Bassal, C., De Geest, S. & Schwendimann, R. (2013). « **Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP). Rapport final de l'enquête relative au personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux en Suisse** ». Bâle : Institut für Pflegewissenschaft, Université de Bâle.

ANNEXES



ANNEXE 1.1 TITRES DE FORMATION

	2010	2011	2012	2013	2014
Titres du degré secondaire II (Certificats)					
ASA AFP	0	0	58	306	758
AS CRS	639	580	0	0	0
ASSC CFC	2561	2919	3387	3672	3710
ASE CFC Accompagnement personnes âgées	224	264	285	259	254
ASE CFC Généraliste	331	334	321	360	433
Aide familiale	13	14	0	0	0
Titres du degré secondaire II total	3768	4111	4051	4597	5155
Titres du degré tertiaire B (Diplômes)					
Soins infirmiers ES	1676	1340	1109	1447	1710
Podologie ES	7	22	33	12	10
ABM ES	122	124	116	141	132
HD ES	44	80	73	68	70
TRM ES	50	66	66	79	80
Ambulancier ES	93	109	111	116	121
TSO ES	82	78	89	101	110
Activation ES	36	35	24	54	40
Orthoptique ES	4	3	8	1	1
Technicien ambulancier	44	41	43	48	43
Titres du degré tertiaire B total	2158	1898	1672	2067	2317
Titres EPD ES (Diplômes)					
EPD ES Soins d'anesthésie	40	145	60	101	87
EPD ES Soins intensifs	61	281	101	178	195
EPD ES Soins d'urgence	24	71	46	65	104
Titres EPD ES total	125	497	207	344	386
Titres du degré tertiaire A					
BSc Soins infirmiers	614	681	704	755	843
MScN Soins infirmiers (HES)	0	11	37	41	47
MSN Soins infirmiers (Uni)	10	11	25	18	20
BSc Sage-femme	38	63	146	150	155
BSc PHYS	253	310	326	328	349
MSc PHYS	0	0	0	22	29
BSc ERGO	116	120	115	106	124
BSc Diététique	16	67	61	51	64
BSc TRM	39	44	44	46	70
Titres du degré tertiaire A total	1086	1307	1458	1517	1701

ANNEXE 1.2 PRESTATAIRES DE FILIÈRES ES (ÉTAT PRINTEMPS 2016)

Canton	Prestataires de formation	Soins inf.	ABM	TRM	TSO	Act.	Amb.	HD	OPT	POD
AG	Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales Aarau	■			■					
AG	Emergency Schulungszentrum AG Zofingen						■			
AG	Berufs- und Weiterbildung Zofingen									■
BE	Medi Zentrum für medizinische Bildung Bern		■	■	■	■	■	■		
BE	Berner Bildungszentrum Pflege Bern	■								
BE	Ceff Santé-Social St-Imier	■								
BS/BL	BZG Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt Münchenstein	■	■	■						
GE	Centre de formation professionnelle santé-social Genève		■				■	■		■
GL	Pflegeschule Glarus	■								
GR	Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Chur	■								
LU	Höhere Fachschule Gesundheit Zentralschweiz Luzern	■	■							
LU	SIRMED Nottwil						■			
SG	BZGS Berufs- und Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe St. Gallen	■	■	■	■					
SG	BZSL Berufs- und Weiterbildungszentrum für das Sarganserland Sargans	■								
SH	Schule für Pflegeberufe BBZ Schaffhausen	■								
SO	Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Olten	■								
TG	Bildungszentrum für Gesundheit Weinfelden	■								
TI	Centro professionale Locarno Locarno		■	■						
TI	Scuola cantonale in cure infermieristiche Bellinzona	■					■			
TI	Scuola superiore medico-tecnica Lugano				■	■				■
VD	Ecole supérieure de la santé Lausanne		■		■					
VD	Ecole supérieure de soins ambulanciers Bois-Cerf Lausanne						■			
VD	Ecole d'orthoptique de Lausanne								■	
ZH	Careum Bildungszentrum Zürich	■	■	■	■			■		
ZH	Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Winterthur	■				■			■	
ZH	Prophylaxe Zentrum Zürich							■		
ZH	Höhere Fachschule für Rettungsberufe Zürich						■			

Soins inf.	Diplôme en soins infirmiers ES	TSO	Technique en salle d'opération	Amb.	Ambulancier
ABM	Analyses biomédicales	POD	Podologie	HD	Hygiène dentaire
TRM	Technique en radiologie médicale	Act.	Activation	OPT	Orthoptique

ANNEXE 1.3 PRESTATAIRES DE FORMATION ET SITES DES FILIÈRES HES (ÉTAT PRINTEMPS 2016)

HES	Prestataires de formation / Sites	Filières							
		Soins inf.	TRM	PHYS	ERGO	Sage-femme	Diét.	Ostéo-pathie	Prom. santé et prév.
BFH Berne	Haute école spécialisée bernoise, section santé, Berne	■		■		■	■		
FHS St. Gallen	FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Gesundheit	■							
HES-SO	Haute école de santé Fribourg	■						■	
	Haute école de santé, Genève	■	■	■		■	■		
	Haute école Arc Santé, Delémont	■							
	Haute école de travail social et de la santé, Lausanne				■				
	Haute école vaudoise de la santé, Lausanne	■	■	■		■			
	Haute école de santé – La Source, Lausanne	■							
	Hochschule Wallis Gesundheit Haute école Valais Santé Sitten/Sion und/et Leukerbad/Loèche-les-Bains	■		■					
Kalaidos	Kalaidos Fachhochschule, Departement Gesundheit	■							
SUPSI	Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno	■		■	■				
ZHAW Winterthur	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit	■		■	■	■			■
FFHS	Fernfachhochschule Schweiz in Kooperation mit der SUPSI						■		
Soins inf.	Bachelor of Science en soins infirmiers Master of Science en soins infirmiers / Master conjoint UNIL-HES-SO: Master ès Sciences en Sciences infirmières								
TRM	Bachelor of Science en technique en radiologie médicale (Suisse romande uniquement)								
PHYS	Bachelor of Science en physiothérapie Master of Science en physiothérapie								
ERGO	Bachelor of Science en ergothérapie European Master of Science en ergothérapie								
Sage-femme	Bachelor of Science de sage-femme European Master of Science in Midwifery (Joint Award) (Suisse romande uniquement)								
Diét.	Bachelor of Science en nutrition et diététique Master of Science in Life Sciences – Food, Nutrition and Health								
PS+P	Bachelor of Science en promotion de la santé et prévention								
OST	Bachelor of Science en ostéopathie								

ANNEXE 2 BESOINS DE RELÈVE DANS TOUS LES SCÉNARIOS DE L'OBSAN

Pour les calculs relatifs aux besoins de relève, le présent rapport se fonde sur le scénario de référence de l'Obsan concernant les besoins en personnel à l'horizon 2030. Le tableau ci-dessous présente les besoins de relève dans les trois scénarios

imaginés par l'Obsan (moyenne entre le scénario minimal et le scénario maximal). L'écart par rapport au scénario bas est faible, mais il est nettement plus important dans le scénario haut.

	Besoins annuels moyens de relève selon le scénario bas	Besoins annuels mo- yens de relève selon le scénario de référence	Besoins annuels moyens de relève selon le scénario haut
Soins et accompagnement			
Degré tertiaire	5 937	6 075	6 687
Degré secondaire II CFC			
maintien dans la profession	2 244	2 308	2 400
fonction de recrutement	3 565	3 541	3 878
total	5 709	5 849	6 278
Degré secondaire II AFP	1 894	1 950	2 025
Total Soins et accompagnement	13 540	13 874	14 990
	Besoins annuels de relève selon le scénario minimal	Besoins annuels de relève selon le scénario maximal	Moyenne des besoins annuels de relève
Sages-femmes et professions MTT			
Sage-femme	169	188	219
Technique en salle d'opération	154	163	183
Technique en radiologie médicale	239	252	282
Physiothérapie	715	746	793
Ergothérapie	166	173	184
Diététique	67	71	74
Activation	89	93	99
Podologie, degré tertiaire	39	41	43
Orthoptique	27	28	32
Hygiène dentaire	147	156	174
Total SF et MTT	1 812	1 911	2 083

IMPRESSUM

Edition

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Organisation faïtière nationale du monde du travail en santé (OdASanté)

Direction de projet

Annette Grünig, Secrétariat central CDS

Auteurs

Peter Dolder, Dolder Beratungen GmbH, Hünibach

Annette Grünig, CDS

Groupe d'accompagnement

Le rapport a été élaboré avec la participation d'un groupe d'accompagnement formé de représentants des organisations suivantes :

- Association suisse des centres de formation professionnelle de la santé et du social ASCFS
- Association suisse des professions médico-techniques et médico-thérapeutiques de la santé ASMTT
- Association suisse des services d'aide et de soins à domicile ASSASD
- Conférence suisse des offices de la formation professionnelle CSFP
- CURAVIVA
- Directions cantonales de la santé
- Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la santé FSAS
- Hautes écoles spécialisées santé
- H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Office fédéral de la santé publique OFSP
- OrTra Latine
- Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI
- Verein Kantonale OdA Gesundheit und Soziales KOGS

Membres du groupe d'accompagnement

Les auteurs adressent leurs chaleureux remerciements aux personnes suivantes :

- Peter Berger, Bildungszentrum medi, Berne (ASCFS)
- Sandra Bernasconi, Associazione per la formazione nelle strutture sanitarie e negli istituti sociali del Cantone Ticino (OrTra Latine)
- Marco Borsotti, Betagtenzentrum Eichhof, Lucerne (KOGS)
- Dorothee Eichenberger zur Bonsen, Haute école spécialisée bernoise (Hautes écoles spécialisées en santé)
- Katrin Frei, Unité Questions de fond et politique, SEFRI
- Barbara Hedinger, Spitex Stadt Luzern (ASSASD)
- Danny Heilbronn, Chef de la Division Professions de la santé, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne
- Brigitte Hofer, division Professions de la santé, OFSP
- Yves Jaermann, Hôpital Riviera Chablais (ASMTT)
- Roswitha Koch, Association suisse des infirmières et infirmiers ASI (FSAS)
- Kathrin Müller-Coray, Abteilung Gesundheitsberufe & Bewilligungen, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
- Marco Petrucci, Alters- und Pflegeheim Haus zur Heimat, Olten (CURAVIVA Suisse)
- Christina Pletscher, Kantonsspital Baselland, Liestal (H+ Les Hôpitaux de Suisse)
- Urs Sieber, secrétaire général OdASanté
- Nicola Snozzi, Berufsbildungszentrum Gesundheit, Sursee (CSFP)

Remerciements à :

Clémence Merçay, Obsan

Laila Burla, Obsan

Marcel Widmer, Obsan

Graphisme/mise en page

HÜLLE & FÜLLE – Atelier für Inhalt und Gestalt, Berne

www.huelleundfuelle.ch

Photos

Crédit photos OdASanté, Reto Klink

Traduction

Geneviève Kissling, Mimetis

Correctorat

Rubmedia, Berne

Pierre Bernasconi, CDS

Impression

Wälti Druck, Ostermundigen, www.waeltidruck.ch

Cette publication est disponible au format PDF en français et en allemand sous www.gdk-cds.ch et www.odasante.ch.

© Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Organisation faïtière nationale du monde du travail en santé (OdASanté) 2016



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

OdASanté