



# **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

Un projet de la CDS et de l'OdASanté

Berne, 09.12.2009

---

# Impressum

© Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et OdASanté, l'organisation nationale faîtière du monde du travail en santé.

Edition: CDS et OdASanté

Date de publication: décembre 2009.

Le rapport a été élaboré en coopération avec un groupe de pilotage formé de représentants des organisations suivantes:

Départements cantonaux de la santé (3), Secrétariat central de la CDS (1), H+ Les hôpitaux de Suisse (1), CURAVIVA (1), Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (1), Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé FSAS (1), Organisations cantonales du monde du travail en santé (2), Secrétariat général de l'OdASanté (1), Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie OFFT (1), Office fédéral de la santé publique OFSP (1).

## **Gestion du projet**

Annette Grünig, CDS

## **Consultant externe**

Peter Dolder, Dolder Beratungen GmbH, Hünibach

## **Auteurs**

Peter Dolder, Annette Grünig

Des remerciements particuliers vont aux personnes suivantes :

## **Membres du groupe de pilotage**

Thomas Baumeler, OFFT

Madeleine Ducommun-Capponi, Domicil Bern

Heinz Frey, Secrétariat central H+

Catherine Gasser, OFSP

Barbara Hedinger, Spitex Stadt Luzern

Danny Heilbronn, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

Emmanuel Hofer, Zentralschweizer Interessengemeinschaft Gesundheitsberufe ZIGG

Regula Jenzer Bürcher, Réseau Santé Valais

Roswitha Koch, ASI

Ursula Ledermann Bulti, Direction générale de la santé du canton de Genève

Angelika Locher, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Urs Sieber, OdASanté

## **Traduction**

Geneviève Kissling, mimetis

## **Layout / Rédaction**

Kathrin Huber, CDS

## **Lectorat**

Kathrin Huber, Ursula Ledermann Bulti, Isabelle Taban

Cette publication est disponible au format PDF en allemand et en français sous [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) et [www.odasante.ch](http://www.odasante.ch).

# Table des matières

<b>IMPRESSUM</b>	<b>2</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>3</b>
<b>ABREVIATIONS</b>	<b>5</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>6</b>
<b>PARTIE I: ANALYSE DES VARIABLES PERTINENTES</b>	<b>15</b>
<b>1 Effectifs dans les professions de santé: l'étude de l'Obsan</b>	<b>15</b>
1.1 Introduction	15
1.2 Effectifs en 2006 dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile par qualification	15
1.3 Personnel en 2006 par canton	18
1.4 Digression: personnel par nationalité	18
1.5 Lacunes	20
<b>2 Etudiants / apprentis et prestataires de formation</b>	<b>21</b>
2.1 Formations professionnelles en santé en 2008	21
2.2 Evolution 2000 – 2008	22
2.3 Formations en école de maturité	30
2.4 Prestataires de formation dans les filières tertiaires	31
2.5 Formations et cours postdiplômes	31
<b>3 Potentiel de recrutement</b>	<b>33</b>
3.1 Premières formations au degré secondaire II	33
3.2 Formations initiales au degré tertiaire	34
3.3 Potentiel de recrutement parmi les adultes	36
<b>4 Mesures de promotion actuelles</b>	<b>38</b>
4.1 Sondage auprès des cantons	38
4.2 Exploitation du potentiel de recrutement	38
4.3 Promotion de la formation pratique dans les institutions	41
4.4 Maintien du personnel et intégration des nouveaux profils professionnels dans les structures	44
4.5 Evaluation de la situation actuelle au niveau du personnel	45
<b>PARTIE II: EVALUATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS</b>	<b>47</b>
<b>5 Besoins en personnel à l'horizon 2020</b>	<b>47</b>
5.1 Résultats de l'étude de l'Obsan	47
5.2 Structure du personnel à l'horizon 2020	48
5.3 Besoins de relève professionnelle	49
5.4 Besoins de relève et prestations de formation par groupe professionnel	50
5.5 Besoins de relève par domaine de prise en charge	53
5.6 Besoins de relève par canton	54
5.7 Facteurs concomitants	55
5.8 Conclusion	58

<b>PARTIE III: ACTIONS A ENTREPRENDRE</b>	<b>60</b>
<b>6 Besoins et niveaux d'action</b>	<b>60</b>
6.1 Exploitation du potentiel de recrutement pour les professions de santé	60
6.2 Exploitation du potentiel de formation pratique des établissements	62
6.3 Optimisation de l'utilisation du personnel en place	64
6.4 Maintien du personnel	65
6.5 Propositions de mesures de priorité	67
<b>PARTIE IV: RECOMMANDATIONS ET COMMENTAIRES</b>	<b>69</b>
<b>7 Mesures de pilotage</b>	<b>69</b>
7.1 Harmonisation du système global de pilotage de la formation pratique	69
7.2 Pilotage supracantonal des offres de formation tertiaires	70
<b>8 Mesures au niveau de la planification</b>	<b>71</b>
8.1 Amélioration et affinement de la base de données	71
8.2 Etat des lieux périodique (système d'indicateurs)	72
8.3 Evaluation des mesures	73
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>77</b>

## Abréviations

AFP	Attestation fédérale professionnelle
AM	Assistant/assistante médical/e
AMB	Soins ambulanciers
AS	Aide-soignante
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASSC	Assistante/assistant en soins et santé communautaire
CC CRS	Infirmière-assistante avec certificat de capacité de la CRS
CDIP	Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFC	Certificat fédéral de capacité
CI	Cours interentreprises
CRS	Croix-Rouge suisse
DIET	Diététicien/diététicienne
DFE	Département fédéral de l'économie
ECG	Ecole de culture générale
ERGO	Ergothérapie
ES	Ecole supérieure
HD	Hygiène dentaire
HES	Haute école spécialisée
HES-SO	Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
HöFa	Formation continue de clinicienne I et II
LABM	Laborantin/laborantine médical/e
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LFPr	Loi fédérale sur la formation professionnelle
MP	Maturité professionnelle
MTT	Professions médico-techniques et médico-thérapeutiques
NSF	Nouveau système de formation
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OdASanté	Organisation faïtière nationale du monde du travail en santé
OFPr	Ordonnance sur la formation professionnelle
OFS	Office fédéral de la statistique
OPT	Orthoptique
PF	Prescriptions de formation DN I, DN II
PHYS	Physiothérapie
SCRIS	Service cantonal de recherche et d'information statistiques
SF	Sage-femme/homme sage-femme
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
TA	Thérapie d'activation
TAB	Technicien/technicienne en analyses biomédicales
TRM	Technicien/technicienne en radiologie médicale
TSO	Technicien/technicienne en salle d'opération
TT	Domaine d'apprentissage Training et Transfert

## Résumé

### Mandat

Fin novembre 2008, le Comité directeur de la CDS et le Comité de l'OdASanté ont commandé un rapport national sur les effectifs dans les professions de santé non médicales. Un groupe de pilotage a été chargé d'encadrer l'élaboration du rapport. Sa composition est donnée dans l'impressum.

La croissance attendue des besoins en effectifs dans le domaine de la santé, qui a été confirmée par les résultats de l'étude de l'Observatoire suisse de la santé Obsan (ci-après dénommée „étude de l'Obsan“), publiée en février 2009 sous le titre «Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020», est entre autres à l'origine du rapport. L'étude de l'Obsan a suscité de nombreuses réactions dans les milieux concernés en relation avec la garantie des ressources en personnel, et elle a fait apparaître la nécessité d'analyser en profondeur les besoins et les possibilités d'agir.

Sur la base de l'étude de l'Obsan et des autres données disponibles, le rapport a pour but de fournir une image à la fois globale et différenciée de la situation, rendant compte en particulier des éléments suivants:

- effectifs actuels du personnel de santé non universitaire dans les soins aigus, le long séjour et les services d'aide et de soins à domicile;
- chiffres relatifs à la formation et évolution du potentiel de recrutement;
- évaluation des besoins en matière de relève;
- écart entre besoins de relève et nombre de personnes formées.

Il doit en outre:

- proposer des mesures de nature à garantir de façon durable les ressources en personnel;
- contenir des propositions et des instruments de mise en œuvre;
- émettre des recommandations pour l'amélioration des données de base.

La structure du rapport suit dans cet ordre la logique des points énumérés.

Contenant des recommandations d'action, ce document s'adresse en priorité aux autorités cantonales, aux organismes responsables de l'OdASanté, aux organisations cantonales du monde du travail et aux établissements de santé de tous les domaines, ces établissements jouant un rôle de premier plan dans la garantie durable des ressources en personnel. Pour les autorités nationales (OFFT et OFSP) et le public, il constitue une source d'information sur les problèmes qui se posent et sur les mesures envisageables.

## Analyse de la situation

### *Effectifs actuels*

Pour déterminer les besoins futurs en personnel dans les professions de santé, le rapport prend pour base les effectifs actuels. Afin d'éviter des extrapolations complexes en vue de compenser les lacunes en matière statistique, les auteurs ont fondé leur analyse sur les relevés fiables effectués par l'Obsan dans son étude. En 2006, le nombre de professionnels de santé non universitaires actifs dans les hôpitaux et cliniques, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile (cabinets, laboratoires et instituts privés non compris) était le suivant:

Professionnels de santé non universitaires actifs dans les hôpitaux et cliniques, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile	Hôpitaux	EMS	Services d'aide et de soins à domicile	Total
Professions médico-techniques du degré tertiaire	8'977			8'977
Professions médico-thérapeutiques du degré tertiaire	4'663	1'000		5'663
Total des professions MTT	13'640	1'000	0	14'640
Soins et assistance, degré tertiaire	53'120	14'063	7'460	74'643
Soins et assistance, degré secondaire II	7'576	10'300	5'534	23'410
Soins et assistance, niveau auxiliaire	8'173	22'641	7'795	38'609
Soins et assistance, personnel sans formation	6'967	6'596	4'043	17'606
Total du personnel soins et assistance	75'836	53'600	24'832	154'268
Total des professions de santé non universitaires	89'476	54'600	24'832	168'908

### *Evolution du nombre de titres délivrés dans les professions médico-thérapeutiques et médico-techniques entre 2000 et 2008*

Le nombre de titres délivrés dans les professions médico-thérapeutiques a accusé une légère baisse durant la période 2005/2006, qui s'explique par le nouveau positionnement des filières suite à leur intégration dans le système de formation de la Confédération. Dans l'ensemble toutefois, la courbe s'élève entre 2000 et 2008.

Pour les professions médico-techniques, l'évolution suit une courbe inverse, avec une faible hausse en 2005 et 2006, mais un retour en 2008 aux chiffres de 2000.

### *Evolution du nombre de titres délivrés dans les professions des soins et de l'assistance entre 2000 et 2008*

Le nombre de nouveaux diplômés dans les professions tertiaires des soins et de l'assistance est dans l'ensemble à la baisse entre 2000 et 2008. Cette diminution est à mettre sur le compte de la suppression de la formation DN I, qui générait dans les meilleures périodes jusqu'à 1000 certificats par année (chiffre tombé à 340 en 2008). Pour les titres DN II / diplômes en soins infirmiers, les chiffres sont restés stables.

On note en revanche un accroissement marqué des formations du degré secondaire II. Si on enregistrait quelque 1100 titres en 2000, on en comptait plus de 2300 en 2008, ce grâce au succès du

nouvel apprentissage d'assistant en soins et santé communautaire (ASSC). Un coup d'œil sur le volume de contrats d'apprentissage conclus en 2008 montre que cette progression n'est pas achevée.

Le nombre de nouvelles aides-soignantes est en forte diminution, recul dû en grande partie au fait que plusieurs cantons ont déjà cessé de proposer cette filière. Si dans les années les plus fastes on comptait environ 1200 certificats délivrés, il n'y en avait plus que 750 en 2008. Cet apprentissage sera remplacé à partir de 2012 par une nouvelle formation débouchant sur une attestation fédérale santé – social.

Dans les professions des soins et de l'assistance, le nombre de diplômes délivrés est passé de 3750 en 2000 à plus de 5200 en 2008. Si l'on prend en compte la fonction nouvelle de recrutement que remplit le degré secondaire II pour le degré tertiaire, on s'aperçoit néanmoins que le nombre de personnes sur le marché du travail dans les soins et l'assistance ne croît que faiblement.

### ***Evolution probable du potentiel de recrutement***

Pour les années à venir, l'évolution démographique laisse présager une sévère baisse du nombre de jeunes arrivant en fin de scolarité obligatoire. Selon les pronostics relatifs à la formation établis par l'OFS, ce recul se fera sentir dans la formation professionnelle initiale davantage que dans les écoles de maturité. Dès lors, le recrutement d'apprentis s'avérera difficile. Avec quelques années de décalage, ce phénomène se répercutera sur le recrutement de candidats à de premières formations du degré tertiaire.

Le potentiel de recrutement parmi les adultes est difficile à quantifier. Il est formé des personnes souhaitant se reconvertir professionnellement, de celles qui s'apprêtent à reprendre un emploi ainsi que des professionnels déjà présents sur le marché qui entament une formation continue.

### **Evaluation de l'évolution des besoins**

#### ***Méthode***

Les besoins futurs en effectifs dans les professions de santé sont étroitement liés aux deux facteurs ci-après:

- L'augmentation de la demande en professionnels de santé en raison de l'accroissement des besoins en prestations de soins, d'assistance, de thérapie et de diagnostic. Cet aspect est examiné ici à la lumière des pronostics établis par l'étude de l'Obsan.
- Le remplacement du personnel quittant le monde professionnel de santé. En la matière, le rapport se fonde sur différents scénarios quant à la durée d'exercice des professions.

#### ***Aperçu des résultats par groupe professionnel***

Pour chaque groupe professionnel, les besoins de relève ont été placés en regard des prestations de formation et l'écart entre les deux a été déduit. Le tableau ci-dessous fournit les résultats de cette mise en parallèle pour le « scénario intermédiaire » présenté dans le rapport.

Comparaison entre les besoins de relève dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile et l'offre des prestataires de formation	Besoins annuels de relève	Diplômes décernés Moyenne 2000 – 2009	Ecart entre les besoins et la moyenne des diplômes décernés
Professions médico-thérapeutiques	365	449	84
Professions médico-techniques	578	433	-145
Sages-femmes	104	104	0
Professions des soins, degré tertiaire	4'694	2'279	-2'415
Soins et assistance, secondaire II (y compris fonction de recrutement pour professions de soins tertiaires)	4'423	(2008: 2'320 titres; formation d'ASSC en cours d'extension)	(2008: - 2'103)
Soins et assistance, niveau auxiliaire AS / AFP	1'459	1'021	-438
Cours de soins et d'assistance	2'791	env. 3'200	env. +409
Total (sans les besoins de relève dans les laboratoires, les instituts et les cabinets privés)	14'414	9'806	-4'617

- Dans les professions médico-thérapeutiques du degré tertiaire (sages-femmes non comprises), une bonne partie des personnes formées travaille dans des laboratoires et des instituts privés. Ce nombre n'est cependant pas connu et n'est donc pas pris en considération ici. Si l'on tient compte de cette lacune, ce groupe professionnel devrait plutôt connaître une pénurie.
- Le problème du manque de données se pose de façon similaire pour les professions médico-techniques du degré tertiaire, où l'on ignore combien de professionnels sont actifs dans des laboratoires et des instituts privés. Ainsi, l'écart entre titres délivrés et besoins de relève est selon toute probabilité bien plus important qu'il n'est indiqué dans le tableau.
- La même remarque vaut pour les sages-femmes, dont une partie (croissante) travaille à titre privé.
- L'activité de formation au niveau tertiaire des soins et de l'assistance couvrait à peine 52% des besoins évalués et, au degré secondaire II, tout juste 60% en 2008. Au niveau auxiliaire, elle se situait également très en dessous de la demande. Seul le secteur des cours de soins et d'assistance forme un nombre de personnes excédentaire.

### **Conclusion**

Dans des professions de santé non universitaires, l'effectif de nouveaux diplômés arrivant sur le marché ne répond aux besoins dans aucun groupe professionnel. Dans le domaine des soins et de l'assistance, l'écart entre l'offre et la demande est même considérable.

Si des mesures substantielles ne sont pas prises rapidement en vue de corriger le tir, la couverture en personnel suffisamment qualifié dans les hôpitaux et les cliniques, les établissements du long séjour, les institutions semi-hospitalières et les services d'aide et de soins à domicile ne pourra pas être garantie. Ce problème n'épargnera pas les cabinets, les laboratoires et les instituts privés.

### **Mesures appliquées dans les cantons**

Dans de nombreux cantons, cette évolution qui se dessine a été reconnue et des mesures correctives ont été engagées. Les actions mises sur pied dans les cantons et les établissements de santé sont de divers ordres:

- recrutement de jeunes en fin de scolarité et de jeunes adultes,
- recrutement d'adultes (réinsertion / reconversion professionnelle),
- promotion de la formation pratique dans les établissements,
- validation des prestations de formation,
- maintien du personnel.

A signaler en particulier, dans le domaine du recrutement pour la formation, les stages ou journées d'introduction proposés par les institutions de santé. La plupart des cantons organisent en outre régulièrement des salons de la formation professionnelle ou des présentations dans les écoles. C'est dans les cantons où ces prestations (stages, p. ex.) sont rétribuées que les mesures sont les plus efficaces.

Le potentiel constitué par les personnes souhaitant se reconvertir ou reprendre une activité professionnelle n'est pas exploité partout dans la même mesure. Pour le mettre à profit, il s'agit de motiver les candidats à entreprendre une activité dans le secteur des soins, mais aussi de leur offrir des possibilités de formation ou de perfectionnement adéquates et de créer les conditions cadres financières qui leur permettent de subvenir à leurs besoins pendant la durée de la formation.

De nombreux cantons proposent une formation raccourcie d'ASSC ou une procédure de validation des acquis. Ces procédures offrent aux personnes intéressées la possibilité d'obtenir un titre professionnel reconnu dans le système actuel, qui leur ouvre en outre des passerelles vers d'autres filières.

Dans la moitié des cantons environ, l'activité de formation est fixée dans les contrats de prestations de la direction de la santé avec les établissements publics et elle est également indemnisée dans le cadre de ces contrats. La forme de l'obligation et de l'indemnisation est variable. L'effet est le meilleur là où la formation englobe tous les domaines de prise en charge, est liée à des objectifs définis et où l'activité de formation effective peut également être contrôlée.

La Suisse romande connaît pour certaines niveaux ou filières de formation un autre système de financement de la formation pratique: les ressources pour rétribuer les établissements sont distribuées par l'intermédiaire de fonds. Ceux-ci sont diversement organisés en fonction du niveau de formation et sont alimentés par des sources diverses.

### **Niveaux d'action et propositions de mesures**

Les actions entreprises jusqu'ici ne suffiront pas à lutter contre la pénurie de personnel de santé qui se profile. Il s'agit de renforcer les mesures en place ou d'en prendre de nouvelles. Ce n'est qu'en conjuguant leurs efforts que les établissements, le secteur de la santé tout entier et les cantons pourront relever ce défi.

---

### ***Exploitation du potentiel de recrutement pour les professions de santé***

L'éventail des mesures possibles dans ce domaine est vaste et comprend notamment les éléments suivants:

- Communiquer sur les professions de façon active et attrayante, une tâche qui incombe avant tout aux associations de la branche et à l'OdA. Le potentiel de cette mesure peut être accru par un soutien financier des cantons.
- Donner aux personnes intéressées une première idée des professions de santé. Une bonne collaboration entre établissements et une coordination assurée par la branche auront pour effet de limiter les charges et de garantir la qualité des prestations.
- Faciliter le retour à la vie professionnelle par des offres de formation appropriées et des conditions cadres favorables. Ce domaine concerne les institutions de santé et les prestataires de formation, mais aussi les cantons.
- Encourager la reconversion professionnelle. Il convient de proposer aux candidats potentiels des offres de formation et des conditions cadres adéquates.
- Soutenir l'entrée non formalisée dans les institutions sanitaires: le cours d'auxiliaire de santé de la CRS constitue à cet égard une bonne solution.

### ***Exploitation du potentiel de formation des établissements***

Les institutions doivent accroître leur offre de formation pratique. A cette fin, les mesures suivantes peuvent être prises:

- Les bailleurs de fonds reconnaissent explicitement les prestations de formation fournies par les établissements dans tous les domaines de prise en charge et les rétribuent au moyen de contributions liées aux objectifs.
- Les directions des établissements se penchent sur la question de la promotion de la relève et formulent une stratégie de formation, laquelle exploite également les possibilités de collaboration interentreprises.
- Les institutions augmentent leur potentiel de formation pratique et le mettent pleinement à profit. Les établissements qui en ont la possibilité déploient des activités de formation allant au-delà de leurs propres besoins.
- Les institutions réexaminent leur position face à la formation pratique et sont conscientes des bénéfices qu'elles en tirent: les étudiants et les apprentis fournissent un travail productif et apportent à l'entreprise des impulsions nouvelles et une vision extérieure.

### ***Recours optimal au personnel***

Les tâches dévolues aux institutions de santé sont en perpétuelle mutation. La réforme des formations a engendré de nouvelles professions et de nouveaux profils de compétences. Pour en tirer le meilleur parti, les établissements doivent réexaminer les processus et les normes et adapter la composition des équipes par niveau de qualification.

### ***Maintien du personnel***

Les mesures visant à maintenir les collaborateurs dans le monde du travail recèlent un grand potentiel. Si l'on parvient à prolonger d'une année la durée d'exercice des professions, les besoins annuels de relève se réduisent, selon les scénarios, de 5% (pour une vie professionnelle de 20 ans), voire de 10% (pour une vie professionnelle de 10 ans).

Des études montrent que les facteurs les plus favorables au maintien du personnel dans les structures sont les mesures non monétaires, parmi lesquelles figurent:

- une répartition des rôles, des tâches et des responsabilités conforme aux compétences,
- une charge de travail adaptée et une répartition équitable des tâches,
- la reconnaissance et la valorisation du travail par les collaborateurs et par les supérieurs hiérarchiques,
- la motivation par une bonne direction et un travail d'équipe satisfaisant,
- des offres de développement du personnel, notamment grâce au perfectionnement,
- des modèles de travail appropriés, permettant en particulier de concilier vie familiale et vie professionnelle,
- la promotion de la santé.

Dans ce domaine, la branche a pour tâche d'assurer le transfert de savoirs et d'expériences, de transmettre des lignes directrices et d'établir des comparaisons avec d'autres branches.

### **Mesures de pilotage et de planification**

Conformément au mandat qui leur était attribué, les auteurs du rapport se penchent également sur les questions situées au niveau supérieur et proposent des modèles et des bases pour l'élaboration d'un instrument fiable destiné à piloter et à planifier la couverture en effectifs dans les professions de santé. La création d'un tel outil requiert un certain nombre de démarches, qui se résument comme suit:

#### ***Mesures de pilotage***

- Le pilotage et le financement de la formation pratique dans les professions de santé doit être harmonisé au plan global (Confédération, assureurs-maladie, cantons, et en partie aussi communes). L'objectif est une indemnisation de la formation pratique qui soit inter-cantonale, liée à des objectifs définis et aux prestations fournies et qui englobe tous les domaines de prise en charge (hôpitaux, EMS, Spitex) et également les institutions privées.
- Le pilotage des offres de formation tertiaires doit être supracantonale. Cela implique de coordonner la planification des offres des cantons et de leurs prestataires de formation et de garantir une corrélation entre la planification des effectifs et l'évolution des besoins.

#### ***Mesures de planification***

- Amélioration de la base de données, en particulier uniformisation des relevés concernant le personnel dans les statistiques respectives des hôpitaux, des institutions médico-sociales (SOMED) et des services d'aide et de soins à domicile, intégration des cabinets, labora-

---

toires et instituts privés et harmonisation de la statistique du personnel avec celle de la formation.

- Introduction d'un système d'indicateurs permettant d'établir une planification continue simple et de prendre rapidement des mesures efficaces aux bons niveaux.
- Evaluation des mesures visant à garantir une couverture en effectifs suffisante dans les professions de santé non médicales.

Cet examen doit porter sur la mise en œuvre et l'efficacité des mesures proposées dans le rapport.

## Conclusion

Le problème de la couverture en personnel et de la qualification des collaborateurs est prioritaire pour l'avenir du secteur de la santé et prendra une place de premier plan dans la politique de santé. Si l'on met en parallèle les besoins de relève et le nombre de personnes formées à l'heure actuelle, on constate que la cote d'alerte est dépassée. D'une façon générale, le nombre de titres délivrés est largement inférieur aux besoins, la pénurie étant particulièrement aiguë dans le domaine des soins et de l'assistance puisque ce secteur forme aujourd'hui la moitié seulement du personnel requis. En outre, le manque de diplômés au niveau de l'école supérieure s'aggraverait progressivement dans les années qui viennent, car à partir de 2010, plus aucune diplômée en soins infirmiers DN II n'arrivera sur le marché. La situation est tout aussi critique du côté des spécialisations, notamment en soins d'anesthésie, en soins intensifs et dans le domaine opératoire. Les professions médico-techniques ne sont pas épargnées non plus par la pénurie de personnel qualifié, qui se remarque aujourd'hui déjà dans les laboratoires (analystes biomédicaux) et en radiologie.

Le secteur de la santé est actuellement tributaire de l'engagement de collaborateurs étrangers. Avec une moyenne de 30%, leur taux est plus élevé dans les hôpitaux que dans les autres branches économiques et dépasse de 10% celui de la population étrangère résidente. A maints égards, le recrutement de personnel dans les pays voisins pose problème: outre le fait qu'il tend à devenir de plus en plus difficile, il est discutable d'un point de vue éthique et ne peut pas constituer une solution durable. Si l'on veut éviter que la dépendance vis-à-vis de cette catégorie de personnel n'augmente encore, il convient de prendre des mesures conséquentes afin de promouvoir la relève à l'intérieur de nos frontières et d'encourager le personnel à rester plus longtemps dans la vie professionnelle.

Au cours de ces dernières années, les établissements de santé ont réalisé un immense travail: ils ont créé des places d'apprentissage pour ASSC, se sont adaptés au nouveau positionnement des filières aux niveaux ES et HES et ont étendu leur offre de façon remarquable. Pour preuve le fait que, dans la formation initiale, l'apprentissage d'ASSC introduit en 2002 occupait en 2008 déjà le quatrième rang dans les choix professionnels des jeunes. Pour les institutions de santé, ces changements ne signifiaient pas seulement adopter de nouveaux plans d'études, mais aussi intégrer dans les équipes de nouveaux profils professionnels et repenser la répartition du travail, des processus qui ne vont pas de soi et qui exigent du temps. Si les OdA cantonales et de nombreux cantons ont déjà pris des mesures à cet égard, la partie n'est pas gagnée pour autant et il faudra encore redoubler d'efforts.

Pour le groupe de pilotage, la première question à résoudre est celle du financement de la formation pratique au sein des établissements. Sa réglementation doit permettre:

- de donner des incitations positives pour l'activité de formation;
- de reconnaître la nécessité de la formation dans tous les domaines de prise en charge et de l'encourager;
- de favoriser la solidarité entre cantons,
- de parvenir à une harmonisation tant du pilotage que du soutien financier de cette partie de l'enseignement dans l'ensemble du système.

Le groupe de travail accorde également une grande importance aux mesures non monétaires de maintien du personnel telles qu'elles sont décrites plus haut.

La situation ne tolère aucun atermoiement. L'ensemble des partenaires doivent se concerter pour prendre sans tarder des mesures orientées sur les objectifs. Le rapport a pour but de les sensibiliser à la situation et de les inciter à résoudre les problèmes avec toute la détermination requise.

# Partie I: Analyse des variables pertinentes

## 1 Effectifs dans les professions de santé: l'étude de l'Obsan

### 1.1 Introduction

L'étude de l'Obsan intitulée «Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020»<sup>1</sup> se fonde sur l'état des lieux de 2006 et propose une première estimation de l'évolution des besoins en effectifs dans les institutions de santé jusqu'en 2020.

Elle s'appuie sur les données de l'Office fédéral de la statistique OFS (statistique des hôpitaux, statistique des institutions médico-sociales SOMED et statistique des services d'aide et de soins à domicile – Spitex) pour le secteur institutionnel, et sur le registre des codes créanciers tenu par santésuisse pour le secteur ambulatoire privé (cabinets). Les limites de ces sources sont explicitées dans le rapport précité.

### 1.2 Effectifs en 2006 dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile par qualification

Les institutions citées employaient en 2006 environ 195 000 collaborateurs, tous niveaux de formation confondus (de «sans formation» à universitaires), dans les domaines de la thérapie et des soins. Sur ce nombre, 60% travaillaient dans les hôpitaux, 30% dans les établissements médico-sociaux (EMS) et 10% dans les services d'aide et de soins à domicile.<sup>2</sup> Les femmes représentaient 80%<sup>3</sup> de ces effectifs, les étrangers tout juste 20%.

Le présent rapport s'intéresse en priorité aux professions non universitaires, qui concernent quelque 169 000 personnes. Les deux tableaux ci-après fournissent un aperçu de la structure du personnel médico-technique, thérapeutique et soignant par qualification dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. De même que les membres des professions médicales universitaires, le personnel en formation n'est pas pris en compte dans les tableaux.

La subdivision par profession et par groupe professionnel dans les tableaux n'est pas choisie au hasard, mais reprend celle des statistiques à disposition. Les données sur le personnel dans les statistiques des hôpitaux, des institutions médico-sociales et du domaine Spitex ont des structures différentes, ce qui en restreint la comparabilité. De plus, une partie seulement des institutions de santé ayant fourni des données détaillées sur le personnel, les auteurs de l'étude de l'Obsan ont dû procéder à des extrapolations, en particulier pour le domaine hospitalier.

---

<sup>1</sup> Document de travail 35, Obsan, février 2009.

<sup>2</sup> Le terme "Spitex" est employé dans le présent rapport comme terme générique pour "soins et aide à domicile". Il recouvre tous les fournisseurs de telles prestations.

<sup>3</sup> Les professions de santé étant en grande partie exercées par des femmes, la désignation féminine des personnes est le plus souvent utilisée pour les deux sexes dans le présent rapport afin d'en faciliter la lecture lorsqu'il est question des personnes, des professions ou de la base de recrutement.

Un pilotage efficace de la couverture en personnel dans les professions de santé non médicales exige de meilleures données. Les mesures proposées à cet égard figurent dans la partie IV du présent rapport.

Professions médico-techniques du degré tertiaire	Hôpitaux <sup>4</sup>	Etablissements médico-sociaux	Services d'aide et de soins à domicile	Total
Laboratoire médical (LABM / ABM)	3'291			3'291
Radiologie médico-technique	2'848			2'848
Technique opératoire	1'161			1'161
Soins ambulanciers	653			653
Autres professions médico-techniques du degré tertiaire	1'024			1'024
<b>Total des professions médico-techniques du degré tertiaire</b>	<b>8'977</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8'977</b>

Professions thérapeutiques du degré tertiaire	Hôpitaux	Etablissements médico-sociaux	Services d'aide et de soins à domicile	Total
Ergothérapie	1'044			1'044
Physiothérapie	3'285			3'285
Diététique	334			334
Catégorie globale «Personnel thérapeutique» de SOMED <sup>5</sup>		1'000		1'000
<b>Total des professions thérapeutiques du degré tertiaire</b>	<b>4'663</b>	<b>1'000</b>	<b>0</b>	<b>5'663</b>

Professions des soins et de l'assistance <sup>6</sup>	Hôpitaux	Etablissements médico-sociaux	Services d'aide et de soins à domicile	Total
Cadres infirmiers	17'432			17'432
Infirmières diplômées <sup>7</sup>	31'472			31'472
Soins d'anesthésie	1'998			1'998
Sages-femmes	1'831			1'831
Responsables de la formation professionnelle	387			387
Catégorie globale «Infirmiers diplômés» SOMED et Spitex <sup>8</sup>		14'063		14'063
<b>Soins et assistance du degré tertiaire</b>	<b>53'120</b>	<b>14'063</b>	<b>7'460</b>	<b>74'643</b>
Infirmières-assistantes CC CRS	1'983	5'601		7'584
Assistantes médicales	2'117	770		2'887
Autres (y compris assistantes en soins et santé commu-	3'476	3'929	5'534 <sup>10</sup>	12'939

<sup>4</sup> Institutions incluses dans la statistique des hôpitaux: hôpitaux de soins aigus, cliniques de réadaptation, psychiatrie

<sup>5</sup> La catégorie globale «Personnel thérapeutique» de la statistique SOMED n'est pas définie, mais comprend vraisemblablement les collaborateurs des domaines animation, ergothérapie et physiothérapie. Cette catégorie ne figure pas dans la statistique Spitex.

<sup>6</sup> L'expression «soins et assistance» utilisée dans le rapport Obsan désigne le champ professionnel du personnel (divisions, groupes de vie, clients à domicile). Nous adoptons cette désignation dans le présent rapport.

<sup>7</sup> Y compris titulaires de diplômes niveau I (DN I). Selon les sources, ces titres de formation sont classés soit au degré tertiaire, soit au secondaire II. Dans les documents statistiques, ils figurent au degré tertiaire.

<sup>8</sup> Les statistiques SOMED et Spitex englobent l'ensemble du personnel infirmier diplômé dans une même catégorie, la statistique des hôpitaux fait une classification plus détaillée.

nautaire – ASSC) <sup>9</sup>				
Soins et assistance, degré secondaire II	7'576	10'300	5'534	23'410
Soins et assistance, niveau auxiliaire (aides-soignantes)	7'948	7'852		15'800
Cours de soins et assistance (Auxiliaires de santé CRS)	225	14'789	7'795	22'809
Personnel soins et assistance sans formation	6'967	6'596	4'043	17'606
<b>Total du personnel soins et assistance</b>	<b>75'836</b>	<b>53'600</b>	<b>24'832</b>	<b>154'268</b>

Source: Document de travail 35 de l'Obsan, basée sur les statistiques de l'OFS.

L'étude de l'Obsan contient de nombreuses autres différenciations et examine en particulier les distinctions entre la Suisse alémanique et la Suisse latine, c'est-à-dire la Suisse romande et le Tessin. Pour des informations complètes à ce sujet, les lecteurs sont renvoyés au texte original de l'étude, dont seules les conclusions principales sont résumées ici:

- Entre 2002 et 2006, le personnel des professions de santé a augmenté de 10% dans les hôpitaux, en particulier de Suisse romande et du Tessin. La composition des postes par niveau de qualification (grade mix) est cependant comparable dans toutes les parties du pays, malgré les différences de positionnement des formations observées actuellement en Suisse alémanique et au Tessin par rapport à la Suisse Romande.
- La composition du personnel soignant de degré tertiaire par qualification (ES, HES, master, HöFa, etc.) n'a pas fait l'objet d'un relevé dans la statistique des hôpitaux, raison pour laquelle il n'est pas possible de tirer des conclusions à ce sujet.
- Dans les EMS, la composition des postes par niveau de qualification (grade mix) varie sensiblement d'une région linguistique à l'autre, le personnel étant nettement plus qualifié en Suisse alémanique qu'en Suisse latine: degré tertiaire en Suisse alémanique 28% contre 17% pour la Suisse latine; sans formation: 8% en Suisse alémanique contre 20% en Suisse latine.
- Les proportions sont inversées dans les services d'aide et de soins à domicile, où la Suisse latine affiche une structure de qualification plus élevée: 10% de sans formation contre 19% en Suisse alémanique; 25% de titres du degré secondaire II en Suisse latine contre 21% en Suisse alémanique; pour le degré tertiaire, les pourcentages sont comparables, se situant autour de 29% dans tout le pays.

Les différences mentionnées dans les services d'aide et de soins à domicile s'expliquent notamment par la nature des prestations offertes en Suisse alémanique et en Suisse latine: les organisations alémaniques fournissant plus d'aide ménagère que les latines, cela se répercute sur le niveau de qualification du personnel engagé. Par ailleurs, les taux d'occupation sont plus élevés en Suisse latine (51%) qu'en Suisse alémanique (36,4%).

<sup>10</sup> La statistique Spitex regroupe, dans la catégorie «Soins auxiliaires», les professions aide familiale diplômée, aide familiale, accompagnatrice de personnes âgées et aide-soignante. Ces dernières étant vraisemblablement peu représentées, le groupe est classé au degré secondaire II, et non au niveau auxiliaire.

<sup>9</sup> Les premières ASSC ont terminé leur formation en 2004. On comptait 82 titres décernés cette année-là, 305 en 2005 et 777 en 2006. Les chiffres par année figurent au tableau de l'annexe 1.1. En 2006, on dénombrait déjà 5200 apprenties ASSC.

Sous la rubrique «Autres» figurent, outre les ASSC, les assistantes socio-éducatives, les accompagnatrices de personnes âgées, les aides familiales ainsi que les porteurs de titres étrangers.

### 1.3 Personnel en 2006 par canton

Les statistiques fédérales fournissent des chiffres exhaustifs concernant le personnel pour les EMS et les services d'aide et de soins à domicile, ce qui représente au total 47% du personnel des professions de santé non médicales. Les données des hôpitaux mettent en évidence des lacunes importantes en la matière, que l'Obsan a tenté de combler en se livrant dans son étude à des extrapolations complexes qui donnent une image globale de la Suisse. Si ces projections permettent de dégager des tendances pour les différentes parties linguistiques, elles ne suffisent cependant pas à faire des déductions détaillées pour chacun des cantons.

Il en va de même d'autres indicateurs, qui n'autorisent pas d'extrapolations parlantes en vue d'une répartition du personnel de santé par canton: ainsi, le nombre d'habitants ne recoupe pas la structure de la prise en charge, le taux d'hospitalisation et le nombre de journées de soins ne disent rien sur le degré de soins requis ni sur la dotation en personnel et, enfin, l'effectif global des employés ne reflète pas la structure du personnel ni le type d'institution. Pour toutes ces raisons, les auteurs du présent rapport ont renoncé à émettre des conclusions relatives aux effectifs par canton.

### 1.4 Digression: personnel par nationalité

Les statistiques SOMED et Spitex ne fournissent pas de données sur la composition du personnel par nationalité, seule la statistique des hôpitaux en contient.

Selon celle-ci, les étrangers forment un tiers des collaborateurs des hôpitaux, alors qu'ils ne constituaient que 22% de la population active de Suisse en général en 2008.<sup>11</sup> Leur proportion dans les hôpitaux est donc sensiblement supérieure à la moyenne de toutes les branches économiques.

La proportion de travailleurs étrangers dans les hôpitaux est nettement plus élevée en Suisse latine qu'en Suisse alémanique, comme le montre le graphique ci-après pour le domaine des soins et de l'assistance.

Proportion de collaboratrices hospitalières de nationalité étrangère actives dans les soins et l'assistance	Suisse latine			Suisse alémanique		
	2002	2006	Evolution 2002 - 2006	2002	2006	Evolution 2002 - 2006
Degré tertiaire, Professions de soins	51.1%	55.3%	8.2%	25.1%	24.8%	-1.2%
Degré secondaire II, Professions de soins et d'assistance	32.0%	39.3%	22.8%	27.5%	19.5%	-29.1%
Niveau auxiliaire	47.2%	51.1%	8.3%	26.6%	26.4%	-0.8%

Ces différences de structure et, en particulier, d'évolution étonnent au premier abord.

L'image ci-dessus est relativisée dès lors qu'on la place en regard de l'évolution sur l'ensemble du pays. En Suisse alémanique, le personnel des hôpitaux actif dans les soins et l'assistance a affiché d'une manière générale un léger recul entre 2002 et 2006, qui semble avoir touché les étrangers davantage que les Suisses. Dans la partie latine en revanche, on note durant la même période un

<sup>11</sup> Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la population active 2008.

accroissement des effectifs, qui a concerné les collaborateurs étrangers dans une proportion supérieure à la moyenne. Les chiffres nominaux de cette évolution figurent dans le tableau ci-après.

Nombre de collaboratrices hospitalières de nationalité étrangère actives dans les soins et l'assistance	Suisse latine			Suisse alémanique		
	2002	2006	Evolution 2002 - 2006	2002	2006	Evolution 2002 - 2006
Degré tertiaire, Professions de soins	15'502	17'154	10.7%	32'923	35'966	9.2%
Degré secondaire II, Professions de soins et d'assistance	2'409	2'084	-13.5%	8'010	5'493	-31.4%
Niveau auxiliaire	3'702	3'813	3.0%	5'321	4'361	-18.0%
Total des groupes professionnels	21'613	23'051	6.7%	46'254	45'820	-0.9%

Par ailleurs, les pourcentages de résidents étrangers et de frontaliers sont différents dans les parties alémanique et latine de la Suisse. On compte 20% de résidents étrangers en Suisse alémanique et 27% en Suisse latine.

Les cantons proches de la frontière accueillent beaucoup plus de travailleurs frontaliers que les cantons plus centrés. Ainsi, la part de frontaliers (tous domaines économiques confondus) constitue 5,6% de la population résidente étrangère en Suisse latine et 1,6% seulement dans la partie alémanique. Les détails relatifs à la population résidente et au nombre de frontaliers figurent à l'annexe 1 du présent rapport.

Les hôpitaux ne représentent qu'une partie du domaine de la santé. Pour obtenir une image complète des professions des soins et de l'assistance, il convient d'intégrer le secteur du long séjour et les services d'aide et de soins à domicile. A cette fin, nous nous appuyons sur deux rapports antérieurs de l'Office fédéral de la statistique<sup>12</sup>, qui prennent cependant aussi en compte le personnel du commerce et de l'industrie (Pharma, etc.), ainsi que de l'administration et de la prévention. Ces chiffres ne permettent donc pas à eux seuls de tirer des conclusions très précises. Ils sont documentés dans le tableau ci-après:

Proportion d'employés étrangers dans le domaine de la santé	2001	2005
Total	23,4%	24,0%
Secteur hospitalier	28%	30%
Hôpitaux	non connu	29,8%
EMS	non connu	22,4%
Secteur ambulatoire	10%	13%
Commerce et industrie	27%	29%
Administration et prévention	10%	7%
Augmentation annuelle du nombre d'employés étrangers de 1995 à 2001 et de 1995 à 2005	3,2%	2,4%

Pour obtenir des conclusions fiables relatives aux professions médico-techniques et thérapeutiques, il serait impératif d'inclure dans l'analyse l'évolution observée dans le secteur privé (instituts, laboratoires, cabinets). En effet, la répartition des tâches et, partant, les besoins en effectifs se modifient constamment dans l'un comme dans l'autre de ces domaines et suivent selon toute probabilité des évolutions différentes selon les régions.

<sup>12</sup> Office fédéral de la statistique, StatSanté 2/2004, 2001.

Office fédéral de la statistique, Actualités OFS, L'emploi dans le domaine de la santé 1995 – 2005, novembre 2007.

Enfin, le critère de la nationalité – suisse ou étrangère – ne fournit que peu de renseignements. Il ne dit rien sur la durée de séjour des personnes étrangères ni sur leur niveau d'intégration, ne précise pas si elles ont suivi leur formation en Suisse ou si elles sont arrivées avec un diplôme en poche, pas plus qu'il n'informe sur leur lieu de domicile – autrement dit sur la part de frontaliers que compte ce groupe.

Pour une analyse approfondie du personnel non suisse dans le domaine de la santé, il serait possible de recourir à la statistique de la Croix-Rouge suisse (CRS) sur l'enregistrement et la reconnaissance des diplômes et certificats étrangers. Mais ces éléments ne donnent pas non plus une image globale de la situation: ils n'indiquent pas si les personnes enregistrées sont encore professionnellement actives et, lorsqu'elles le sont, ne renseignent pas sur leur lieu de travail ni sur leur taux d'occupation. Enfin, dans les cantons frontaliers, on peut supposer que la valeur des diplômes étrangers est suffisamment évaluable pour que l'on engage souvent du personnel sans impérativement passer par un enregistrement ou une reconnaissance du titre de formation.

Les constatations ci-dessus montrent que si l'on veut obtenir des données suffisamment différenciées concernant l'évolution et l'importance du nombre de collaborateurs étrangers dans les institutions de santé en vue de pouvoir l'influencer, il convient d'étendre et d'approfondir les analyses à un degré qui dépasse le cadre du présent rapport.

### **1.5 Lacunes**

Le secteur ambulatoire privé (cabinets) est illustré dans l'étude de l'Obsan et documenté dans le registre des codes créanciers tenu par santésuisse, lequel ne fournit cependant que les numéros de décompte des cabinets, sans renseigner sur le nombre de collaborateurs concernés par chacune de ces entrées.

Ce registre ne contient pas non plus d'indications sur les laboratoires médicaux ni sur les instituts de radiologie privés. Nous manquons donc d'informations sur les effectifs de ces entreprises gourmandes en personnel. Des lacunes sont également constatées en ce qui concerne la structure du personnel des professions de santé dans la branche pharma et le secteur social.

Si ces lacunes ne peuvent pas être comblées dans le cadre du présent rapport, elles doivent cependant être prises en compte, du moins qualitativement, dans l'évaluation des besoins en personnel.

## 2 Etudiants / apprentis et prestataires de formation

### 2.1 Formations professionnelles en santé en 2008

Les statistiques sur les titres de formation décernés selon l'ancien droit ont été établies et publiées par la CRS, celles qui concernent les formations professionnelles relevant du droit en vigueur le sont par l'OFS. Le tableau ci-après fournit un aperçu des titres délivrés au terme d'une filière d'études ou d'un apprentissage dans les professions de santé non universitaires en 2008.<sup>13</sup> La structuration par groupe professionnel est établie de manière à permettre une comparaison avec les statistiques du personnel dans les institutions de santé.

Professions médico-techniques du degré tertiaire	Titres 2008	dont titres HES	Femmes	Hommes
Laboratoire médical (LABM / ABM)	112		101	11
Radiologie médico-technique (y compris HES)	92	24	<i>non relevé</i>	
Technique opératoire	65		60	5
Soins ambulanciers	118		48	70
Total des professions médico-techniques du degré tertiaire	363	18	267	114

Professions thérapeutiques du degré tertiaire	Titres 2008	dont titres HES	Femmes	Hommes
Ergothérapie (y compris HES)	109	35	<i>Il n'existe pas de statistique sur la répartition femmes/hommes parmi les porteurs de titres HES</i>	
Physiothérapie (y compris HES)	313	73		
Diététique (y compris HES)	51	22		
Thérapie d'activation	37		36	1
Sages-femmes (y compris HES)	111	36	<i>non relevé</i>	
Total des professions thérapeutiques du degré tertiaire	621	166	36	1

Professions des soins et de l'assistance	Titres 2008	dont titres HES	Femmes	Hommes
Diplôme HES en soins infirmiers	321	321	278	47
Diplôme ES en soins infirmiers	258		227	31
Diplôme en soins niveau II, formation régulière <sup>14</sup>	1'198		1'067	131
Diplôme en soins niveau I, formation régulière	338		282	56
Infirmières de santé publique	26		25	1
Total des professions des soins et de l'assistance du degré tertiaire	2'115	321	1'854	261
Professions des soins et de l'assistance du degré ter-	Titres 2008	dont titres HES	Femmes	Hommes

<sup>13</sup> De nombreuses données figurent tant dans la statistique de la CRS que dans celle de l'OFS. On observe de légères variations entre ces deux sources. Les chiffres des tableaux proviennent des sources suivantes:

- Degré tertiaire, sans la thérapie d'animation et les HES: statistique CRS.
- Degré secondaire II, thérapie d'animation et HES: statistique de l'OFS.

<sup>14</sup> Formation accomplie par la voie directe et non en tant que postqualification.

## Partie I: Analyse des variables pertinentes

Titulaire, postqualification				
Diplôme en soins DN II, année de passage DN I	330		305	25
Diplôme en soins DN I, passerelle CC CRS	152		141	11
Total des professions des soins et de l'assistance	482	0	446	36

Professions des soins et de l'assistance avec CFC <sup>15</sup>	Titres 2008	Femmes	Hommes
Assistants en soins et santé communautaire	1'928	1'738	190
Aides familiales	156	151	5
Accompagnatrices des personnes âgées	49	42	7
Assistants socio-éducatifs, option accompagnement des personnes âgées <sup>16</sup>	81	67	14
Assistants socio-éducatifs, option généraliste	106	87	19
Total des professions des soins et de l'assistance avec CFC	2'319	2'084	235

Professions et cours du degré secondaire II non réglementés par la Confédération	Titres 2008	Femmes	Hommes
Aides-soignantes	748	668	80
Auxiliaires de santé CRS (attestation de cours)	3'401	non connu	non connu
Total des professions et cours du degré secondaire II non réglementés par la Confédération	4'149	668	80

## 2.2 Evolution 2000 – 2008

Le tableau ci-dessus représentant une photographie de la situation à un moment donné, les conclusions que l'on peut en tirer sont limitées. C'est pourquoi nous avons illustré, dans le graphique ci-après, l'évolution 2000 – 2008 pour toutes les professions citées en reprenant les groupes professionnels du tableau. Les chiffres nominaux figurent à l'annexe 2.1.

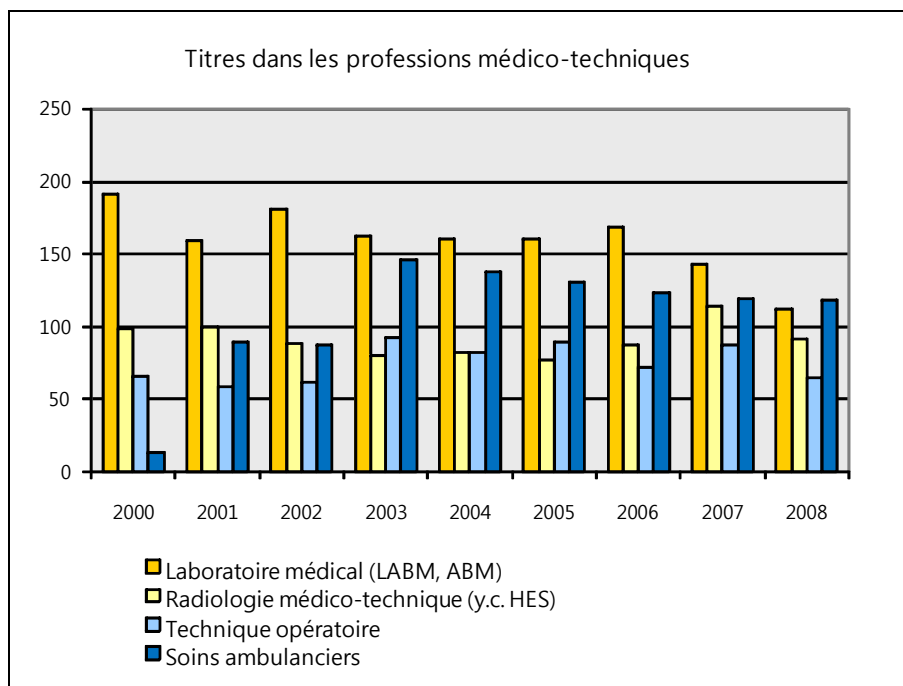
### 2.2.1 Professions médico-techniques

L'évolution par année dans les professions médico-techniques montre, pour les techniciens en radiologie médicale, une évolution irrégulière de 2000 à 2008: le nombre de diplômes décernés passe de 99 en 2000 à 77 en 2005, puis remonte pour atteindre 92 en 2008.

Il en va de même pour le laboratoire médical, où le nombre de diplômes est en constante diminution, passant de 191 à 143 entre 2000 et 2007. L'année 2008 affiche une baisse plus nette encore, avec seulement 112 diplômes décernés.

<sup>15</sup> Au degré secondaire II, 898 assistantes médicales ont reçu un CFC en 2008. Leur formation les destinant principalement à travailler dans les cabinets et les instituts (ambulatoires ou hospitaliers) et très peu dans le domaine des soins et de l'assistance, elles ne figurent pas dans notre tableau.

<sup>16</sup> Il existe trois modèles de formation spécialisée (accompagnement des personnes âgées, accompagnement des personnes handicapées, accompagnement des enfants) et un modèle de formation généraliste. Sont importants pour le domaine de la santé surtout les deux modèles de formation mentionnés dans le tableau.



Quant au nombre annuel de techniciens en salle d'opération diplômés, il a sévèrement reculé et n'a retrouvé qu'aujourd'hui le niveau de l'année 2000. On observe une baisse entre 2001 et 2003, puis des pointes de 2004 à 2007. Avec seulement 65 titres décernés, l'année 2008 se situe très en dessous de la moyenne des années 2000 à 2008 (75 diplômés). Dans l'interprétation de ces données, il convient de tenir compte du fait que ces chiffres ne comprennent pas les titres décernés après une formation postdiplôme d'infirmière en salle d'opération, à savoir 48 titres selon les données de l'OFS.

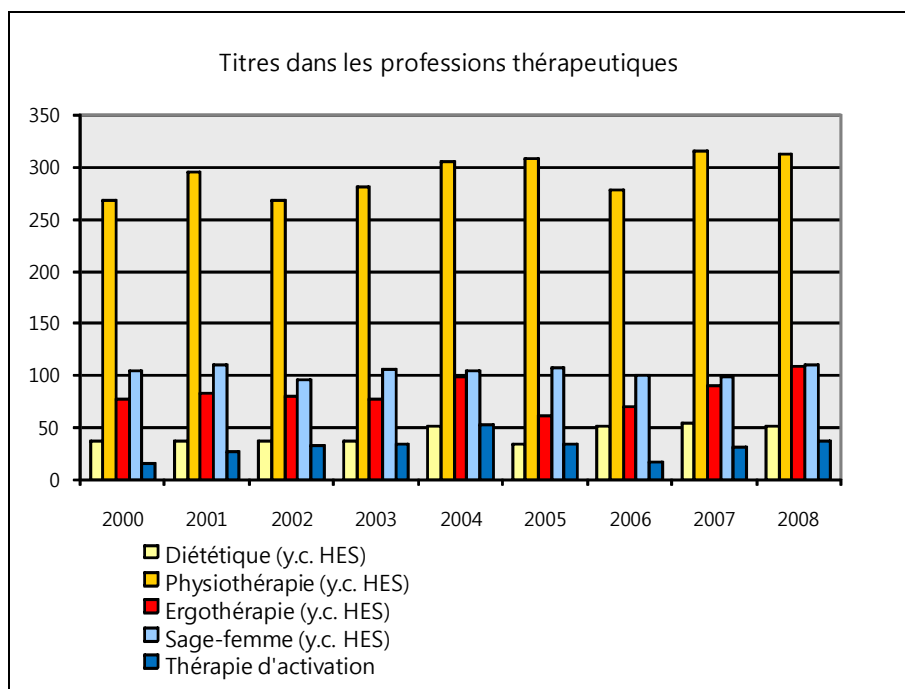
La formation d'ambulancier a connu un véritable boom peu après son introduction, avec 146 diplômés en 2003, puis accusé un recul constant, avec 118 titres seulement en 2008.

### 2.2.2 Professions thérapeutiques

Dans les professions médico-thérapeutiques, le graphique montre une baisse du nombre de titres délivrés aux ergothérapeutes, physiothérapeutes et sages-femmes durant la période 2005/2006. Ce recul s'explique par le positionnement de ces formations au niveau HES et les changements en résultant dans les conditions d'admission.

On observe d'une façon générale une augmentation des titres de physiothérapeute entre 2000 et 2008, les 313 diplômes décernés en 2008 se situant au-dessus de la moyenne 2000 à 2008 (293 titres).

Il en va de même pour les sages-femmes, dont les 111 diplômes décernés en 2008 dépassent la moyenne 2000 – 2008 (104 titres).

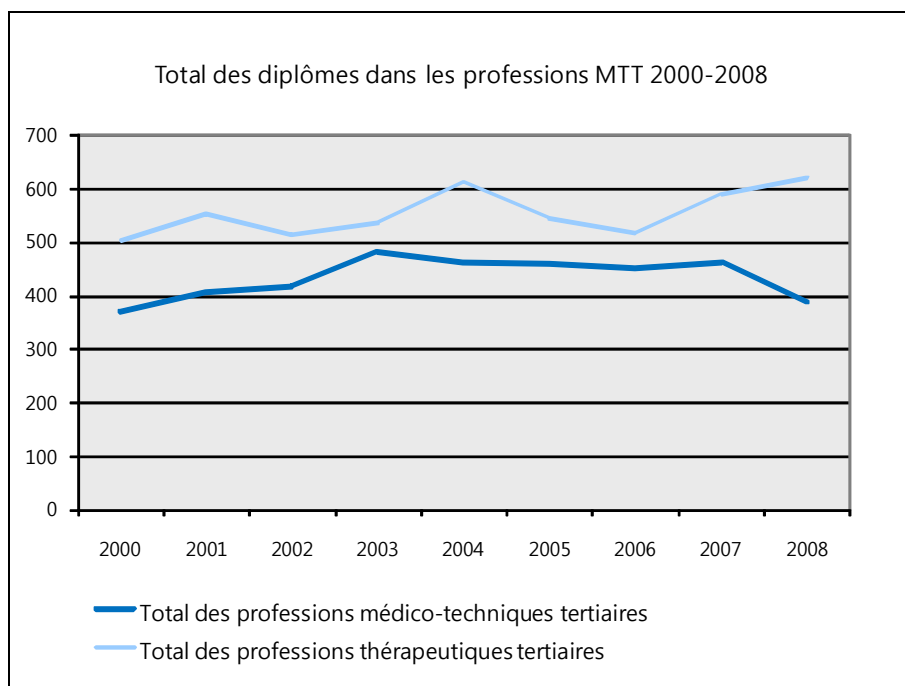


L'ergothérapie s'est remise de la forte chute des années 2005/2006 et enregistre 109 titres en 2008, ce qui la place aussi au-dessus de la moyenne 2000 à 2008 (83 diplômes).

L'évolution de la thérapie d'activation suit une courbe irrégulière.

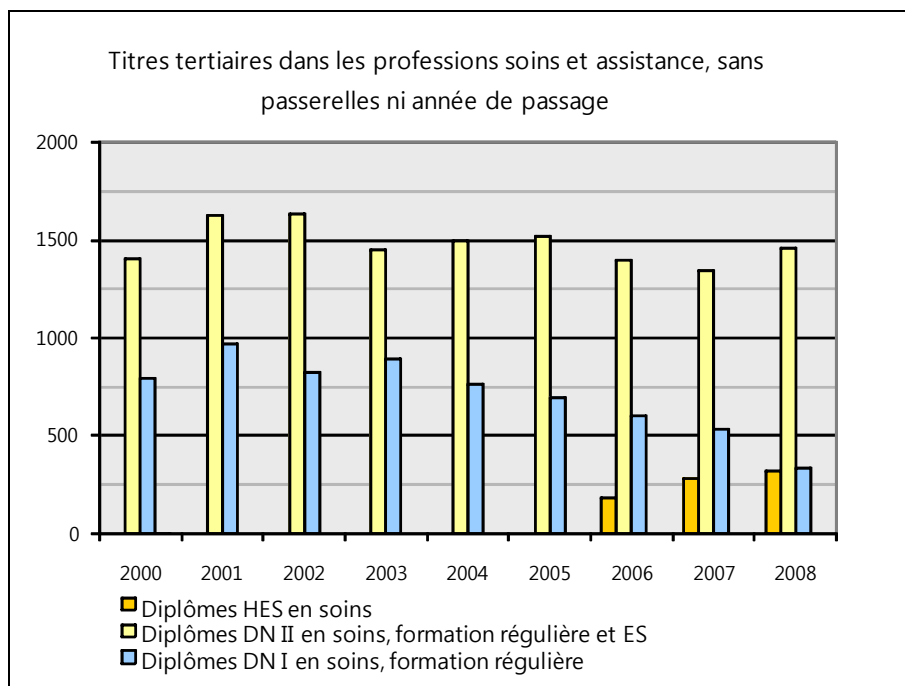
### 2.2.3 Ensemble des professions médico-techniques et thérapeutiques

L'évolution générale des titres dans les professions médico-techniques et thérapeutiques est illustrée par le graphique ci-dessous, qui montre une augmentation globale du nombre de diplômes délivrés dans les professions thérapeutiques, mais également des tendances largement stables pour les professions médico-techniques.



### 2.2.4 Professions du degré tertiaire dans les soins et l'assistance

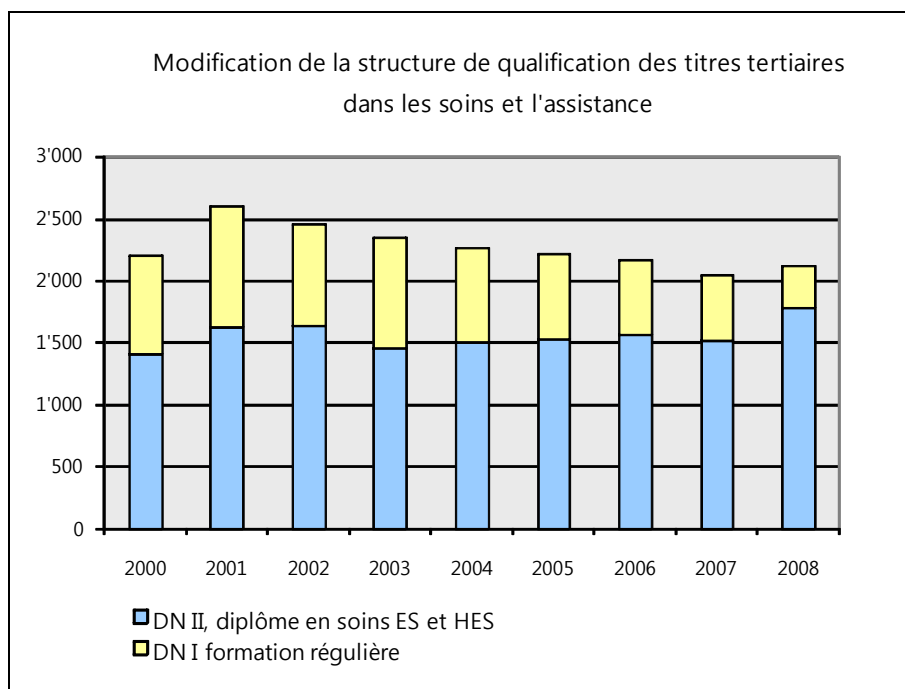
Pour les diplômés en soins infirmiers, il faut considérer les chiffres de façon différenciée. Au milieu de la période 2000 – 2008, on comptabilisait 3110 titres décernés, mais une grande partie d'entre eux sanctionnaient des postqualifications chez des personnes déjà au bénéfice d'un diplôme en soins: programmes passerelles conduisant au DN II ou au DN I et année de passage du DN I au DN II. Déjà présents sur le marché du travail, ces nouveaux titulaires obtenaient des qualifications supérieures, mais ne représentaient pas un potentiel de recrutement supplémentaire, raison pour laquelle ils n'ont pas été pris en compte dans la présente analyse. L'évolution des chiffres les concernant figure néanmoins à l'annexe 2.1.



Si l'on excepte ces postqualifications, le nombre de titres tertiaires dans les soins et l'assistance accuse un recul global. Le potentiel de recrutement était en effet de 2196 diplômés au total en 2000, de 2279 au milieu de la période 2000 – 2008, mais de 2115 seulement en 2008, soit 90% de la moyenne 2000 – 2008.

Le niveau de qualification des titres de degré tertiaire dans les soins et l'assistance a augmenté.

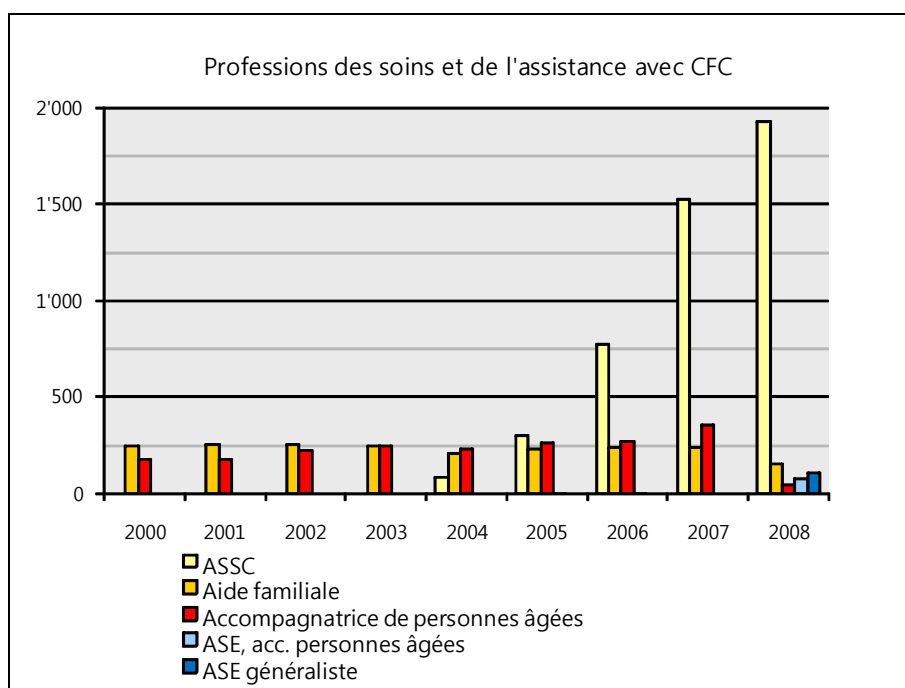
Avec la suppression prévue des filières obéissant aux prescriptions de formation DN I / DN II, le diplôme de niveau I disparaîtra complètement. Dès lors, le défi consistera non seulement à combler les lacunes qui en résulteront en termes d'effectifs par une augmentation des titres ES et HES – dont le niveau d'accès est beaucoup plus exigeant –, mais aussi à accroître le nombre global de diplômes délivrés. A noter, pour l'interprétation de ces chiffres, que la formation en soins infirmiers au niveau HES en Suisse alémanique et au Tessin en est encore au stade du développement et qu'en Suisse alémanique le nombre de places d'études est en partie limité.



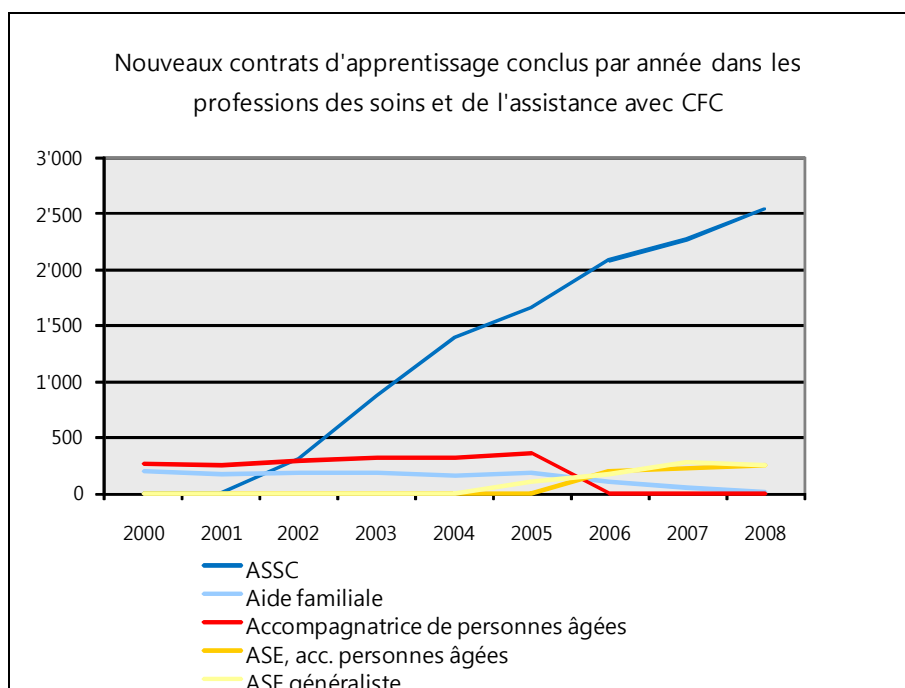
### 2.2.5 Professions des soins et de l'assistance avec CFC

La présente analyse prend en compte les professions suivantes:

- Assistante en soins et santé communautaire (ASSC)
- Assistante socio-éducative (ASE), option accompagnement de personnes âgées
- Assistante socio-éducative (ASE), option généraliste
- Aide familiale
- Accompagnatrice des personnes âgées



Le graphique ci-dessus illustre l'évolution du nombre de titres décernés annuellement. L'augmentation est particulièrement frappante lorsque l'on considère la courbe des nouveaux contrats d'apprentissage conclus par année.

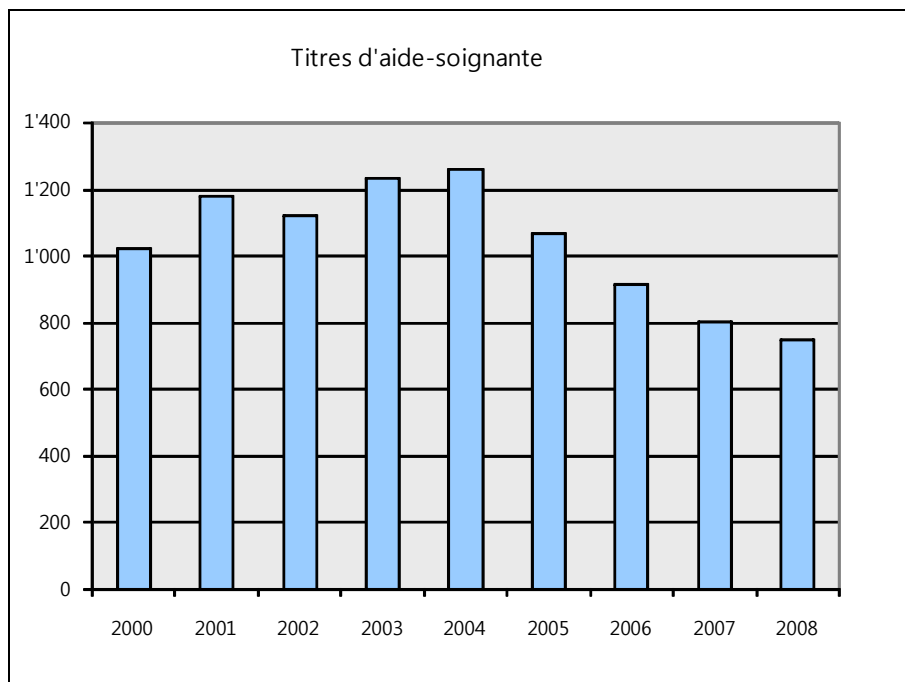


Le graphique montre que l'accroissement du nombre de titres d'ASSC n'est pas terminé et qu'il va se poursuivre dans les années qui viennent. Il sera néanmoins difficile de maintenir cette courbe, vu la diminution du nombre de personnes terminant leur scolarité obligatoire (voir chapitre 3.1). A noter également que les formations d'accompagnatrice des personnes âgées et d'aide familiale, qui enregistraient encore 205 titres décernés en 2008, sont appelées à disparaître.

Le nombre d'assistantes socio-éducatives, options accompagnement des personnes âgées ou généraliste, est nettement inférieur à celui des ASSC. Comme pour la profession d'ASSC, l'augmentation du nombre d'ASE dans les deux options susmentionnées n'est pas encore achevée. La dynamique diffère selon la stratégie des cantons en la matière et il serait souhaitable d'arriver à un rapprochement de ces deux professions.

### 2.2.6 Niveau auxiliaire

Depuis 2004, le nombre de titres délivrés d'aide-soignante est en forte diminution.

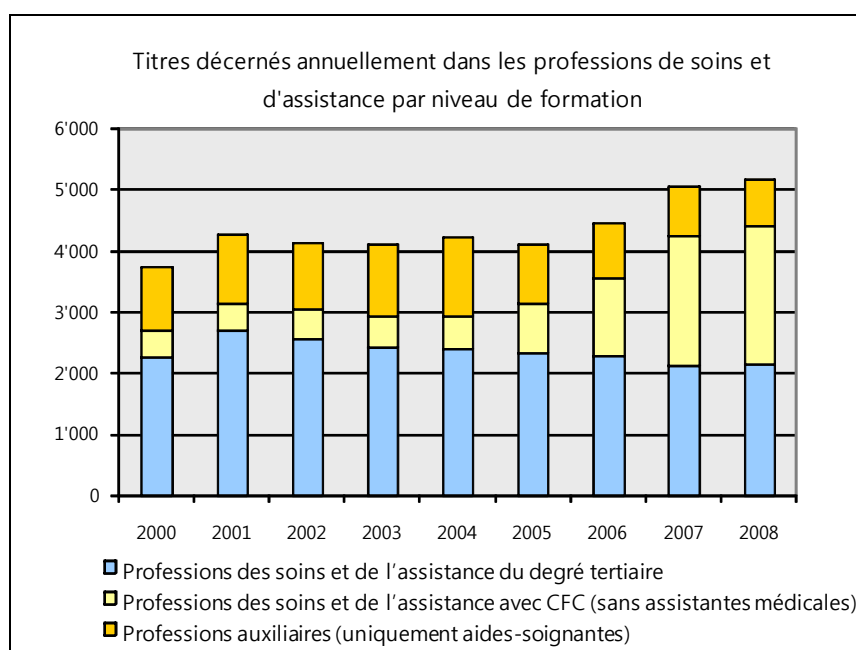


Ce recul est dû en grande partie à la disparition de cette offre de formation dans plusieurs cantons. Les derniers diplômes seront délivrés en 2012. Il est encore trop tôt pour dire si la formation d'aide en soins et accompagnement avec attestation fédérale – dont la mise en vigueur est prévue pour 2012 – permettra de combler tout ou partie de cette lacune.

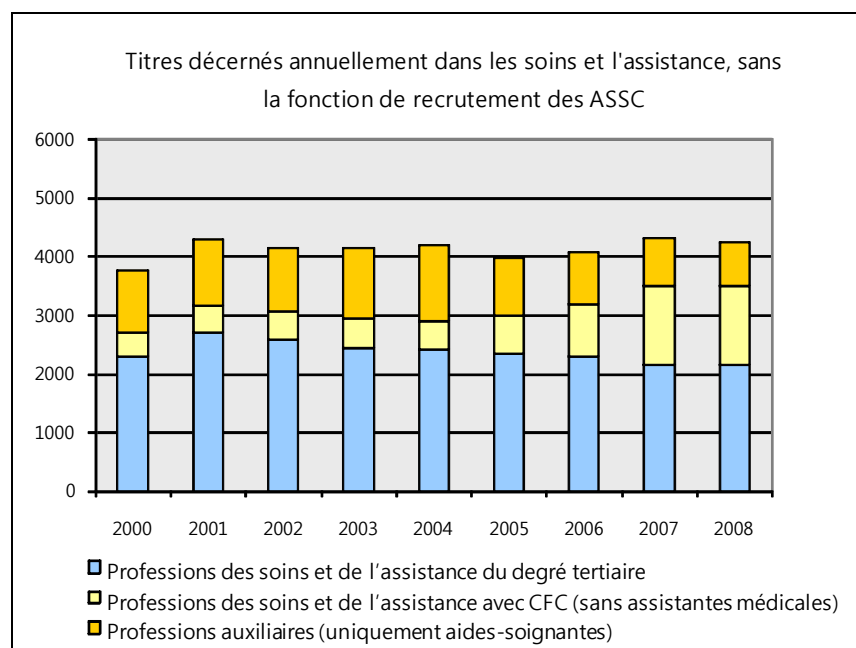
### 2.2.7 Evolution générale des titres de formation dans les soins et l'assistance

Le graphique ci-dessus montre l'évolution des titres de formation entre 2000 et 2008 dans toutes les professions des soins et de l'assistance. Illustrant l'ensemble des remarques faites jusqu'ici, il appelle en outre les commentaires suivants:

- le nombre total de titres de formation a augmenté de 39% entre 2000 et 2008, passant de 3752 à 5209;
- la proportion de titres du degré tertiaire est en recul;
- la proportion de titres au niveau auxiliaire diminue également;
- les titres de degré secondaire II affichent une hausse marquée.



Si ce graphique présente une image réjouissante, elle est malheureusement trompeuse. Elle montre le nombre de titres de formation décernés, qui ne correspond cependant pas à l'effectif de nouvelles personnes arrivant sur le marché de l'emploi: les étudiants du degré tertiaire se recrutent en effet en grande partie parmi les titulaires d'un CFC. Afin de garantir le recrutement de suffisamment d'étudiants pour répondre aux besoins de relève dans les soins du degré tertiaire, il faudrait en moyenne suisse<sup>17</sup> qu'environ 50% des ASSC accomplissent une formation de degré tertiaire dans le domaine des soins. De la sorte, l'augmentation annuelle attendue des effectifs dans le domaine des soins et de l'assistance disparaîtrait pratiquement (voir graphique ci-après). Le seul changement notable consiste en un transfert du degré tertiaire et du niveau auxiliaire vers le secondaire II:



<sup>17</sup> Proportion plus élevée en Suisse alémanique qu'en Suisse romande, cette dernière n'offrant la formation tertiaire en soins qu'au niveau HES, ce qui en rend l'accès plus difficile pour les ASSC non titulaires d'une maturité professionnelle.

## 2.3 Formations en école de maturité

Les écoles de maturité fournissent (également) des candidats aux filières de formation dans les professions de santé du degré tertiaire. En 2008, elles ont décerné les diplômes suivants:<sup>18</sup>

### 2.3.1 Diplômes d'écoles de culture générale et certificats de maturité spécialisée 2008

- 3685 diplômes ont été décernés par des écoles de culture générale, les titulaires étant des femmes à 81,4%.
- Au total, 531 certificats de maturité spécialisée ont été délivrés. Il n'est pas possible de procéder à une ventilation par orientation.

### 2.3.2 Certificats de maturité professionnelle santé – social, maturités spécialisées et diplômes de culture générale 2008

- On a dénombré 971 certificats de maturité professionnelle (MP) santé – social, les titulaires étant des femmes à 79,5%.
- Parmi ces certificats MP santé – social, 464 ont été décernés à des personnes déjà titulaires d'un diplôme dans une profession de santé ou du social, les plus nombreuses étant les ASSC (199 titres), puis les assistantes médicales (85 titres), les assistantes en pharmacie (61 titres) et enfin les sociologues (39 titres).
- 459 certificats ont été obtenus par des titulaires de CFC dans d'autres branches, en majorité des formations commerciales (183 titres).
- Pour 48 certificats de MP, l'origine professionnelle des titulaires est statistiquement incertaine.
- La répartition 2008 par région est documentée dans le tableau suivant:

Région	Maturités professionnelles santé-social 2008	Maturités spécialisées en général 2008	Diplômes de culture générale 2008	Total MP, MS et DCG 2008
Suisse occidentale	182	86	1'656	1'924
Nord-Ouest de la Suisse	185	248	992	1'425
Zurich	336	0	201	537
Suisse orientale	104	29	437	570
Suisse centrale	103	25	256	384
Tessin	59	143	143	345
Total	971	531	3'685	5'187

### 2.3.3 Certificats de maturité gymnasiale 2008

- On a compté 17 401 certificats de maturité gymnasiale décernés (proportion de femmes: 58,1%).

<sup>18</sup> La répartition des formations en école de maturité par canton figure à l'annexe 2.2.

## 2.4 Prestataires de formation dans les filières tertiaires

Au total, 28 écoles supérieures offrent des filières dans les professions suivantes:

- Soins infirmiers (14 prestataires),
- Laboratoire médical (9 prestataires)
- Radiologie médico-technique (4 prestataires)
- Technique opératoire (6 prestataires)
- Thérapie d'activation (2 prestataires)
- Soins ambulanciers (5 prestataires)
- Hygiène dentaire (4 prestataires)
- Orthoptique (2 prestataires)

L'annexe 2.3 fournit un aperçu de ces offres.

Les filières HES sont proposées par les cinq hautes écoles spécialisées suivantes: Haute école spécialisée bernoise HESB, FHS de St-Gall Hochschule für angewandte Wissenschaften, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana SUPSI et Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO. A noter que les étudiants ont la possibilité de suivre la même filière dans plusieurs sites, notamment à la HES-SO, portée par sept cantons. Les offres d'études figurent à l'annexe 2.4.

Les filières formant aux professions de santé du degré tertiaire sont des offres supracantoniales, les écoles couvrant un territoire qui dépasse les frontières de leur canton d'implantation.

Des conventions intercantionales<sup>19</sup> règlent les contributions par filière, l'accès intercantional des étudiants, la position de ces derniers et l'indemnisation versée par les cantons de domicile des étudiants aux instances responsables des prestataires de formation.

S'il existe un numerus clausus pour certaines filières HES, l'offre quantitative des différents cursus n'est pas coordonnée à l'échelle suisse ni pilotée en fonction des besoins. Les limitations fixées le sont davantage pour des motifs organisationnels et financiers – par exemple en fonction du nombre de places de stage disponibles. En Suisse alémanique, la décision prise par la CDS en mai 2004 a valeur de ligne directrice: pour la formation en soins infirmiers, les titres HES doivent représenter 5 à 10% des titres ES.

## 2.5 Formations et cours postdiplômes

Les professionnels de santé ont à leur disposition une vaste palette de formations et de cours postdiplômes difficiles à comparer. Les certificats et diplômes décernés sont certes enregistrés par l'OFS, la CRS, l'ASI et d'autres services, mais les résultats de ces saisies ne sont pas similaires. Il est donc impossible de faire une estimation fiable de ces formations à partir de chiffres exhaustifs et pertinents. On trouve par exemple selon les régions des cours et formations postdiplômes différents, qui ne peuvent pas être comparés entre eux. Il n'est donc pas possible de fournir des chiffres consolidés et de présenter une image claire.

---

<sup>19</sup> Accord intercantional du 27 août 1998 sur les écoles supérieures spécialisées – AEES – et Accord intercantional du 12 juin 2003 sur les hautes écoles spécialisées – AHES.

Le tableau ci-après présente les données de l'OFS et de l'ASI concernant les formations et cours postdiplômes organisés en 2008 pour les sept filières les plus suivies. Elles donnent une idée globale des activités menées en Suisse dans le domaine des formations continues. Nous ne disposons cependant pas d'informations sur le nombre de titres de ce type obtenus à l'étranger (masters par exemple).

Formation continue	Titres 2007 selon l'OFS	Titres 2008 selon l'OFS	Titres 2008 selon l'ASI
Master in Nursing Science (Université de Bâle)	10	1	pas de données
Infirmière clinicienne, niveau II (offres de formation de l'ASI et du WE'G <sup>20</sup> )	32	24	pas de données
Infirmière clinicienne, niveau I (offre de formation de l'ASI)	202	223	345
Soins d'anesthésie	103	107	96
Soins intensifs	269	241	219
Soins d'urgence <sup>21</sup>	50	56	pas de données
Infirmière en salle d'opération	59	48	45

<sup>20</sup> Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau.

<sup>21</sup> Les titres décernés après une spécialisation en soins d'urgence n'étaient pas relevés par l'OFS jusqu'ici. Les données du tableau proviennent de la Communauté d'intérêts soins d'urgence Suisse SUS. Elles ne sont d'après la SUS pas complètes.

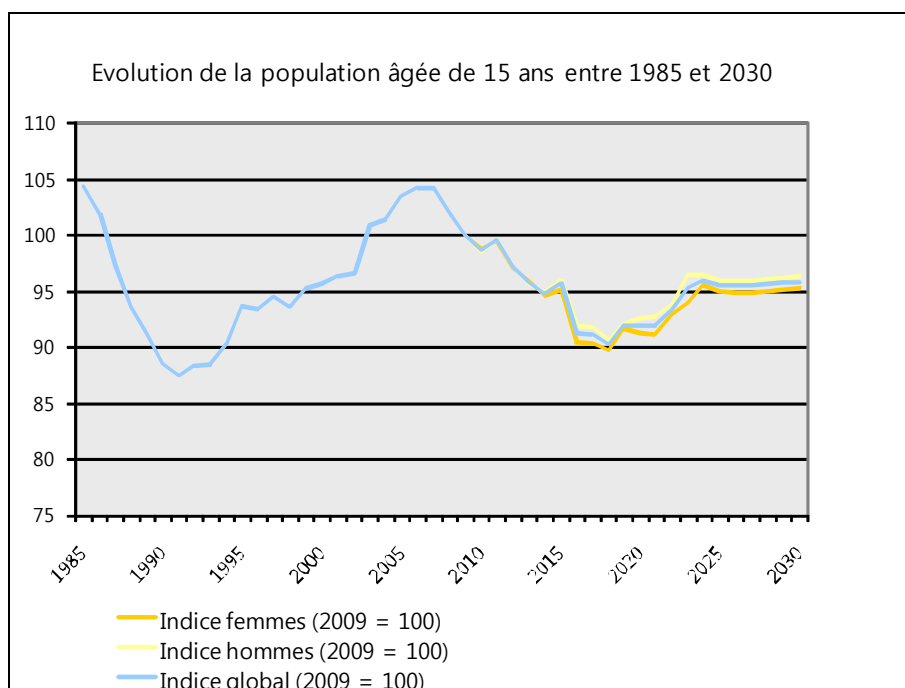
### 3 Potentiel de recrutement

#### 3.1 Premières formations au degré secondaire II

L'indicateur servant à mesurer le potentiel de recrutement pour les formations du degré secondaire II est le nombre de personnes terminant leur scolarité obligatoire. Nous l'évaluons ici en nous basant sur l'évolution de la population âgée de 15 ans.

La courbe montre de grandes fluctuations avec des pics respectivement en 1985 et en 2005 (90 000 personnes pour chacune de ces années), mais une baisse en 2010, avec seulement 85 800 personnes. Le point le plus bas sera enregistré en 2018, avec 78 500 personnes, puis la courbe remontera jusqu'en 2030 pour atteindre à nouveau 83 400 jeunes de 15 ans. A signaler une hausse légère de la proportion d'étrangers, qui passe de 19,6% à 21,5%.

Le graphique ci-dessous illustre cette évolution.



L'évolution diffère d'un canton à l'autre. Le tableau ci-après indique la variation du nombre de personnes achevant leur scolarité obligatoire entre 2008 et 2018. Les chiffres détaillés font l'objet de l'annexe 3.

Variation du nombre de personnes achevant leur scolarité obligatoire entre 2008 et 2018	Cantons
Diminution de plus de 20%	LU, OW, GL, SH, AR, AI, SG, TG, GR
Diminution située entre 15 et 20%	BE, UR, NW, SO
Diminution située entre 10 et 15%	SZ, BS, BL, AG, VS, NE
Diminution située entre 5 et 10%	ZH, VD
Diminution située entre 0 et 5%	ZG, GE
Légère augmentation	FR, TI, JU

La demande excédentaire en places d'apprentissage appartiendra bientôt au passé, et il deviendra même difficile de trouver des apprentis. Comme on le voit par ailleurs sur le graphique, la baisse

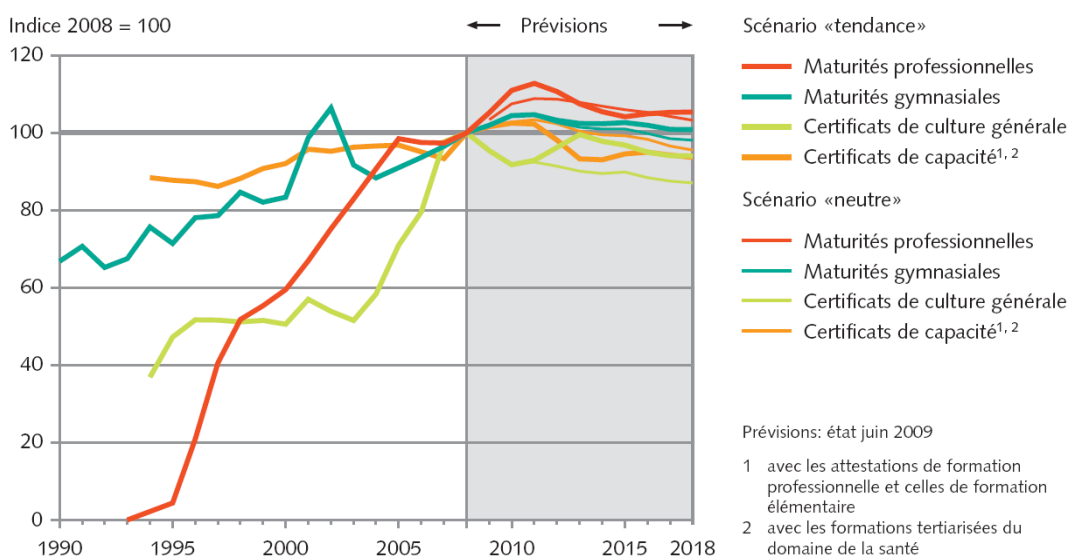
de la population âgée de 15 ans concerne davantage les femmes que les hommes, ce qui posera des problèmes de recrutement dans le domaine de la santé plus que dans les autres branches.

Les trois facteurs suivants accroîtront encore la pression sur le recrutement:

- La formation d'ASSC se trouvant en phase d'extension, les valeurs cibles pour l'offre de places d'apprentissage ne sont pas encore atteintes.
- Selon les pronostics de l'Office fédéral de la statistique sur la formation pour la période 2009 à 2018, le recul du nombre de personnes achevant leur scolarité obligatoire se fera davantage sentir dans les formations professionnelles initiales que dans les formations en école. Cette évolution est illustrée par le graphique ci-après:

Scénarios 2009–2018

### Titres du degré secondaire II



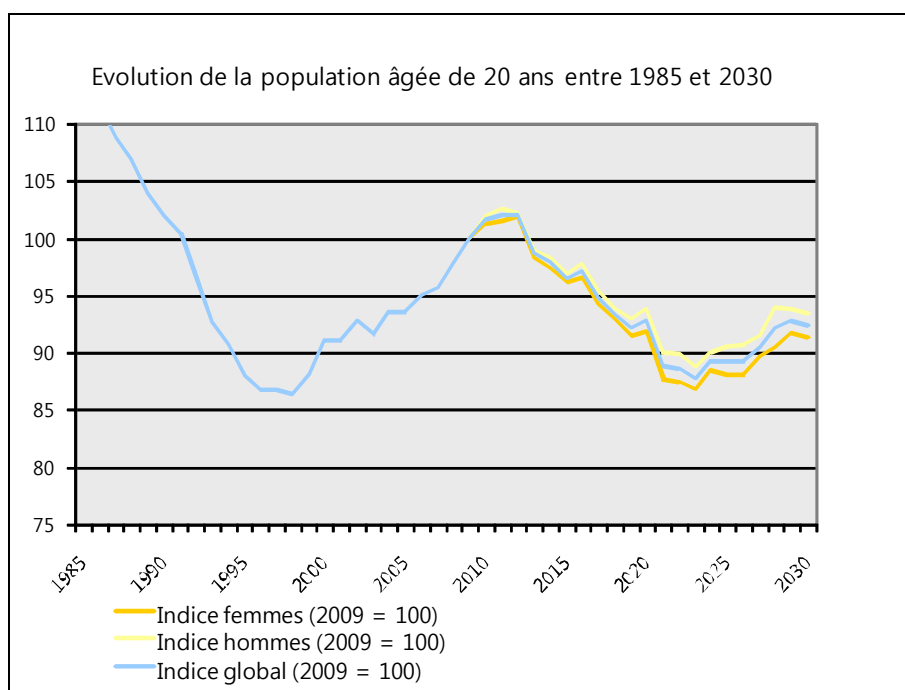
Source: Perspectives de la formation

© OFS

- Au vu de l'évolution qui se dessine, l'importance des collaborateurs ayant une formation «intermédiaire», autrement dit les titulaires d'un CFC, augmentera dans les institutions de santé. En termes de qualité de la formation et de compétences des personnes formées, aucun compromis ne pourra être admis.

### 3.2 Formations initiales au degré tertiaire

En 1985, on dénombrait en Suisse 105 000 personnes âgées de 20 ans. Il n'y en aura que 94 400 en 2010. Ce chiffre baissera encore pour n'être plus que de 81 400 en 2023, puis remontera jusqu'en 2030, où il atteindra 85 800. Logiquement, cette évolution suit celle des 15 ans avec cinq ans de décalage, les variations étant toutefois moins marquées. Dans les trois années à venir, il faut s'attendre encore à une légère augmentation, puis l'indice baissera à 87% environ (femmes) d'ici à 2023.



Plus encore que l'évolution de la population de jeunes adultes, il est important de connaître celle du nombre de personnes possédant les prérequis pour une formation de degré tertiaire dans les professions de santé:

- diplôme en soins infirmiers au niveau école supérieure: ASSC avec CFC et titulaires d'un diplôme de culture générale,
- professions médico-techniques et thérapeutiques au niveau école supérieure: titulaires d'un CFC dans une profession apparentée ou d'un diplôme de culture générale,
- diplôme en soins infirmiers au niveau haute école spécialisée: ASSC avec CFC et maturité professionnelle, titulaires d'un diplôme de culture générale avec maturité spécialisée ou d'une maturité gymnasiale,
- professions médico-techniques et thérapeutiques au niveau haute école spécialisée: titulaires d'un CFC dans une profession apparentée avec maturité professionnelle, d'un diplôme de culture générale avec maturité spécialisée ou d'une maturité gymnasiale.

Le nombre actuel de titres CFC, maturités professionnelles ou spécialisées, diplômes de culture générale et maturités gymnasiales est détaillé au chapitre 2. En 2008, on a dénombré environ 3200 CFC, près de 3700 diplômes de culture générale, environ 1000 maturités professionnelles santé – social et un peu plus de 17 000 maturités gymnasiales.

Ces données ne représentent qu'un instantané. Les répercussions de la réforme des formations ne sont pas encore suffisamment consolidées pour que l'on puisse en tirer des conclusions fiables.

Si toutefois l'évolution suit ces prévisions dans les grandes lignes, on doit s'attendre à ce que la base de recrutement pour les professions tertiaires de santé soit insuffisante pour couvrir les besoins.

### **3.3 Potentiel de recrutement parmi les adultes**

#### **3.3.1 Reconversion professionnelle**

Les personnes travaillant dans d'autres champs professionnels que la santé et souhaitant se reconverter ont la possibilité d'emprunter les voies suivantes:

- La formation d'aide-soignante, qui constitue le seuil d'accès le plus bas. Elle sera remplacée à partir de 2012 par la formation avec attestation fédérale professionnelle santé – social, actuellement en cours d'élaboration.
- La formation régulière d'ASSC.<sup>22</sup>
- Les filières régulières d'études et de formation dans les professions tertiaires de la santé, option s'adressant en priorité aux personnes jeunes.
- La formation tertiaire en cours d'emploi avec salaire d'étudiant élevé, solution proposée par certains cantons aux adultes. Le nombre de places dans ces cursus est limité.

Etant donné la situation conjoncturelle actuelle, le potentiel de personnes souhaitant se reconverter devrait être relativement élevé. Cependant, comme les adultes subviennent généralement eux-mêmes à leurs besoins, les conditions financières d'une formation – avec des salaires d'étudiants ou des indemnités de stages modiques – empêchent bon nombre d'entre eux d'opter pour une qualification dans un métier de la santé. Les mesures visant à mieux exploiter le potentiel que représente ce groupe cible sont exposées dans la partie III.

#### **3.3.2 Réinsertion professionnelle**

Après avoir élevé leurs enfants, un grand nombre de femmes souhaitent reprendre une activité professionnelle, notamment dans le domaine de la santé. Il n'existe cependant pas de statistiques ni d'évaluations à ce sujet.

Des études concluent qu'un retour à la vie professionnelle apporte non seulement un revenu supplémentaire, mais également davantage d'indépendance, une plus grande confiance en soi et une meilleure intégration. Les expériences montrent cependant que la crainte de retrouver le monde du travail est élevée. Elle s'explique notamment par la transformation rapide des secteurs d'activité dans le domaine de la santé ainsi que par les horaires de travail, comprenant des services du soir, de la nuit ou du week-end.

La conjoncture actuelle devrait être favorable à un retour à la vie professionnelle. Atteindre ces personnes susceptibles d'être recrutées, voilà un défi à relever par le marketing professionnel.

Les mesures visant à mieux exploiter le potentiel que représente ce groupe cible sont exposées dans la partie III.

---

<sup>22</sup> La formation initiale raccourcie d'ASSC pour adultes est ouverte aux personnes justifiant de deux ans d'expérience au minimum dans le domaine des soins et de l'assistance.

### **3.3.3 Développement professionnel (qualifications)**

Respectant le principe «Pas de diplôme sans passerelle vers d'autres formations», le système de la formation professionnelle propose à toutes les personnes ayant franchi une étape l'accès à un degré de qualification supérieur, qui peut généralement être atteint par des voies simplifiées:

- Les titulaires d'un diplôme d'aide-soignante et les autres adultes jouissant de connaissances et d'une expérience dans le domaine des soins et de l'assistance sont admis à la formation raccourcie d'ASSC.
- Les titulaires d'une attestation fédérale professionnelle (AFP) santé – social pourront suivre la formation d'ASSC. Selon les principes de l'OFFT s'appliquant aux détenteurs d'une AFP, les éventuels allègements pour passer d'une filière à l'autre ne sont pas acquis automatiquement, mais peuvent être obtenus sur demande individuelle.
- Les ASSC titulaires d'un CFC peuvent accomplir une formation abrégée conduisant au diplôme d'infirmière. Le raccourcissement de la filière est réglé selon des modalités propres à chacun des prestataires de formation.

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

## **4 Mesures de promotion actuelles**

### **4.1 Sondage auprès des cantons**

Pour se faire une idée des mesures de promotion mises en œuvre actuellement dans les cantons, le Secrétariat central de la CDS a mené un sondage en juin 2009. Il s'est adressé aux directions cantonales de la santé, qui ont à leur tour interrogé leurs partenaires, en l'occurrence les autorités cantonales de la formation et les organisations cantonales du monde du travail. Le taux de retour des questionnaires a été de 100%.

D'une façon générale, plusieurs cantons font remarquer que l'application de la nouvelle loi sur la formation professionnelle – autrement dit l'intégration des professions de santé dans le nouveau système de formation et le transfert des compétences à la Confédération – n'est pas encore achevée et qu'il leur est dès lors difficile d'évaluer les nouvelles formations et de donner un pronostic quant à leur évolution. Ils signalent toutefois que les changements sont ressentis comme insécurisants par les personnes potentiellement intéressées par ces formations.

Les réponses des cantons par thématique et les mesures jugées fructueuses sont résumées ci-après.

### **4.2 Exploitation du potentiel de recrutement**

#### **4.2.1 Recrutement de jeunes en fin de scolarité et de jeunes adultes**

Le potentiel de recrutement auprès des jeunes en fin de scolarité et des jeunes adultes pourrait être mieux exploité par une bonne communication sur les professions. Son but est d'éveiller l'intérêt pour les professions de santé d'une façon générale, et non pas pour un type d'institution ou un établissement précis. C'est la raison pour laquelle elle entre en principe dans les attributions des organisations cantonales ou régionales du monde du travail, ou est assurée par les centres de formation.

Selon qu'il s'agit d'une formation duale ou d'une formation en école, le recrutement d'apprentis ou d'étudiants incombe soit aux institutions de santé, soit aux écoles professionnelles ou écoles supérieures. Pour les formations professionnelles initiales, la Suisse romande a privilégié jusqu'ici la formation en école alors que la Suisse alémanique opte le plus souvent pour le principe dual. Avec l'entrée en vigueur de la nouvelle ordonnance sur la formation d'ASSC, plusieurs cantons romands et le Tessin passent également au principe dual. Au niveau de la formation professionnelle supérieure, ce principe est appliqué dans tous les cantons, à l'exception des cantons de Suisse centrale, des deux Bâles, de Soleure et de Saint-Gall.

Le sondage fait clairement apparaître que pratiquement tous les cantons déploient des activités d'information et de marketing sur les professions. Les principaux supports sont les différents moyens d'information comme des brochures, dépliants, articles dans divers journaux (gratuits), annonces, affiches, vidéos, DVD ou spots publicitaires, diffusés par des centres d'orientation professionnelle ou d'autres services d'information (par exemple, dans le canton de Vaud, le Centre

d'information sur les professions de la santé et du social CiPS). Parfois, les centres de formation sont directement partie prenante à l'information sur les professions, mettant des moyens financiers ou du personnel à disposition. Quelques cantons/régions ont élaboré des sites internet destinés à faire connaître les professions de santé et, presque partout, l'information générale s'accompagne d'actions telles que:

- journées de stage dans des institutions et/ou des écoles,
- présentation des professions de santé lors de salons consacrés à la formation,
- séances d'information,
- visites dans des écoles (présentation des professions de santé dans le cadre de l'école obligatoire),
- sites internet sur les professions de santé (exemples: voir annexe 4),
- campagnes publicitaires de durée limitée, telles que le tram de la santé organisé par l'OdA des deux cantons de Bâle.

Ces activités de communication s'adressent en priorité aux jeunes se trouvant en période de choix professionnel, mais aussi à leurs parents et à leurs enseignants. Dans l'ensemble, leur efficacité est jugée très élevée. Nous en voulons pour preuve la forte demande en places d'apprentissage pour assistants en soins et santé communautaire (ASSC), qui dépasse l'offre. Selon une enquête de l'OFFT, cet apprentissage occupait en effet le quatrième rang dans les choix professionnels en Suisse en 2008. Les cantons notent pourtant avec raison que le succès des actions de marketing est difficile à évaluer dans un premier temps et qu'il ne pourra l'être qu'à long terme. Ainsi, il n'est pas possible de connaître l'impact précis de ces mesures sur les jeunes ou le poids qu'elles ont face à leur entourage.

Les mesures précitées sont financées par les acteurs suivants:

- directions cantonales de la santé (contrats de prestations avec les OdA cantonales),
- offices cantonaux de la formation professionnelle (contrats de prestations avec les centres d'information professionnelle),
- institutions de santé,
- ou une association de plusieurs des organismes cités.

Le mode de financement choisi dépend souvent des structures et des compétences cantonales. L'examen de ce dernier élément et des moyens de communication mis en œuvre montre que les mesures sont fortement marquées régionalement et qu'elles diffèrent d'une profession à l'autre. Si les actions entreprises et le matériel sont en soi abondants, la coordination et l'harmonisation des activités entre les cantons, les prestataires de formations et les institutions de soins font par contre défaut. Consciente de ce problème, l'OdASanté a lancé le projet «Communication faitière nationale sur les professions de la santé»: à partir de 2010, elle mettra à disposition des outils de communication uniformisés sur chaque profession, tels que dépliants et matériel photo, qui seront conçus de façon à pouvoir être utilisés par tous les partenaires régionaux et cantonaux. L'adoption d'un cadre visuel et de messages unifiés devrait avoir pour effet de promouvoir la «marque professions de santé» et d'améliorer son positionnement par rapport à d'autres branches économiques.

Il ne faut cependant pas oublier que l'attrait des formations ne dépend pas uniquement du marketing qui les entoure, mais aussi de l'offre effective. Ainsi, pour l'un des cantons, le manque de possibilités de formation en pédiatrie et en rééducation – domaines très demandés par les jeunes – figure parmi les causes des problèmes de recrutement.

#### 4.2.2 Recrutement d'adultes (réinsertion / reconversion professionnelles)

Le potentiel de recrutement parmi les adultes souhaitant se réinsérer dans la vie professionnelle ou se reconvertir semble avoir été reconnu par de nombreux cantons. Au moins 13 cantons offrent des **cours de réinsertion professionnelle**. Il s'agit avant tout de sessions de rattrapage, permettant aux candidats de rafraîchir leurs connaissances professionnelles et d'acquérir les compétences exigées aujourd'hui, par exemple en informatique. Dans la plupart des cas, elles peuvent être suivies en cours d'emploi ou à temps partiel. Il convient de les distinguer des perfectionnements conduisant à des spécialisations ou de l'approfondissement de compétences spécifiques, lesquels s'adressent en général à des personnes déjà professionnellement actives. L'offre est multiple et passe par des séances d'une journée organisées par l'établissement aux cursus répartis sur plusieurs mois, en passant par les cours et filières post diplômés proposés par les écoles supérieures et les hautes écoles spécialisées.

Dans plusieurs cantons, les directions de la santé assument les frais de ces cours ou versent aux personnes en formation des indemnités adaptées. Les offres s'adressent d'une part aux personnes ayant quitté le monde professionnel depuis plusieurs années, et d'autre part à celles qui viennent de reprendre un emploi. Pour les premières, les cantons évoquent la difficulté d'entrer en contact avec ce groupe cible. Certains passent par les associations professionnelles, qui diffusent des informations à leurs membres non actifs. Le remboursement des frais de formation semble être un moyen incitatif très efficace: depuis 2004 par exemple, le canton de Vaud a réussi à recruter environ 80 infirmières par année grâce à des programmes de réinsertion individualisés, qu'il finance intégralement (Service de la santé publique).

Pour les personnes désireuses de se réinsérer sur le marché du travail, il peut être utile de dresser un bilan des compétences qu'elles ont acquises par une formation ou par l'expérience. Le canton de Genève dispose en la matière d'un centre spécialisé (Centre de Bilan Genève, CEBIG), ouvert aux professionnels de toutes les branches.

Enfin, quelques cantons ont des offres destinées aux personnes optant pour une **reconversion professionnelle**, auxquelles ils accordent un soutien financier sous la forme d'indemnités de stage plus élevées. A signaler dans ce contexte les formations en école supérieure en partenariat avec des institutions en cours de planification ou déjà sur pied dans certaines régions: les personnes souhaitant se reconvertir sont engagées par une institution et suivent une filière planifiée sur quatre ans. La partie scolaire est réduite afin que les candidats puissent assumer un pourcentage plus élevé dans l'institution. En contrepartie, les employeurs versent une rémunération correspondant au salaire minimum. Les prestations de formation déjà accomplies sont validées.

#### 4.2.3 Validation des acquis et formation de rattrapage écourtée

De nombreux cantons offrent, par la "validation des acquis" (cf. art. 33 LFPr, art. 31 OFPr), aux personnes ayant acquis des compétences par une autre voie que l'apprentissage formel un accès facilité à la procédure de qualification débouchant sur le CFC d'ASSC. Dans ces cas, il s'agit dans un premier temps de définir les acquis et l'expérience professionnelle. Une fois ce bilan dressé, les personnes intéressées peuvent s'approprier les compétences qui leur manquent, puis accéder à la

procédure de qualification permettant d'obtenir le CFC.<sup>23</sup> L'offre suscite une très grande demande. C'est pourquoi la procédure de validation doit à l'avenir être élargie au niveau tertiaire B.

Sur la base de l'art. 32 OFPr, des formations de rattrapage écourtées sont en outre offertes dans certains cantons pour le diplôme d'ASSC. Grâce à cette procédure, les détentrices d'un titre professionnel relevant de l'ancien droit (p. ex. infirmières-assistantes avec certificat de capacité de la CRS – «CC CRS») se voient délivrer un certificat reconnu dans le nouveau système de formation de la Confédération sans pour autant devoir repasser par un cursus entier. La formation modulaire de rattrapage est suivie généralement en cours d'emploi. D'après les réactions, il existe une demande croissante de formations de rattrapage, ce qui contribue à ce que le nombre des diplômes ASSC augmente. Etant donné que dans la majorité des cas, les participantes sont bien intégrées dans un établissement, qu'elles connaissent le métier et qu'elles bénéficient du soutien de leur employeur, on ne relève que très peu d'interruptions dans ces programmes.

### **4.3 Promotion de la formation pratique dans les institutions**

Représentant entre un tiers et la moitié du temps de formation total, l'apprentissage des aptitudes pratiques joue un rôle essentiel dans la formation aux professions de santé. Il a lieu non seulement lors des périodes de stages ou d'engagement au sein des institutions, mais aussi dans les cours interentreprises (CI) pour la formation professionnelle initiale, et par le biais du domaine Training et Transfert (TT) dans les écoles supérieures. Dans les deux cas, il s'agit de préparer le transfert des connaissances théoriques dans la pratique et d'exercer les gestes professionnels.

Vu l'importance accordée à la part de la formation pratique dans l'ensemble de la formation – plus élevée dans le domaine de la santé qu'ailleurs –, les établissements doivent assurer un encadrement important. Selon des calculs de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, celui-ci est évalué à 7 heures par semaine de stage et par étudiant. Transposé en coûts salariaux d'une formatrice (diplômée de la profession concernée jouissant de qualifications pédagogiques complémentaires), cela représente CHF 300.- par semaine de stage et par étudiant. Même si cette somme ne correspond pas exactement aux frais encourus par l'établissement, elle est considérée comme plausible. Dans les cantons où les charges d'encadrement des institutions sont indemnisées directement, le montant pour les stages des filières au niveau tertiaire se situe à ce niveau.

Dans les débats sur le financement de la formation pratique, l'argument selon lequel les dépenses consenties par les établissements pour cette partie de l'enseignement sont contrebalancées par des avantages importants est régulièrement avancé: les étudiants et apprentis apportent à l'institution de nouvelles connaissances et il n'est pas rare qu'une fois leur diplôme en poche, ils y acceptent un emploi. Ce phénomène est confirmé par la plupart des institutions, mais semble concerner avant tout les personnes ayant suivi une formation initiale, et plutôt en principe dual. Au degré tertiaire, les stages sont en effet de plus courte durée et, en raison des exigences des cursus, accomplis dans plusieurs institutions. Dès lors, il ne se crée pas automatiquement de lien privilégié avec l'une ou l'autre d'entre elles. Côté financier, l'établissement verse aux personnes en

---

<sup>23</sup> Le site [www.validacquis.ch](http://www.validacquis.ch) fournit des renseignements détaillés sur la validation des prestations de formation.

formation des indemnités de stage calculées en fonction d'une productivité<sup>24</sup> limitée. Cette rémunération ne représente cependant pas des frais de formation à proprement parler, mais fait partie des coûts de personnel de l'entreprise. Son analyse détaillée n'entre donc pas dans le cadre du présent rapport. En revanche, la question du montant des indemnités de stage versées joue à n'en pas douter un rôle dans la décision de se lancer ou non dans un cursus au degré tertiaire. Il ne faut pas perdre de vue qu'une partie des candidats potentiels a déjà achevé une filière du degré secondaire II, travaillé dans une institution de santé et touché un salaire (d'apprenti).

Le rapport entre l'offre et la demande de places de stage diffère selon les niveaux de formation et les professions, mais il a tendance à être tendu. Pour la formation initiale d'ASSC, il y a une pénurie de places d'apprentissage, mais il convient de souligner à cet égard les efforts consentis par les entreprises au cours des quatre dernières années pour améliorer les choses (voir chiffre 2.2.5). S'il est nécessaire d'augmenter le nombre de places, il s'agit de le faire en respectant les capacités des établissements. Du côté des écoles supérieures et des hautes écoles spécialisées, la situation n'est pas moins tendue. Ce n'est souvent qu'au prix de véritables astuces organisationnelles que ces institutions parviennent à disposer de places de stages en suffisance et il n'est pas rare qu'elles doivent en chercher hors du territoire cantonal, ce qui donne lieu à une concurrence entre écoles, voire avec les écoles des pays voisins. A noter par ailleurs que la majeure partie de la formation pratique se déroule en milieu hospitalier. Vu l'importance que le secteur ambulatoire est appelé à prendre, il convient de créer des conditions cadres pour que les institutions extra-hospitalières et les cabinets privés proposent eux aussi des places de stage. On peut supposer que la rémunération des efforts consentis dans le domaine de la formation joue un rôle déterminant dans la décision des entreprises de devenir ou non formatrices. Comme indiqué plus haut, ce sont les hôpitaux qui – aujourd'hui comme hier – assument la plus lourde charge en termes de formation pratique. Le secteur des soins de longue durée et les services d'aide et de soins à domicile ont en la matière une activité proportionnellement inférieure à leurs besoins en effectifs. Il est nécessaire d'exploiter les potentiels non épuisés par des mesures appropriées.

#### **4.3.1 Filières de formation au degré tertiaire**

Les principales mesures de promotion de la formation au degré tertiaire sont constituées par le soutien financier et organisationnel que les OdA cantonales et les directions de la santé accordent aux établissements.

Au plan financier, l'aide est octroyée essentiellement sous deux formes: dans le cadre de contrats de prestations et, pour les filières HES en Suisse occidentale, par le Fonds de la formation pratique. Plus de la moitié des cantons versent aux institutions publiques des forfaits en vue de rémunérer les frais de formation à titre de prestations d'intérêt général. L'obligation d'assumer les tâches de formation est en partie fixée dans les contrats de prestations. Ces activités ne sont ré-

---

<sup>24</sup> La productivité des étudiants en soins infirmiers d'école supérieure a été évaluée au moyen de la méthode LEP (Leistungserfassung Pflege, autrement dit «saisie des prestations de soins infirmiers»). Par rapport à celle des diplômés, elle est de 20% durant la première année de formation, de 50% la deuxième et de 80% la troisième. Sur cette base, le comité de la CDS a émis en 2004 une recommandation relative à la rémunération des étudiants dans les écoles supérieures en soins infirmiers. Il a estimé le salaire correspondant au travail productif réalisé durant les trois ans à CHF 40 000.-, un montant adopté depuis lors par les institutions comme valeur directrice. Une harmonisation des indemnités de stage est également souhaitée pour les professions médico-techniques et médico-thérapeutiques.

munérées de façon directe que dans quelques cantons, en lien avec des objectifs définis. Ce mécanisme de financement est jugé positif: depuis son introduction, le potentiel est mieux exploité.

Pour les filières de la HES-SO, les prestations de formation des établissements de stage sont rétribuées par le biais du Fonds de la formation pratique, alimenté par les directions cantonales de l'instruction publique. Les montants versés couvrent une partie des frais liés à l'encadrement assuré et aux cours suivis par les formateurs. Pour en bénéficier, les établissements doivent remplir les conditions suivantes:

- adhérer à la Convention sur la formation pratique HES-SO,
- désigner une formatrice pratique remplissant les conditions requises (diplôme dans la profession concernée, deux ans d'expérience professionnelle et cours de formatrice pratique).

Autre incitation financière mentionnée dans le sondage: la prise en charge par le canton d'une partie de l'indemnité de stage versée aux étudiants, de façon à soulager le budget de l'établissement formateur.

Au plan organisationnel, les mesures comprennent notamment:

- l'encouragement et le financement de structures régionales pour l'organisation et la mise en œuvre des cours TT,<sup>25</sup>
- la préparation de concepts de formation et l'aide à la création de réseaux d'entreprises formatrices pour les établissements de petite taille,
- l'élaboration de conventions cadres et de contrats de stage pour la formation pratique entre l'école et l'établissement formateur,
- la formation et le perfectionnement des formateurs à la HES-SO, dont le financement est partiellement assumé par le canton.

Les mesures appliquées sont jugées pertinentes. La nécessité d'une collaboration étroite entre l'école et l'établissement de stage est prescrite dans les plans d'études cadres des filières en école supérieure; les hautes écoles spécialisées concluent elles aussi des conventions avec les établissements de stage (en Suisse romande, la rémunération des frais de formation pratique est liée à cette condition).

Quelques cantons connaissent la formation duale au niveau ES, qu'ils considèrent comme une manière intéressante pour les institutions d'assumer leur activité de formation. Ce système incite les écoles à concevoir leurs cursus au plus près des besoins et des possibilités de l'institution formatrice. En outre, un lien plus étroit se tisse entre celle-ci et la personne en formation, ce qui peut favoriser un éventuel engagement ultérieur. Seule ombre au tableau: les institutions d'une certaine envergure pourraient être privilégiées par rapport à de plus petites. Elles disposent en effet de nombreuses places de stage, ont plus de souplesse pour en créer, peuvent offrir des conditions de travail attrayantes et acquièrent de ce fait un poids important face à l'école. Les institutions plus modestes ou les EMS peuvent s'en trouver désavantagés. S'il se confirme, ce phénomène serait regrettable, car l'objectif est de créer des places de formation dans tous les lieux. Il conviendra

---

<sup>25</sup> Afin que le transfert des contenus soit possible dans tous les domaines de soins, il faut veiller à ce que l'apprentissage des aptitudes pratiques soit transmis par les instructeurs des institutions et que les institutions de tous les domaines de soins puissent y prendre part.

d'examiner laquelle de la formation en école ou de la formation duale s'avère la meilleure à long terme.

#### **4.3.2 Formation professionnelle initiale**

Contrairement à la formation professionnelle supérieure, dans le principe dual, la responsabilité de la formation incombe aux institutions. C'est l'une des raisons pour lesquelles les OdA cantonales sont plus fortes et plus actives dans ce domaine. Si le catalogue de leurs activités diffère sensiblement d'une région à l'autre, toutes comptent parmi leurs attributions l'organisation des cours interentreprises et de la procédure de qualification au terme de l'apprentissage. Outre un soutien organisationnel, elles assument des tâches d'information et jouent un rôle d'intermédiaires. Elles renseignent les institutions sur la possibilité de proposer des places d'apprentissage, organisent des séances d'information ou aident à la création de réseaux d'entreprises formatrices. Dans certains cantons, elles ont engagé des «networkers» (professionnelles de santé bien intégrées localement, par exemple anciennes responsables d'unités de soins) qui se rendent auprès des établissements pour les informer et les encourager à proposer des places d'apprentissage supplémentaires. Selon les résultats de l'enquête menée par l'OdASanté auprès des OdA cantonales, ce projet devrait être étendu à l'échelle supracantonale.<sup>26</sup> Ce soutien est apprécié par les établissements, qui montrent un intérêt réel à proposer des formations. Mais pour eux, le manque de ressources en personnel et l'investissement important à consentir, tant du point de vue quantitatif que qualitatif (qualification des formatrices), fait obstacle à une meilleure exploitation de leur potentiel. La disposition à offrir des places de formation dépend apparemment aussi de la taille de l'entreprise.

Les modalités du soutien financier diffèrent entre les cantons. Seuls quelques-uns versent une rémunération directement liée aux prestations. Le fait que le canton de Bern rémunère les prestations de formation indépendamment du type d'institution mérite d'être mentionné ici. D'autres appliquent des forfaits (prestations d'intérêt général selon la LAMal). Dans ce cas, les EMS, les services d'aide et de soins à domicile et les institutions privées ne perçoivent pas de contributions cantonales. Les cantons romands et le Tessin ont constitué un fonds de formation professionnelle destiné au financement des places de formation qui concerne toutes les branches économiques. Les indemnités des personnes en formation sont dès lors subventionnées par les autorités sanitaires cantonales. D'une manière générale, les appuis financiers consentis sont jugés efficaces.

#### **4.4 Maintien du personnel et intégration des nouveaux profils professionnels dans les structures**

Parmi les mesures de nature à favoriser le maintien du personnel dans les structures figurent les entretiens avec les collaborateurs, les possibilités de perfectionnement, l'adaptation des salaires et la conclusion de contrats collectifs de travail pour les hôpitaux associant, dans certaines régions, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. Quelques cantons ont mis sur pied des paquets de mesures en vue d'améliorer les conditions de travail et ont investi dans ces efforts des

---

<sup>26</sup> Rapport sur l'évaluation de l'enquête des organisations cantonales et régionales du monde du travail en santé sur la situation en matière de places d'apprentissage pour ASSC. Illumino Beratung und Projekte, sur mandat de l'OdASanté, Hausen am Albis, juillet 2009.

sommes importantes. Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), à Lausanne, applique depuis quelques années le programme «Magnet Hospital» dans le but de conserver le personnel au sein de l'institution. Développé par l'American Nurses Credentialing Center (ANCC), il vise à reconnaître et à distinguer les établissements prodiguant des soins d'excellente qualité et gérant les ressources humaines de façon exemplaire.

L'intégration de nouveaux profils professionnels concerne en premier lieu l'introduction des ASSC dans les équipes de soins et de thérapie. Mais les autres filières sont aussi concernées: avec le transfert des professions de santé dans le nouveau système de formation de la Confédération, les prescriptions de formation et les plans d'études ont été adaptés pour la plupart d'entre elles. En Suisse alémanique, la cohabitation entre diplômés ES et diplômés HES en soins infirmiers constitue une situation nouvelle. Il faudra quelques années pour déterminer dans quelle mesure les possibilités d'engagement et les profils de tâches diffèrent d'une formation à l'autre. Plusieurs cantons ou OdA cantonales mentionnent que les établissements ont étudié la composition des équipes par niveau de qualification. A signaler au passage le manuel rédigé sur ce sujet par l'OdA des deux Bâle.<sup>27</sup> Les projets élaborés dans ce domaine visent à mettre sur pied des processus de développement de l'organisation à long terme afin de placer les bonnes personnes aux bons postes en fonction de leurs aptitudes et à définir des profils de compétences adéquats. Ils permettent en outre de relever les besoins en personnel de façon précise. Certains cantons ou OdA régionales ont créé des instruments ad hoc et offrent des formations ou des séances d'information sur la manière de planifier et de mettre les changements en œuvre au sein de l'entreprise. Reste que la réalisation de tels projets incombe aux établissements eux-mêmes. Pour la plupart des cantons, il est trop tôt pour évaluer le réel succès de ces mesures, mais la nécessité d'un développement organisationnel de ce type semble incontestée. Nombreux sont ceux qui évoquent par ailleurs les grandes résistances à l'encontre de la nouvelle profession d'ASSC qu'il a fallu vaincre au sein des services de soins.

#### **4.5 Evaluation de la situation actuelle au niveau du personnel**

En dernier lieu, les participants au sondage devaient évaluer la situation actuelle au niveau du personnel et du recrutement. Même si les réponses sont subjectives puisqu'elles émanent d'individus et qu'elles sont influencées par leur niveau de connaissance du sujet, elles livrent une bonne image globale. De plus, leur forte concordance en confirme la plausibilité.

##### **4.5.1 Domaine des soins aigus**

La situation est décrite comme tendue par une grande majorité des cantons. Il faut un certain temps pour repourvoir les postes (parfois quelques mois) et la proportion d'offres de service provenant de l'étranger est élevée. Les participants au sondage évoquent de grandes difficultés pour recruter du personnel spécialisé dans le domaine opératoire, les soins intensifs et les soins d'anesthésie, ainsi que pour les emplois d'analystes biomédicaux. Quelques cantons romands si-

---

<sup>27</sup> « Der richtige Mix bringt's! » Manuel pour des projets de composition des équipes par niveau de qualification dans le domaine des soins et de l'assistance. OdASanté des deux Bâle, 2007, [www.oda-gesundheit.ch](http://www.oda-gesundheit.ch).

gnalent que les ASSC disparaissent du marché du travail à peine leur certificat en poche et que, dès lors, une partie des postes qui leur seraient destinés restent vacants.

#### **4.5.2 Long séjour**

Dans ce secteur, la situation est décrite comme tendue à très tendue. Le problème majeur semble être le recrutement de personnel diplômé en soins infirmiers – phénomène encore plus aigu dans les régions rurales. On ne note pas de différences significatives d'une région linguistique à l'autre.

#### **4.5.3 Services d'aide et de soins à domicile**

Dans ce domaine, la situation est comparable à celle qui prévaut dans le secteur du long séjour, quoique légèrement moins tendue: là aussi, la difficulté réside dans le recrutement de personnel qualifié en suffisance. Un canton signale que l'intérêt pour une spécialisation dans le domaine de la gériatrie/gérontologie est loin d'être patent. La recherche d'aides familiales ne pose pas les mêmes problèmes partout. Certains cantons n'ont pas répondu à cette question, ce domaine entrant dans la compétence des communes.

## Partie II: Evaluation de l'évolution des besoins

### 5 Besoins en personnel à l'horizon 2020

#### 5.1 Résultats de l'étude de l'Obsan

Les pronostics relatifs aux besoins émis par l'Obsan tiennent principalement compte des répercussions du vieillissement démographique sur les besoins de soins et d'assistance dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile, et se fondent en la matière sur les projections concernant la population établies par l'Office fédéral de la statistique.<sup>28</sup>

Ils sont calculés selon deux scénarios distincts:

- Le scénario de référence, selon lequel le vieillissement de la population se traduira par un raccourcissement de la durée de séjour dans les hôpitaux et les cliniques et par un déplacement du recours aux soins de longue durée sur des groupes de population plus âgés. Dans ce scénario, le besoin en prestations des institutions de santé augmente moins fortement que le vieillissement démographique.
- Le scénario alternatif, qui prévoit au contraire une durée de séjour dans les hôpitaux et une demande en prestations de soins et d'assistance dans les EMS inchangés. Dans cette variante, le besoin en prestations des institutions de santé s'accroît proportionnellement au vieillissement de la population.

Dans le scénario de référence, l'augmentation des besoins en personnel de thérapie et de soins est de 25 000 personnes environ, tandis que dans le scénario alternatif, elle est de 48 000 personnes. Il en résulte les taux de croissance suivants entre 2006 et 2020:

Augmentation des besoins en personnel d'ici à 2020 selon l'étude de l'Obsan	Taux de croissance 2006 – 2020	
	Scénario de référence	Scénario alternatif
Degré tertiaire	8,5%	21,3%
Degré secondaire II	21,5%	31,0%
Niveau auxiliaire	26,6%	36,0%
Sans formation	18,9%	28,7%
Moyenne	15,5%	26,8%

Ces taux de croissance ne reflètent cependant pas les besoins de relève professionnelle, car il faut également tenir compte du remplacement des personnes qui quittent le monde du travail. A cet égard, le facteur «durée d'exercice de la profession» joue un rôle primordial, que l'étude de

<sup>28</sup> Celles-ci sont continuellement mises à jour. La dernière édition fait état, à l'horizon 2020, d'un nombre de personnes âgées de plus de 65 ans supérieur aux données sur lesquelles se fonde l'étude de l'Obsan précitée.

l'Obsan occulte. Celle-ci table en revanche sur le fait que les données de base suivantes seront constantes:

- taux d'occupation,
- composition des postes par niveau de qualification,
- productivité / efficacité,
- système de prise en charge, aiguillage des clients et recours aux prestations,
- épidémiologie,
- structure sociodémographique.

Au cours des dix années à venir, ces facteurs se modifieront néanmoins et influenceront sur les effectifs nécessaires dans les professions de santé. Les répercussions sur les besoins de relève sont examinées dans le présent rapport.

## 5.2 Structure du personnel à l'horizon 2020

La structure actuelle du personnel et les taux de croissance calculés sur la base des valeurs pronostiquées par l'Obsan pour chaque niveau de formation permettent d'établir des projections relatives à la structure du personnel en 2020. Une extrapolation linéaire par niveau de formation donne les chiffres du tableau ci-dessous pour chaque groupe professionnel. Ils constituent la base sur laquelle sont calculés les besoins de relève dans les professions de santé entre 2007 et 2020.

Structure du personnel REQUISE en 2020 par qualification, selon l'étude de l'Obsan	selon le scénario de référence	selon le scénario alternatif	<i>pour comparaison: structure du personnel en 2006</i>
Professions thérapeutiques	6'144	6'867	5'663
Professions médico-techniques	9'740	10'886	8'977
Sages-femmes	1'987	2'220	1'831
Professions des soins, degré tertiaire	79'067	88'369	72'812
Soins et assistance, degré secondaire II	28'442	30'661	23'410
Soins et assistance, niveau auxiliaire AS / AFP	20'000	21'494	15'800
Cours de soins et d'assistance	28'872	31'028	22'809
«Sans formation» dans les soins et l'assistance	20'935	22'666	17'606
<b>Total</b>	<b>195'187</b>	<b>214'192</b>	<b>168'908</b>

### 5.3 Besoins de relève professionnelle

Pour donner une évaluation grossière des besoins de relève dans les professions de santé – et donc de l'augmentation nécessaire des effectifs –, l'étude de l'Obsan choisit le paramètre simple de l'addition des personnes qui arriveront à la retraite entre 2007 et 2020.<sup>29</sup>

Le facteur «retraite» manque cependant d'acuité. Il serait plus utile en la matière de considérer la durée moyenne d'exercice de la profession, qui n'est relevée par aucune statistique.

Les professions de santé sont exercées prioritairement par des femmes. L'irrégularité des horaires de travail – qui comprennent des services de nuit ou de week-end – pose des difficultés lorsqu'il s'agit de concilier vie familiale et vie professionnelle. De plus, bon nombre de femmes trouvent pesant d'assumer de grandes responsabilités à la fois au sein de leur famille et dans leur profession. Elles quittent en général le monde du travail durant la période où elles élèvent leurs enfants, cette pause devenant parfois définitive. Certaines décident de prendre leur retraite au moment où leur conjoint atteint l'âge de 65 ans et d'autres – qui ne sont pas rares – choisissent d'assumer des tâches de soins ou d'assistance auprès de proches, une décision qui a pour corollaire une renonciation définitive à la vie professionnelle.

Etant donné l'ensemble de ces facteurs, la durée moyenne d'exercice de la profession est relativement faible. Nous manquons cependant de données statistiques à ce sujet. A l'occasion d'une enquête menée en 2001 dans le canton de Berne, les collaboratrices du secteur de la santé ont été interrogées sur la durée de leur pratique professionnelle. Les résultats relevés, supérieurs aux attentes, étaient les suivants:

- 14,5 ans pour les cadres dans le domaine des soins et de l'assistance,
- 13,5 ans pour le personnel infirmier diplômé (degré tertiaire),
- 12,5 ans pour le personnel des soins et de l'assistance (degré secondaire II),
- 10 ans pour le personnel auxiliaire.

Afin d'évaluer les besoins de relève, nous avons utilisé deux modèles se fondant sur des hypothèses distinctes en ce qui concerne la durée moyenne d'exercice de la profession. Nous sommes partis d'une durée supérieure aux chiffres enregistrés dans le canton de Berne. En effet, les personnes interrogées au cours de l'étude bernoise sont probablement restées professionnellement actives après le relevé, sans que l'on sache précisément combien de temps. La première variante postule une durée d'exercice de la profession relativement élevée, la seconde interprète de façon plus restrictive les résultats de l'enquête bernoise. Concrètement, les scénarios sont les suivants:

Niveau de formation	Scénario longue durée d'exercice de la profession	Scénario durée d'exercice de la profession modérée
Professions tertiaires (HES, ES et diplômés DN II et DN I)	20 ans	15 ans
Professions du degré secondaire II (CFC et AFP)	15 ans	12,5 ans
Cours soins et assistance et «sans formation»	10 ans	10 ans

<sup>29</sup> Le paramètre de l'arrivée à la retraite a été examiné par la fondation Careum dans le document de travail «Ageing Workforce in an Ageing Society», d'août 2009. Selon cette étude, environ 2% du personnel des professions de santé non médicales arrivera à la retraite d'ici à 2020 annuellement, un taux qui passera à 2,6% entre 2021 et 2030. Ces faibles pourcentages montrent que l'arrivée à la retraite n'est pas le principal défi qu'il s'agira de relever en vue de garantir la relève professionnelle.

Nous fondant sur ces valeurs et sur la croissance évaluée selon les deux scénarios de l'étude de l'Obsan, nous avons établi des projections pour les besoins annuels de relève, qui se présentent comme suit:

Scénario	Scénario durée d'exercice de la profession	Longue durée d'exercice de la profession	Durée d'exercice de la profession modérée
Scénario Obsan			
Scénario de référence		Résultat A	Résultat B
Scénario alternatif		Résultat C	Résultat D

Les résultats détaillés figurent à l'annexe 5. Il est cependant difficile d'obtenir une vue d'ensemble des besoins de relève en se fondant sur quatre valeurs différentes, raison pour laquelle nous n'utilisons dans le tableau ci-après que les éléments suivants:

- moyenne des résultats A et B comme valeur directrice,
- résultat A comme valeur plancher,
- résultat B comme valeur plafond.

Le résultat D n'a pas été pris en compte, car la conjonction des deux scénarios les pires devrait être évitable. Les chiffres du résultat B figurent dans l'annexe 5.

Le tableau ci-dessous présente les besoins annuels de relève par groupe professionnel pour les trois catégories d'institutions (hôpitaux, EMS et services d'aide et de soins à domicile). Le secteur ambulatoire hors Spitex (cabinets et instituts), le domaine social et la branche pharma n'ont pas été pris en compte, car nous ne disposons pas des données requises.

Besoins annuels de relève par groupe professionnel dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile	Valeur plancher	Moyenne	Valeur plafond
Professions thérapeutiques (sans les sages-femmes)	318	365	412
Professions médico-techniques	503	578	653
Sages-femmes	99	104	120
Professions infirmières, degré tertiaire	4'087	4'694	5'301
<i>Soins et assistance, sec. II (maintien dans la profession)</i>	<i>1'920</i>	<i>2'076</i>	<i>2'232</i>
<i>Soins et assistance, sec. II (fonction de recrutement)</i>	<i>2'044</i>	<i>2'347</i>	<i>2'650</i>
Soins et assistance, secondaire II, total	3'964	4'423	4'883
Soins et assistance, niveau auxiliaire AS / AFP	1'353	1'459	1'564
<b>Total personnes avec formation professionnelle</b>	<b>10'323</b>	<b>11'619</b>	<b>12'933</b>
Cours de soins et d'assistance	2'714	2'791	2'868
«Sans formation» actifs dans les soins et l'assistance	1'998	2'060	2'122
<b>Total personnes avec formation élémentaire et personnes sans formation</b>	<b>4'712</b>	<b>4'851</b>	<b>4'990</b>

#### 5.4 Besoins de relève et prestations de formation par groupe professionnel

Si le résultat de ces projections est impressionnant, seul le parallèle entre les besoins annuels de formation et l'offre des prestataires de formation (écoles et lieux de formation pratique) met réellement en évidence les besoins d'action:

Comparaison des besoins de relève dans les hôpitaux, les EMS et le domaine Spitex avec l'offre des prestataires de formation	Besoins annuels de relève Moyenne	Diplômes décernés en 2008	Diplômes décernés Moyenne 2000 – 2009	Différence entre les besoins et la moyenne des diplômes décernés
Professions thérapeutiques (sans les sages-femmes)	365	510	449	84
Professions médico-techniques	578	387 <sup>30</sup>	433	-145
Sages-femmes	104	111	104	0
Professions infirmières, degré tertiaire	4'694	2'115	2'279	-2'415
Soins et assistance, secondaire II (y compris fonction de recrutement pour professions de soins tertiaires)	4'423	2'320 <sup>31</sup>	(2'320 diplômes en 2008, ASSC en cours d'extension,)	(-2'103 diplômes en 2008)
Soins et assistance, niveau auxiliaire AS / AFP	1'459	748	1'021	-438
Cours de soins et d'assistance	2'791	env. 3'200	non connu	env. 409
Total (sans besoins de relève des laboratoires, instituts et cabinets privés)	14'414	9'806		-4'617

Cette mise en parallèle montre que la situation est précaire. De plus, il est à craindre que la différence entre l'offre et la demande soit plus grande encore en réalité: faute de données statistiques, les besoins des laboratoires, instituts et cabinets privés ne sont pas mentionnés ici. Une fois ce paramètre ajouté, la pénurie touche à l'évidence tous les niveaux. Ce constat est corroboré par la pratique, où le recrutement s'avère très difficile aujourd'hui déjà. Vu l'évolution tant de la démographie que des besoins, on peut supposer que les choses s'aggraveront encore. Les résultats du tableau sont commentés pour les différents groupes professionnels dans les chapitres ci-après.

#### 5.4.1 Soins infirmiers au niveau tertiaire

Comme le prouvent aussi bien les chiffres que les témoignages recueillis sur le marché du travail, la situation pour les soins infirmiers au niveau tertiaire est aujourd'hui déjà critique. Pour la période 2000 à 2009, les prestations de formation couvrent environ la moitié des besoins de relève. Si des mesures appropriées ne sont pas mises en œuvre rapidement, les difficultés de recrutement dans cette catégorie de personnel se multiplieront dans les années à venir.

#### 5.4.2 Professions des soins et de l'assistance du degré secondaire II

Les prestations de formation fournies à l'heure actuelle par les institutions de santé suffisent tout juste à satisfaire les besoins en ASSC et en ASE restant dans la profession. Autant dire que le potentiel de recrutement pour des formations de degré tertiaire n'est pas assuré. Au total, ces prestations ont couvert environ 53% des besoins de relève en 2008.

Les perspectives laissent entrevoir une légère amélioration: en 2008, on a compté 3100 nouveaux contrats d'apprentissage dans des professions des soins et de l'assistance avec CFC. Cette valeur

<sup>30</sup> Pour 2008 viennent s'ajouter 48 titres de formation postdiplôme d'infirmière en salle d'opération.

<sup>31</sup> Au degré secondaire II, 898 assistantes médicales ont reçu un CFC en 2008. Leur formation les destinant principalement à travailler dans les cabinets et les instituts, elles ne figurent pas dans l'évaluation des besoins en personnel dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile.

se situe cependant encore largement au-dessous de l'objectif, qui est de 4423 CFC décernés par année. Au vu du recul du nombre de personnes achevant leur scolarité obligatoire, de grands efforts devront être consentis pour atteindre le but visé.

Comme indiqué plus haut, les établissements ne forment aujourd'hui que la moitié des effectifs nécessaires pour assurer la fonction de recrutement dans les professions de soins du degré tertiaire. Les 50% manquants – soit 2350 personnes par année en moyenne – devront être trouvés parmi les personnes qui achèvent des filières donnant accès à une formation du degré secondaire II (maturités spécialisées en priorité), parmi celles qui souhaitent se reconvertir professionnellement ou retourner sur le marché du travail, ainsi que parmi le personnel formé déjà présent dans les institutions de santé, grâce à des mesures visant à allonger la durée d'exercice de la profession.

#### **5.4.3 Professions des soins et de l'assistance au niveau auxiliaire (AS / AFP)**

Au milieu de la période 2000 à 2008, on comptait 1021 certificats d'AS décernés annuellement, un chiffre qui se situe au-dessous de l'objectif des années 2010 à 2020, évalué à 1460 titres par année. Il faut tenir compte en établissant cette comparaison du fait que cette formation est appelée à disparaître et sera remplacée par la formation professionnelle initiale de deux ans avec attestation fédérale.<sup>32</sup>

La valeur de consigne au niveau assistance a été calculée en fonction des données relatives à la formation d'AS, mais ces personnes travaillent rarement dans les services d'aide et de soins à domicile, ce que pourront en revanche faire les titulaires d'une attestation fédérale santé – social. Dès lors, le nombre de titres décernés annuellement dans cette future formation devra être plus élevé si l'on veut couvrir les besoins de tous les secteurs auxquels ce personnel est destiné.

Au niveau auxiliaire, une nouvelle formation débouchant sur une attestation fédérale santé – social est en cours d'élaboration. Elle devrait entrer en vigueur en 2012, les premiers titres seront décernés en 2014. Il en résultera une pénurie de nouveaux titulaires durant la période transitoire. De grands efforts seront nécessaires pour parvenir à trouver et à former le nombre d'apprenties requis en fonction des projections.

#### **5.4.4 Professions thérapeutiques**

Au premier abord, les professions thérapeutiques semblent surreprésentées, mais il s'agit d'une impression trompeuse. Le registre des codes créanciers tenu par santésuisse mentionne plus de 6000 cabinets de thérapie dans les orientations prises en considération qui emploient au moins une personne, mais souvent davantage.

Il y a donc plus de thérapeutes actifs dans les cabinets ambulatoires que dans les institutions. D'un point de vue global, ce groupe professionnel est donc lui aussi touché par la pénurie.

---

<sup>32</sup> Les derniers certificats d'aide-soignante seront décernés en 2012.

### 5.4.5 Professions médico-techniques

Les membres des professions médico-techniques étant actifs non seulement dans les établissements pris en considération ici, mais également dans les laboratoires, les cabinets et les instituts de radiologie privés, les projections pour ce groupe professionnel affichent une pénurie importante.

Pour connaître les besoins en effectifs de sages-femmes, il faut ajouter au nombre des diplômées employées dans les hôpitaux les personnes inscrites au registre des codes créanciers de santé-suisse, à savoir environ 1000 personnes ayant ouvert un cabinet privé. Il en résulte donc un léger retard à combler en termes de relève.

### 5.5 Besoins de relève par domaine de prise en charge

Le tableau ci-dessous montre la répartition des besoins de relève entre 2006 et 2020 par domaine de prise en charge, à savoir hôpitaux, EMS et services d'aide et de soins à domicile. Ces calculs se fondent sur les extrapolations de l'Obsan relatives à la structure du personnel à l'horizon 2020 (voir chiffre 5.2).<sup>33</sup>

Domaine de prise en charge	Besoins supplémentaires de personnel 2006 – 2020	
	Scénario de référence	Scénario alternatif
Hôpitaux et cliniques	plus 2,8%	plus 17,0%
EMS	plus 34,1%	plus 44,9%
Services d'aide et de soins à domicile	plus 20,4%	plus 22,0%

Sur la base de ces données, une moyenne a été calculée sur le même modèle que pour les besoins de relève globaux (voir chiffre 5.3). Cette valeur moyenne représente une projection des conditions actuelles dans le futur indépendamment des stratégies futures de prise en charge: les stratégies cantonales de répartition de la prise en charge des soins aigus et de soins de longue durée entre les offres hospitalières, semi-hospitalières et ambulatoires sont en effet déterminantes pour la répartition des besoins supplémentaires.

Besoins de relève par domaine de prise en charge, moyenne	Hôpitaux	EMS	Spitex
Professions thérapeutiques (sans les sages-femmes)	300	65	0
Professions médico-techniques	578	0	0
Sages-femmes	104	0	0
Professions de soins, degré tertiaire	3'305	908	481
<i>Soins et assistance, sec. II (maintien dans la profession)</i>	<i>672</i>	<i>914</i>	<i>491</i>
<i>Soins et assistance, sec. II (fonction de recrutement)</i>	<i>1'653</i>	<i>454</i>	<i>240</i>
Soins et assistance, secondaire II, total	2'325	1'367	731
Soins et assistance, niveau auxiliaire AS / AFP	734	725	<i>ouvert</i>

<sup>33</sup> Bref rappel:

- Scénario de référence: raccourcissement de la durée de séjour dans les hôpitaux et les cliniques, déplacement du recours aux soins de longue durée vers les tranches d'âge plus élevées, accroissement des besoins des institutions de santé moins rapide que le vieillissement de la population.
- Scénario alternatif: pas de changement dans la durée de séjour hospitalier ni dans les besoins de prestations dans les EMS, accroissement des besoins des institutions de santé proportionnel au vieillissement de la population.

Total personnes avec formation professionnelle	7'346	3'065	<i>ouvert</i>
Cours de soins et d'assistance	28	1'810	<i>ouvert</i>
«Sans formation» actifs dans les soins et l'assistance	815	772	<i>ouvert</i>
Total	843	2'582	<i>ouvert</i>

Ce tableau montre que 63% des besoins globaux de relève touchent les professions de santé non médicales (personnes avec formation) dans les hôpitaux de soins aigus. Ils sont évalués à 26% dans les EMS et à tout juste 11% dans les services d'aide et de soins à domicile. On peut supposer que la dynamique de ce dernier domaine a été sous-estimée dans le rapport de l'Obsan et que de grands efforts devront être consentis dans ce secteur aussi en vue d'assurer la relève.

La répartition par groupe professionnel et par qualification donne une image différenciée:

- Dans les soins infirmiers du degré tertiaire, les besoins de relève se répartissent à raison de 70% pour les soins aigus, de 20% pour les EMS et de 10% pour les services d'aide et de soins à domicile.
- Pour les professions des soins et de l'assistance du degré secondaire II, la répartition des besoins est de 52% pour les soins aigus, de 31% pour les EMS et de 17% pour les services d'aide et de soins à domicile.
- Il est difficile de tirer des conclusions quant à la répartition des besoins de relève pour les professions auxiliaires et le personnel sans formation. Contrairement aux aides-soignantes – rarement engagées dans les services d'aide et de soins à domicile –, les futures titulaires d'une attestation fédérale santé – social seront formées pour y être actives. En conséquence, des changements vont intervenir dans ce secteur entre les groupes professionnels des trois niveaux auxiliaire, cours de soins et d'assistance et «sans formation».

Les institutions et les domaines de prise en charge n'ont pas tous le même potentiel de formation. Ce paramètre ne concordant pas obligatoirement avec les besoins respectifs de relève. La formation dans les professions de santé doit être considérée et mise en œuvre comme une tâche solidaire de l'ensemble de la branche (voir aussi chiffre 6.2.1).

## 5.6 Besoins de relève par canton

Les statistiques fédérales ne fournissent pas de données exhaustives sur les effectifs actuels du personnel par canton.

Cela étant, il est impossible de faire des extrapolations sur les besoins de relève à cette échelle. Le fait que nous y renoncions tient également à d'autres paramètres, très variables d'un canton à l'autre: les stratégies de prise en charge (rôles respectifs des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile, collaboration intercantonale, etc.), les changements démographiques et l'évolution du recours aux prestations.

En lieu et place, le présent rapport fournit, dans son annexe 6, un outil permettant aux institutions et aux cantons d'élaborer leurs propres projections.

## 5.7 Facteurs concomitants

### 5.7.1 Taux d'occupation des collaborateurs

Le tableau ci-après présente les données de l'étude de l'Obsan sur le taux d'occupation moyen des collaborateurs des professions de santé.

Taux d'occupation moyen du personnel des institutions de santé par qualification en 2006	Hôpitaux	EMS	Spitex
Professions des soins, degré tertiaire	76,5%	73,1%	46,6%
Professions thérapeutiques, degré tertiaire	76,0%	50,8%	-
Professions médico-techniques, degré tertiaire	79,2%	-	-
Soins et assistance, degré secondaire II	76,1%	64,2%	50,4%
Professions médico-techniques, degré secondaire II	73,4%	-	-
Niveau auxiliaire	76,1%	70,5%	38,9%
Sans formation	78,2%	69,4%	21,4%

Source: Document de travail 35 de l'Obsan, basée sur les statistiques de l'OFS.

Nous ne disposons pas de paramètres permettant d'établir des pronostics fiables sur l'évolution du taux d'occupation. Etant donné la forte proportion de femmes travaillant dans le secteur de la santé – et leur double charge familiale et professionnelle –, ce pourcentage est aujourd'hui relativement élevé, et une hausse plus importante nécessiterait des mesures appropriées. La conjoncture actuelle serait plutôt favorable à une telle augmentation, tandis qu'une amélioration de la situation économique pourrait avoir l'effet contraire.

Les professions des soins et de l'assistance du degré secondaire II affichent un léger potentiel d'accroissement dans les EMS.

Dans les services d'aide et de soins à domicile, les chiffres montrent un potentiel de rattrapage notable. Cependant, la dispersion géographique des lieux d'intervention, la faible densité de la prise en charge et les fluctuations de la demande limitent clairement les possibilités d'optimisation. Si un rapprochement vers le taux d'activité moyen enregistré dans le secteur hospitalier n'est pas imaginable, des améliorations sont en revanche possibles, en particulier en Suisse alémanique, où le pourcentage d'occupation moyen n'était que de 36,4% en 2006 contre 51,3% en Suisse latine, un écart qui se vérifie à tous les niveaux de qualification. Ces différences entre les régions du pays sont valables dans la même mesure pour tous les niveaux de qualification.

### 5.7.2 Durée d'exercice de la profession

Faute de données sur la durée d'exercice des professions de santé, nous avons tenté, au chiffre 5.3, d'en faire une évaluation. Cette estimation est nuancée par de nombreuses incertitudes.

De toute évidence, ce paramètre a une influence importante sur les besoins de relève, qui se réduisent de 5% par an dès lors que cette durée se prolonge d'une année. L'inverse est aussi vrai: selon les modèles de calcul appliqués, les besoins de relève augmentent de 5% si les professionnels quittent la vie active une année plus tôt.

### **5.7.3 Productivité et efficacité**

Si l'étude de l'Obsan pose comme hypothèse une productivité du personnel stable, ses auteurs remettent néanmoins en question la notion même de productivité. C'est pourquoi nous préférons ici celle de l'efficacité des prestations du personnel – rapport entre l'effet produit et les ressources investies –, qui peut être influencée par divers facteurs:

- Une amélioration de l'organisation des processus et des moyens techniques ainsi que l'introduction de nouveaux médicaments permettent d'obtenir de meilleurs effets avec les mêmes ressources en personnel.
- Une utilisation optimale des compétences des collaborateurs est également à même de renforcer l'efficacité globale (voir aussi chiffre 5.7.4).
- De nouvelles techniques ou formes de traitements et les progrès médico-techniques peuvent accroître la productivité et/ou l'efficacité du personnel; ils peuvent cependant aussi ouvrir de nouveaux champs d'intervention, créant alors un surcroît de charges.
- La multiplication des tâches administratives exige des ressources supplémentaires et réduit l'efficacité du personnel de santé, qui a moins de temps pour ses missions principales. Des périodes de surcharge durables produisent également un effet négatif sur l'efficacité du personnel et peuvent conduire des collaborateurs au burnout.
- Une baisse du taux de fluctuation du personnel et de l'absentéisme ont un effet bénéfique sur la productivité.
- Le renforcement de la concordance entre les effets obtenus et les attentes des clients est déterminant pour augmenter l'efficacité. A ce jour, la règle était de considérer comme souhaité ce que l'on parvenait à obtenir. Un changement de point de vue des clients à ce niveau est à même d'influer de façon importante sur les effets désirés et les besoins de prestations qui y sont liés.

### **5.7.4 Composition du personnel par niveau de qualification**

Au vu des perspectives présentées, la question n'est pas tant de savoir si l'on assistera à des changements en matière de composition des équipes, mais bien de savoir quand et sous quelle forme ceux-ci surviendront et s'ils seront planifiés ou devront être opérés dans l'urgence. Les possibilités varieront d'une institution à l'autre et le potentiel de ces mesures demande à être examiné dans les détails.

A titre d'illustration, mentionnons que la situation pourrait bien se développer de façon très critique pour les professions de soins du degré tertiaire, dont la proportion de diplômés se réduira inévitablement. Cette évolution est démontrée par les modèles du chiffre 5.3 sur les besoins de relève. Deux autres facteurs sont susceptibles d'aggraver encore la situation:

- Le recrutement de personnel diplômé pourrait s'avérer de plus en plus difficile dans les pays voisins aussi. En conséquence, il ne sera vraisemblablement plus possible de s'appuyer à l'avenir sur cette ressource dans la même proportion qu'aujourd'hui. Certains cantons frontaliers se préoccupent déjà aujourd'hui du fait que le flux de personnel étranger diminuera sur le marché du travail.

- Selon le document de travail 33 de l'Obsan, la future couverture en prestations de soins médicaux ambulatoires (médecins généralistes) pourrait poser problème.<sup>34</sup> Le recours aux infirmières diplômées s'offre comme solution en vue de soulager les médecins. Si un tel modèle était appliqué avec succès, la pression sur le recrutement s'en trouverait renforcée d'autant pour les établissements de santé.

La composition des postes par qualification dans les institutions de santé est présentée dans le tableau ci-dessous (état 2006):

Niveau de formation / Champ professionnel	Hôpitaux	EMS	Spitex
Professions des soins, degré tertiaire	59,4%	25,8%	30,0%
Professions thérapeutiques, degré tertiaire	5,2%	1,8%	-
Professions médico-techniques, degré tertiaire	10,2%	-	-
Degré secondaire II	8,5%	18,9%	22,3%
Niveau auxiliaire	9,1%	41,5%	31,4%
Sans formation	7,6%	12,1%	16,3%
Toutes qualifications	100%	100%	100%

Source: Document de travail 35 de l'Obsan, basée sur les statistiques de l'OFS.

### 5.7.5 Epidémiologie

L'étude de l'Obsan examine les répercussions du vieillissement démographique sur les besoins en soins et assistance dans les établissements de santé et les illustre dans un scénario de référence et un scénario alternatif. Elle ne considère aucune autre modification d'ordre épidémiologique.

S'il existe dans ce domaine de nombreuses études pronostiques, elles se rapportent en général à des thématiques ou à des maladies déterminées, mais ne livrent pas de bilan global. Nul ne conteste que le nombre de patients souffrant de maladies chroniques ou de polymorbidité va augmenter de façon considérable au cours des décennies à venir, ce qui se traduira par un accroissement des besoins en soins. Il n'existe cependant à notre connaissance aucune vue d'ensemble du développement épidémiologique consolidée par des experts médicaux qui permettrait de dégager des tendances générales en la matière. Il est probable que les mesures préventives gagneront en importance et que les besoins en soins – mais pas en personnel de santé – tendront à diminuer.

Dans son Rapport national sur la santé 2008<sup>35</sup>, l'Obsan tente de fournir une image globale de la situation. En matière d'épidémiologie, l'étude se concentre sur les maladies actuelles et les défis majeurs – à savoir les affections cardiovasculaires (maladies coronaires et accidents vasculaires cérébraux), les cancers, les nouvelles menaces infectieuses, les problèmes de santé psychique ainsi que les accidents et leurs conséquences pour la société –, mais ne fait pas de considérations générales.

<sup>34</sup> Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - Projections à l'horizon 2030, Document de travail 33, Observatoire suisse de la santé (Obsan), juillet 2008.

<sup>35</sup> La santé en Suisse, Rapport national sur la santé 2008, Observatoire suisse de la santé (Obsan), novembre 2008.

Par ailleurs, les auteurs du rapport se penchent sur la notion de déterminants de la santé, examinant l'impact des conditions socioéconomiques, de la formation et de l'environnement sur la santé de la population. Ils concluent que l'évolution de ces facteurs aura une influence essentielle sur la situation d'un point de vue épidémiologique.

Renonçant à tirer des conclusions de cette évolution, ils en appellent à la mise sur pied d'une politique de santé multisectorielle qui devrait intégrer d'autres domaines politiques.

#### **5.7.6 Pilotage, financement, recours aux prestations**

Le pilotage et le financement des prestations de soins sont en pleine mutation. Dans le secteur hospitalier, le pilotage des prestations remplace peu à peu celui des institutions, un pas déjà franchi dans certains cantons. Il en résulte de nouveaux systèmes d'incitation qui débouchent sur des formes d'offres inédites telles que les centres de santé ou les établissements extrahospitaliers pour les cas d'urgence simples.

Dans le domaine des soins aux personnes âgées, le financement par sujet se substitue au financement par institution. Les efforts de divers cantons visent à remplacer les séjours en foyer par de nouvelles formes de prise en charge – telles que logement accompagné ou habitat avec prestations – et à rendre ces services accessibles également aux personnes à revenus faibles. En règle générale, les planifications des cantons renforcent le rôle des services d'aide et de soins à domicile, mais ne prévoient pas d'élargir davantage le domaine hospitalier.

Ces développements ont pour but d'une part de proposer aux clients une prise en charge à la fois plus proche de leurs besoins et moins lourde et, d'autre part, d'aller vers une réduction de la demande.

Cette évolution tant du pilotage que du financement modifiera le recours de la population aux services médicaux et prestations de soins et d'assistance. Il n'est cependant pas possible pour l'heure de prédire les répercussions de ces changements sur les besoins futurs en personnel de santé.

#### **5.7.7 Perspectives sociodémographiques**

Selon les perspectives sociodémographiques, le nombre de ménages d'une personne continuera d'augmenter et les réseaux sociaux perdront en efficacité. Cette évolution parle pour un accroissement des besoins de soutien.

En raison de l'écart amené à grandir entre besoins et offre en effectifs, il sera indispensable de limiter l'accroissement du travail des professionnels par exemple en promouvant l'aide des proches et du voisinage. Les besoins en soins et prise en charge professionnels ne peuvent toutefois bien entendu pas être remplacés par le travail de profanes. Mais cette promotion ne devrait pas en même temps entraîner la perte de davantage de professionnels par le système de santé.

### **5.8 Conclusion**

Le problème de la couverture en personnel et de la qualification des collaborateurs est prioritaire pour l'avenir du secteur de la santé et prendra une place de premier plan. Si l'on met en parallèle

les besoins de relève et le nombre de personnes formées à l'heure actuelle, on constate que la cote d'alerte est dépassée. D'une façon générale, le nombre de titres délivrés est largement inférieur aux besoins, la pénurie étant particulièrement aiguë dans les soins infirmiers, puisque ce secteur forme aujourd'hui la moitié seulement du personnel requis. En outre, le manque de diplômés au niveau de l'école supérieure s'aggraverait progressivement dans les années qui viennent, car à partir de 2010, plus aucune diplômée en soins infirmiers DN II n'arrivera sur le marché. La situation est tout aussi critique du côté des spécialisations, notamment en soins d'anesthésie, en soins intensifs et dans le domaine opératoire. Les professions médico-techniques ne sont pas épargnées non plus par la pénurie de personnel qualifié, qui se remarque aujourd'hui déjà dans les laboratoires (analystes biomédicaux) et en radiologie.

L'évaluation des besoins en personnel dans les professions de santé dépend de nombreux facteurs concomitants dont le développement est difficile à pronostiquer et à quantifier. Dès lors, l'estimation proposée au chiffre 5.4 est liée de nombreuses incertitudes. Pour l'améliorer, il conviendrait de créer un système d'indicateurs. Des propositions à ce sujet sont formulées dans la partie IV.

Malgré ces imprécisions, l'analyse montre clairement que le domaine de la santé se trouve face à un véritable défi s'il veut disposer dans les années à venir de suffisamment de personnel présentant les qualifications requises. Pour le relever, il devra impérativement mettre en œuvre, de façon rapide et conséquente, les possibilités d'optimisation exposées dans le chapitre suivant.

Le présent rapport illustre la situation de la Suisse dans son ensemble. Le manque de données précises et la décision prise de privilégier une vision globale des problèmes empêchent d'analyser dans le détail les différences qui existent d'un canton à l'autre. L'instrument proposé à l'annexe 6 fournit néanmoins des indications sur la manière d'établir des scénarios par établissement et par canton.

## Partie III: Actions à entreprendre

### 6 Besoins et niveaux d'action

Le groupe de pilotage a défini les niveaux d'action suivants concernant le de maintien du personnel:

- Exploitation du potentiel de recrutement pour les professions de santé
- Exploitation du potentiel de formation pratique des établissements
- Optimisation du recours au personnel en place
- Maintien du personnel

Les possibilités et les besoins d'action à ces quatre niveaux sont présentés dans les chapitres qui suivent. Au point 6.5, les auteurs proposent une synthèse et fixent des priorités.

#### 6.1 Exploitation du potentiel de recrutement pour les professions de santé

Dans ce domaine, les mesures suivantes peuvent être prises:

##### 6.1.1 Communiquer sur les professions de santé

Par une communication active (qui englobe information et publicité), il convient de s'adresser à tous les groupes cibles possibles (adolescents et jeunes adultes, personnes souhaitant se reconverter ou reprendre une activité professionnelle). L'OdASanté a lancé son projet de communication faitière et de nombreuses Oda cantonales avaient déjà pris des initiatives sur leur territoire. Dans certains cantons, les autorités informent ou apportent leur soutien financier à la mise en œuvre de mesures d'information sur les professions de santé.

##### 6.1.2 Présenter les professions de santé

Les personnes intéressées par les professions de santé doivent pouvoir s'en faire une idée par le biais de stages, de présentations par groupe cible, de journées portes ouvertes ou d'autres actions similaires.

De nombreux établissements offrent de telles possibilités, mais celles-ci ne sont généralement pas coordonnées entre les établissements. Les intéressés ont souvent de la peine à se faire une vision de l'ensemble des possibilités. L'accès à ces informations et offres pour les intéressés et la coordination pour les établissements seraient considérablement facilités par la mise au point d'une plate-forme interactive sur internet.

Présenter leur offre est l'affaire des établissements. Le potentiel de ces actions pourrait également être amélioré par une collaboration entre les établissements, qui permettrait en outre de libérer des ressources pour d'autres tâches de formation. Un soutien financier de telles prestations situées en amont des formations devrait être examiné. Le canton de Berne finance par exemple la création d'une plate-forme web interactive qui met en contact les jeunes intéressés et les établissements.

### **6.1.3 Faciliter le retour à la vie professionnelle**

Parmi les mesures de nature à faciliter le retour à la vie professionnelle figurent les offres de formation spécifiques à tous les niveaux de qualification. Celles-ci doivent assurer le transfert entre théorie et pratique et être réservées aux personnes ayant quitté le monde du travail depuis longtemps. Il n'est pas souhaité qu'elles soient ouvertes, à titre de formation continue, aux professionnellement actifs.

A côté des prestataires de formation, les praticiens, en tant que connaisseurs des besoins, doivent être invités à participer à la création d'offres de formation appropriées.

Des mesures efficaces visant à favoriser le maintien du personnel dans le monde du travail auront aussi pour effet de faciliter le retour à la vie professionnelle et de le rendre plus attrayant (voir chiffre 6.4).

### **6.1.4 Promouvoir la reconversion professionnelle**

A tous les niveaux de formation, il est possible d'inciter des personnes à se reconvertir. Des offres de formation appropriées doivent être attrayantes, aussi bien en termes d'horaires que de contenus et doivent conduire au but dans un délai raisonnable. La matière enseignée dans ces cursus formalisés devra être adaptée à des personnes déjà habituées au monde du travail, dotées en général d'une personnalité bien affirmée et familiarisées avec l'apprentissage par transfert.

Ces formations doivent également garantir aux personnes qui les suivent un revenu suffisant pour assurer leur subsistance. Il s'agit donc de proposer des salaires d'étudiants d'un niveau correct et adapté aux situations individuelles, ou des filières en cours d'emploi, les candidates percevant dès lors un salaire de l'établissement qui les a engagées. Des concepts correspondants doivent être élaborés ensemble par la branche et les cantons et soutenus financièrement si nécessaire par les cantons.

Il serait aussi possible de renoncer à percevoir des taxes semestrielles pour les formations en école, ou d'obtenir leur prise en charge par les employeurs pour les formations duales.

### **6.1.5 Favoriser le retour non formalisé à la vie professionnelle**

Il convient de penser également aux personnes qui, après avoir élevé leurs enfants, souhaitent (re)trouver une activité professionnelle de façon rapide et simple, sans pour autant passer par une filière formalisée.

Le cours d'auxiliaire de santé de la CRS répond à cette demande et permet d'exploiter ce potentiel de recrutement. Une fois réinsérées dans le monde du travail, les auxiliaires de santé voient s'ouvrir à elles différentes possibilités de développement professionnel.

### **6.1.6 Recruter à l'étranger**

Renforcer le recrutement de collaborateurs qualifiés à l'étranger est une solution régulièrement remise sur le tapis. La pénurie de personnel sanitaire n'est cependant pas l'apanage de la Suisse, les pays voisins sont aussi fortement touchés que nous, voire davantage.

Cette option soulève par ailleurs un problème d'éthique: les pays dans lesquels nous aurons recruté du personnel tenteront de combler leur propre pénurie en recrutant des collaborateurs dans des régions où le niveau salarial est encore plus bas. S'appuyer sur le réservoir étranger n'est en outre pas exempt d'incertitudes: si le fossé salarial entre la Suisse et les pays concernés devait se combler, le recrutement deviendrait difficile.

De plus, engager du personnel étranger pose des difficultés culturelles et linguistiques, tant au sein des équipes qu'avec les patients. Ainsi, l'idée d'aller «puiser» du personnel formé dans les pays voisins est non seulement discutable du point de vue éthique, mais elle ne constitue pas une solution durable, raison pour laquelle nous n'approfondirons pas davantage son étude.

## **6.2 Exploitation du potentiel de formation pratique des établissements**

Au niveau de l'exploitation du potentiel de formation pratique des établissements, les mesures suivantes peuvent être prises:

### **6.2.1 Analyse du potentiel de formation des établissements**

Les établissements ne seront en mesure d'exploiter leur potentiel de formation pratique qu'à condition de l'identifier. Son analyse constitue donc un premier pas vers une optimisation des structures.

Le potentiel diffère entre institutions et entre secteurs de soins, des points de vue tant quantitatif que qualitatif. En matière de relève, le domaine de la santé a un destin commun: si l'un des maillons de la chaîne de prise en charge se brise par manque de personnel, la branche s'en ressent dans son entier. Connaître son propre potentiel de formation permet à chacune des institutions de concentrer ses efforts sur les activités pertinentes et de tisser une collaboration ciblée avec les autres établissements.

Les promoteurs de ces mesures sont les établissements. La branche peut apporter son soutien par l'échange d'expériences et le transfert de connaissances.

### **6.2.2 Stratégie de formation**

L'exploitation des ressources de l'établissement en termes de formation peut être optimisée par l'adoption d'une stratégie ad hoc intégrée dans la politique du personnel: l'établissement formule ses besoins futurs de relève ainsi que son potentiel de formation quantitatif et qualitatif. Connaissant ainsi la différence entre ses possibilités et ses besoins, il peut prendre des mesures visant à combler l'éventuel écart de façon.

### **6.2.3 Collaboration entre institutions**

Il convient d'inclure dans l'analyse les possibilités de collaboration entre les institutions partenaires. La répartition des tâches, des stages spéciaux, l'engagement conjoint d'enseignants hautement spécialisés, le développement commun et l'actualisation d'outils de formation pour la pratique ou encore l'échange d'expériences sont les maîtres mots en la matière.

Selon l'objet de la collaboration, celle-ci peut se dérouler sous la forme d'associations, de projets ou au sein de structures informelles.

#### **6.2.4 Reconnaissance et financement des prestations de formation**

En règle générale, la formation pratique dans les professions de santé n'est pas reconnue par les financeurs comme une prestation et, dès lors, ne bénéficie pas d'un financement spécifique. Afin d'augmenter son attrait et de l'encourager, il importe de la reconnaître en tant que telle et de lui octroyer une indemnisation qui, pour déployer tout son effet, doit être liée à des objectifs.

Dès lors, la reconnaissance et le financement des prestations de formation pratique reposeront sur les principes suivants:

- Les modes de financement doivent être harmonisés au plan national. En effet, plusieurs systèmes cohabitent aujourd'hui: les coûts de la formation du personnel non médical sont le plus souvent rémunérés au moyen de forfaits et plusieurs cantons ont élaboré des solutions objectivées, consistant par exemple à verser aux établissements un montant fixe par semaine de stage.
- La rétribution doit être liée aux prestations. Si elle se fonde dans un pilotage global, tel que les forfaits par cas appliqués dans les hôpitaux, ce lien avec les prestations disparaît. Un versement séparé permet en revanche d'accroître l'efficacité des contributions.
- La rétribution doit être liée à des objectifs, ce qui permet de garantir que les ressources prévues soient disponibles pour les activités de formation pratique, auxquelles elles sont destinées.
- L'adoption d'un financement séparé évite de créer des incitations négatives pour les hôpitaux formateurs. De cette manière, ils ne sont pas défavorisés dans une comparaison de type benchmarking par rapport à des établissements ne proposant pas de formation.

D'ici à 2012, les hôpitaux auront introduit le système des forfaits par cas liés aux prestations, ce qui leur permettra d'imputer les frais engendrés par la formation et le perfectionnement dans les professions de santé non universitaires à l'assurance obligatoire des soins. A partir de cette date, les prestations de formation fournies par les établissements figurant dans la liste des hôpitaux pourront être financées sur une base duale – par les assureurs-maladie et par les cantons –, tout comme le sont leurs autres prestations. La loi laisse cependant aux acteurs la liberté de fixer les modalités concrètes du financement.

Lors de la mise en œuvre de la révision de la LAMal, le pilotage et le financement de la formation pratique doivent impérativement se conformer aux principes ci-dessus. Il est en particulier essentiel d'ancrer dans les réglementations le fait que le versement de contributions doit être lié à la fourniture de prestations et à la réalisation d'objectifs définis.

L'harmonisation du pilotage et du financement dans le système tout entier est une tâche située au niveau supérieur, qui incombe de ce fait à l'ensemble des acteurs. Le chapitre 7, intitulé «Mesures de pilotage et de planification», lui est consacré.

### **6.2.5 Reconnaissance du travail des étudiants et des apprentis**

Les personnes en formation – étudiants ou apprentis – fournissent des prestations sans lesquelles bon nombre d'institutions ne pourraient plus maintenir leur niveau d'activité. Ce travail est en règle générale sous-estimé. L'intérêt des établissements à offrir une formation pratique serait rehaussé par une communication appropriée, mais aussi par la reconnaissance de la valeur de ces prestations au moyen d'une indemnisation adéquate et d'un meilleur positionnement des étudiants et apprentis dans les plans de postes des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile.

### **6.2.6 Mise en avant du revenu d'opportunité**

Proposer la formation pratique pour les professions de santé produit des bénéfices qui, s'ils ne sont pas directement mesurables, n'en sont pas moins réels. Les personnes en formation apportent de nouvelles impulsions au sein de l'entreprise, la considèrent d'un œil neuf, se familiarisent avec elle et peuvent en devenir des collaborateurs à long terme. Enfin, une «entreprise formatrice» véhicule, pour l'extérieur, une image positive. Dans ce domaine, un travail de communication et de motivation est à même de soutenir l'intérêt des établissements à offrir une formation pratique.

## **6.3 Optimisation de l'utilisation du personnel en place**

Les exigences concrètes auxquelles doivent satisfaire les institutions de santé de tous les domaines (hôpitaux de soins aigus, EMS, services d'aide et de soins à domicile) se modifient constamment en raison de multiples facteurs dont l'étude détaillée dépasserait le cadre du présent rapport. Les institutions peuvent tenir compte de ces changements en procédant à des examens périodiques de leur structure du personnel et de leurs processus.

Suite à l'introduction du nouveau système de formation, de nouveaux profils des professions et des compétences ont été créés. Cette réforme n'est pas encore achevée, d'autres professions seront encore intégrées dans le système ainsi que de nouvelles offres mises sur pied (attestation fédérale, master HES, examen fédéral, examen fédéral supérieur, etc.). Des améliorations seront en outre apportées dans des professions déjà intégrées.

Si les établissements ont pris ces développements en compte dans leurs activités de formation, ils ne les ont pas appliqués concrètement dans la pratique professionnelle. Les cahiers des charges des collaborateurs ne sollicitent pas toute l'étendue des compétences à disposition. Un réexamen de l'organisation du travail et une restructuration de la composition des postes par niveau de qualification permettrait de mieux exploiter les ressources du personnel engagé.

Le recours au personnel en place pourrait encore être optimisé par une analyse et une amélioration de l'efficacité des prestations fournies, qui requièrent en amont un réexamen et une redéfinition des normes.

L'application de mesures susceptibles d'optimiser le recours au personnel engagé fait partie intégrante des processus de développement de toute organisation et, partant, de ses tâches de direction. Elle a en outre pour effet de renforcer l'intérêt du travail au quotidien et d'accroître la satisfaction des collaborateurs, ce qui se traduit souvent par un allongement de la vie professionnelle.

## 6.4 Maintien du personnel

### 6.4.1 Principes

L'étude NEXT<sup>36</sup> examine, en comparaison internationale, les causes, les circonstances et les conséquences de l'abandon prématuré de leur profession par les soignants. Ses résultats montrent que la proportion de personnes souhaitant quitter les professions de soins varie beaucoup d'un pays à l'autre et, au sein d'un même pays, entre les institutions. On peut en déduire que les conditions de travail, l'identification des collaborateurs avec l'entreprise, la reconnaissance du groupe professionnel et d'autres «facteurs doux»<sup>37</sup> sont des éléments décisifs quant au maintien du personnel dans le monde du travail.

L'éventail des mesures à disposition pour favoriser le maintien des collaborateurs dans les professions des soins est large et comprend une foule d'incitations monétaires et non monétaires, qui peuvent être structurées de façon individuelle ou collective – leur efficacité dépendant aussi du choix opéré à ce niveau. Les plus courantes sont énumérées ci-dessous, sans prétention à l'exhaustivité.

### 6.4.2 Mesures non monétaires

Les mesures non monétaires visent généralement à accroître la satisfaction et l'autonomie au travail ainsi qu'à améliorer les conditions de travail. Des études démontrent que ces trois éléments sont des facteurs clés du maintien du personnel dans sa profession. En font notamment partie:

- une répartition des rôles, des tâches et des responsabilités conforme aux compétences (composition des effectifs par niveau de qualification),
- une charge de travail adaptée et une répartition équitable des tâches,
- la reconnaissance et la valorisation du travail par les collaborateurs et par les supérieurs hiérarchiques,
- la motivation par une bonne gestion et un travail d'équipe satisfaisant,
- des offres de développement du personnel, y compris formation continue et perfectionnement,
- des grilles d'horaires appropriées, permettant en particulier de concilier vie familiale et vie professionnelle,
- la promotion de la santé.

---

<sup>36</sup> L'étude NEXT, financée par l'Union européenne (QLK6-CT-2001-00475), examine les causes, les circonstances et les conséquences de l'abandon prématuré de leur profession par les soignants paramédicaux. Elle soulève une question d'un intérêt particulier, à savoir l'impact d'une telle décision tant sur les personnes concernées que sur les institutions de santé en général. Avec la participation de 40 chercheurs dans 14 instituts scientifiques, elle a été menée simultanément dans les pays suivants: Belgique, Finlande, France, Allemagne, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Pologne, Suède et Slovaquie. Pour de plus amples informations: [http://www2.uni-wuppertal.de/FB14/next/dt/index\\_dt.htm](http://www2.uni-wuppertal.de/FB14/next/dt/index_dt.htm).

<sup>37</sup> Sont désignés par le terme de «facteurs doux» les éléments non mesurables ayant une influence sur le succès d'une entreprise. Dans le domaine du personnel, par exemple, il s'agit pour l'essentiel des mesures non monétaires.

### **6.4.3 Mesures monétaires**

Ces mesures visent en particulier à:

- augmenter la capacité économique des collaborateurs, notamment par des hausses de salaire individuelles ou collectives, des contributions surobligatoires aux assurances sociales, des primes d'ancienneté, etc.;
- améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, entre autres par une réglementation généreuse en termes de jours fériés et de vacances, par des possibilités de congés payés (congés sabbatiques, cadeaux d'ancienneté) et des congés parentaux payés;
- accroître les possibilités de développement, notamment par des contributions (en argent ou en heures) à des formations continues ou à des cours de perfectionnement, afin d'en faciliter l'accès;
- créer des conditions cadres favorables à l'activité professionnelle, par exemple en proposant des solutions de garde d'enfants financièrement supportables;
- soutenir la réalisation d'objectifs par des modèles de gestion avec fixation d'objectifs assortis d'incitations financières.

### **6.4.4 Niveau d'action de l'entreprise**

Les stratégies de maintien du personnel doivent être développées et mises en œuvre par les établissements de santé eux-mêmes. Les systèmes d'incitation s'orientent sur les besoins et sont intégrés dans l'organisation et la culture de l'entreprise. Faisant partie du développement de chaque institution, ces mesures ne peuvent pas être imposées de façon générale à tout le secteur de la santé. Dès lors, les plus prometteuses sont:

- La formulation ou le développement d'une stratégie du personnel complète et orientée sur les conditions cadres et les besoins du moment, comprenant les éléments suivants:
  - planification et développement du personnel, y compris formation continue et perfectionnement,
  - corrélation entre les mesures de développement du personnel et la pratique, accroissement de l'autonomie,
  - fixation de conditions d'engagement et adoption de grilles d'horaires appropriées,
  - gestion de la diversité (mesures permettant de concilier et d'équilibrer vie professionnelle et vie familiale),
  - controlling du personnel,
  - élaboration d'une stratégie de formation.

La stratégie au regard du personnel réunit les systèmes incitatifs de l'entreprise en un tout cohérent.

- L'adéquation des systèmes d'incitation avec les besoins et les préoccupations des collaborateurs accroît l'efficacité. Le développement approprié de la stratégie en matière de personnel repose sur une évaluation régulière et différenciée de la satisfaction des employés.

#### 6.4.5 Niveau d'action de la branche

La branche peut apporter son soutien aux établissements en assumant notamment les tâches suivantes:

- créer des plates-formes de transfert de savoir et d'expériences;
- mettre à disposition des modèles pouvant être adaptés aux différentes institutions;
- établir des comparaisons des conditions de travail au sein de la branche;
- établir des comparaisons du degré de satisfaction au travail.

#### 6.5 Propositions de mesures de priorité

Les résultats du sondage présentés au chapitre 4 montrent que pour garantir la relève et maintenir les collaborateurs sur le marché du travail, les cantons et les OdA cantonales ont déjà pris de multiples mesures, qui peuvent être classées de la manière suivante:

- recrutement de jeunes en fin de scolarité et de jeunes adultes,
- recrutement d'adultes (réinsertion / reconversion professionnelles),
- promotion de la formation pratique dans les établissements,
- augmentation de l'attrait des postes de travail / maintien du personnel,
- intégration de nouveaux profils professionnels et titres de formation dans les structures en place.

Si l'activité déployée est importante – ce qui est réjouissant –, son intensité varie fortement d'un canton à l'autre. Au vu des chiffres et de l'évolution exposés dans le présent rapport, il apparaît qu'il faudra redoubler d'efforts si l'on veut disposer d'effectifs suffisants pour assurer une couverture en soins de haute qualité. Ce défi concerne les cantons et les organisations nationales et régionales du monde du travail au même titre que les institutions de santé et leurs associations.

Les actions préconisées requérant des investissements en moyens financiers, en temps et en organisation, il est judicieux d'établir des priorités. Celles qui sont proposées ici s'appuient sur les discussions tenues au sein du groupe de pilotage ainsi que sur l'évaluation des mesures actuelles de promotion fournie par les cantons et les OdA cantonales et régionales.

L'encouragement de la formation et le maintien du personnel dans la vie professionnelle sont considérés comme mesures prioritaires.

##### 6.5.1 Promotion de la formation pratique

L'effectif de nouveaux diplômés entrés sur le marché au cours des dernières années est resté pratiquement stable et va reculer dans les années qui viennent pour les infirmières du degré tertiaire. En parallèle, on assistera à une augmentation continue de la demande en personnel. Même s'il n'est pas tout à fait réaliste d'imaginer que cet accroissement pourra être entièrement compensé par des mesures liées à la formation, il conviendrait de conserver un certain équilibre entre le nombre des filières et les besoins en effectifs.

Dans le domaine susmentionné, la priorité va aux mesures ci-après:

- Analyse du potentiel de formation des institutions
- Garantie du financement des prestations de formation
- Collaboration interentreprises

### **6.5.2 Maintien du personnel**

En ce qui concerne le maintien des collaborateurs dans les structures, on remarque un potentiel important. Comme le montrent les calculs présentés au chapitre 5.3, les besoins de relève se réduisent si la vie professionnelle est prolongée. Selon les estimations, la durée d'exercice des professions de santé est très faible et recèle donc un potentiel d'amélioration élevé. Il pourrait être exploité notamment par la mise en œuvre des mesures visant à favoriser la réinsertion professionnelle. De multiples activités sont déjà en cours dans le domaine du recrutement. En matière de communication sur les professions, il convient avant tout de chercher à harmoniser les mesures régionales entre elles et à les intégrer dans un cadre unifié.

Au niveau du maintien du personnel, les mesures suivantes sont prioritaires:

- Mesures non monétaires: conditions de travail motivantes
- Mesures monétaires: amélioration des conditions cadres pour l'activité professionnelle.

## Partie IV: Recommandations et commentaires

Conformément au mandat de la CDS et de l'OdASanté, le présent rapport sur les effectifs doit servir de base pour actualiser la planification de façon régulière ainsi que pour évaluer la mise en œuvre et l'effet des mesures proposées dans la partie III en vue de les adapter au fur et à mesure. La partie suivante est consacrée à cette problématique.

Le rapport traite également de questions relatives au financement et au pilotage de la formation pratique dans les professions de santé apparues lors de l'élaboration de ce document et qui, situées au niveau supérieur, touchent l'ensemble du système.

### 7 Mesures de pilotage

#### 7.1 Harmonisation du système global de pilotage de la formation pratique

Le pilotage et le financement des prestations fournies dans le domaine de la santé – et par là dans la formation professionnelle pratique – incombent à des acteurs de plusieurs niveaux: la Confédération, les assureurs-maladie, les cantons et enfin les communes lorsque le canton leur a délégué des tâches.

Chacune de ces autorités assume sa mission dans son domaine de compétences en s'appuyant sur sa conception des choses et met en œuvre des mécanismes de pilotage et de financement concrets en fonction de ses priorités et de ses intérêts propres. Il en résulte, pour l'enseignement pratique dans les professions de santé, un manque de vision globale qui limite souvent l'efficacité des mesures de promotion.

Pour faire contrepoids à ce phénomène, il convient d'harmoniser le système de pilotage et de financement de cette activité en tenant compte des points suivants:

- A titre de mesure prioritaire, les auteurs du présent rapport recommandent l'encouragement de l'enseignement pratique, en particulier par la reconnaissance et le financement des prestations de formation fournies. Celles-ci doivent être reconnues et rémunérées en tant que telles. Si leur rémunération se fonde dans un financement général, une grande partie de l'effet promotionnel qu'on en attend risque de se perdre.
- Quel que soit le domaine de prise en charge, les prestations de formation des institutions ont une valeur égale. Il serait donc légitime de les soutenir et de les rémunérer selon les mêmes modalités, qu'elles soient fournies par les hôpitaux, les EMS ou les services d'aide et de soins à domicile. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Les dispositions de la LAMal sur le financement hospitalier et sur le financement des soins se traduisent par des réglementations diverses en la matière. On constate également des différences au sein même des cantons, notamment lorsque les communes se voient attribuer des tâches dans le domaine de la couverture en soins.

- Le réseau de prise en charge a un destin commun et tous ses membres sont solidaires. Pour être efficaces, chacun d'eux – au même titre que les services situés en amont et en aval – doit être suffisamment doté en personnel. Il est donc essentiel que tous les partenaires soient traités sur pied d'égalité, indépendamment de leur statut juridique.
- A l'exception des formations en soins infirmiers, l'ensemble des filières tertiaires dans le secteur de la santé sont proposées par des prestataires de formation œuvrant à l'échelle supracantonale, qui recrutent donc des étudiants et cherchent des places de stage dans plusieurs cantons. Si ces derniers ont déjà réglé l'accès aux écoles et le financement des établissements, les coûts de la formation pratique sont encore répartis de façon très inéquitable entre eux. Il faut donc s'efforcer d'instituer une plus grande solidarité dans ce domaine. Cet objectif n'est atteint à l'heure actuelle qu'en Suisse romande pour les hautes écoles spécialisées. Les mesures de promotion de la formation pratique dans les professions de santé ne peuvent être efficaces qu'à condition d'être harmonisées au plan intercantonal et de suivre une même orientation.

Le rapport fait clairement apparaître que la question des effectifs et de la qualification du personnel est primordiale pour l'avenir du secteur de la santé. Cela étant, l'harmonisation du système global de pilotage de la formation pratique revêt la plus haute priorité.

## **7.2 Pilotage supracantonale des offres de formation tertiaires**

Pour piloter l'offre formation tertiaire, la Confédération et les cantons ont développé les masterplans Formation professionnelle supérieure et Hautes écoles spécialisées. Elles sont intégrées dans la planification DFE-CDIP. Pour les HES, des priorités stratégiques sont en outre définies et des mesures de réduction des coûts fixées. Le masterplan Formation professionnelle supérieure doit clarifier les questions ouvertes concernant la structure de l'offre et les flux financiers dans la formation professionnelle supérieure et servir de base pour un nouvel accord intercantonal sur les écoles supérieures.

Le pilotage concret de l'offre de formation tertiaire au niveau des HES et des ES dans le cadre de ces masterplans incombe aux directions cantonales de l'instruction publique. Les cursus tertiaires des professions de santé ont toutefois en règle générale un caractère supracantonale. Les prestataires de formation sont en particulier dépendants de places de stage extracantonales supplémentaires.

Pilotage cantonale et caractère supracantonale tendent à rendre aléatoire l'offre de formation et il devient difficile d'en garantir un développement véritablement orienté sur les besoins. Il conviendrait en la matière de trouver des voies pour renforcer la coordination intercantonale et faire concorder les offres avec l'évolution des besoins.

## 8 Mesures au niveau de la planification

### 8.1 Amélioration et affinement de la base de données

#### 8.1.1 Statistiques du personnel

La base actuelle de données sur le personnel (statistiques respectives des hôpitaux, des institutions médico-sociales et des services d'aide et de soins à domicile) montre des lacunes qu'il y a lieu de combler le plus rapidement possible. Les améliorations nécessaires sont les suivantes:

- La tenue de statistiques détaillées sur le personnel devrait être déclarée obligatoire pour toutes les institutions du domaine de la santé (hôpitaux, cliniques, EMS, foyers de jour, services d'aide et de soins à domicile).
- La nomenclature des professions dans la statistique des hôpitaux, la statistique SOMED et la statistique Spitex doit de toute urgence être harmonisée et adaptée aux besoins du domaine de la santé, afin que les données puissent être utilisées pour une planification et un pilotage efficaces de la dotation en personnel. Étant donné la multiplicité des formations initiales et continues et le grand nombre de nouvelles filières et de nouveaux titres créés, cette unification représente un véritable défi.

Dans le cadre de la révision de la statistique des hôpitaux, un groupe de travail de la CDS a classé les formations obéissant à l'ancien droit et celles qui relèvent du droit en vigueur dans des catégories de personnel plus larges. Cette classification fait l'objet de l'annexe 2.1 de l'étude de l'Obsan.

- L'exhaustivité des statistiques du personnel doit être vérifiée, et il serait utile d'en étendre les données sociodémographiques. Une proposition de grille de données figure au chiffre 8.2.1.
- Actuellement, le personnel travaillant dans des cabinets et des instituts privés (laboratoires, instituts de radiologie, etc.) n'est pas recensé par les statistiques. La proportion de ces professionnels devrait augmenter, en raison d'une part des processus d'outsourcing qui se multiplient dans les institutions de santé et, d'autre part, de l'apparition de nouveaux champs d'activité.<sup>38</sup>

La CDS et la Confédération devraient trouver ensemble le moyen de combler ces lacunes. L'enregistrement du personnel de ces institutions devrait respecter la grille proposée au chiffre 8.2.1.

- Si l'on veut que les formations évoluent parallèlement aux besoins en effectifs, les statistiques respectives doivent être comparables et adopter la même nomenclature. Pour les formations, l'OFS utilise actuellement le code du SCRIS. La comparabilité de cet outil avec les statistiques du personnel doit être garantie.
- Les statistiques doivent illustrer le développement des structures de prise en charge. Les nouvelles offres telles que les cliniques de jour (soins aigus, psychiatrie, accueil des per-

<sup>38</sup> Par exemple, l'engagement d'infirmières diplômées et de personnel thérapeutique dans les cabinets médicaux est discuté dans le but de décharger les médecins.

sonnes âgées), les foyers de jour (accueil des personnes âgées), les maisons de naissance ou les centres de santé (soins aigus) doivent être saisies de façon appropriée et être identifiables.

- L'amélioration des statistiques du personnel permettra de disposer d'un précieux instrument de planification et de pilotage. Cet avantage doit être communiqué aux établissements afin de les encourager à établir leurs statistiques avec tout le soin requis.

### **8.1.2 Statistiques de la formation**

- Les statistiques relatives aux formations selon l'ancien droit sont établies par la CRS, l'OFS se chargeant des formations relevant du droit en vigueur. L'OFS tient une statistique consolidée; les données de l'OFS et celles de la CRS divergent en partie légèrement. Il conviendrait de revoir les compétences et le flux des données en la matière et de confier à l'avenir la statistique de la formation dans son entier à un service unique.
- Il est extrêmement difficile de se faire une idée claire de la formation continue dans les professions de santé. Il serait utile que la CDS et l'OdASanté analysent de façon approfondie l'éventail des cours de perfectionnement reconnus par la Confédération. Il s'agira ensuite d'étudier sous quelle forme ce catalogue pourrait être introduit dans la grille de saisie de l'OFS.
- Les statistiques de la formation représentent elles aussi un précieux instrument de planification et de pilotage. Cet avantage doit être communiqué aux prestataires de formation, afin de les encourager à établir leurs statistiques avec tout le soin requis.

## **8.2 Etat des lieux périodique (système d'indicateurs)**

### **8.2.1 Données relatives au personnel**

Il est fortement recommandé de procéder périodiquement à un état des lieux. Les données à relever sont celles analysées dans le présent rapport, complétées par les éléments nécessaires pour combler les lacunes constatées. Si les mesures proposées au chiffre 8.1.1 sont appliquées, l'état des lieux donnera des indications plus parlantes.

Grille de données préconisée pour la statistique du personnel dans les établissements de santé:

- collaborateurs des professions de santé par qualification en équivalents plein temps,
- collaborateurs des professions de santé par qualification en nombre de personnes,
- taux d'occupation des collaborateurs,
- lieu de travail par type d'institution et par canton,
- lieu de domicile (Suisse/étranger),
- éléments sociodémographiques (sexe, âge, état civil, nationalité),
- si possible, données sur la fluctuation des collaborateurs dans les professions de santé.

La statistique du personnel étant établie par les employeurs, il n'est pas possible d'y intégrer des données sur l'expérience professionnelle ou la durée d'exercice de la profession. Ces éléments importants doivent être saisis au moyen d'autres instruments.

L'OFS relève les données de base (des statistiques des hôpitaux, des institutions médico-sociales (SOMED) et des services d'aide et de soins à domicile (Spitex)), qu'il complète dans la mesure du possible par des statistiques sur les cabinets et instituts et sur la formation.

L'OFS, respectivement l'Obsan, est chargé d'analyser chaque année les éléments relevés selon la grille précitée et d'en livrer les résultats à la CDS, à l'OdASanté et à ses organisations membres.

A leur tour, la CDS et l'OdASanté procèdent à une analyse à l'échelle suisse de ces éléments et mettent leur évaluation à la disposition des cantons et des OdA cantonales, qui peuvent alors utiliser ce reporting comme instrument de controlling pour planifier le personnel et la formation ainsi que pour évaluer l'effet des mesures prises.

### **8.2.2 Planification des soins**

Pour les institutions de santé, les cantons disposent déjà de planifications des soins, dont les exigences minimales relèvent du droit fédéral (listes respectives des hôpitaux et des EMS selon la LAMal). Pour bien gérer le développement du système de prise en charge sanitaire et, partant, évaluer les effectifs nécessaires dans les professions de santé, ils doivent impérativement actualiser ces instruments de façon régulière et les compléter au besoin.

Les planifications des soins doivent fournir des indications qualitatives et quantitatives sur les points ci-après:

- Evolution des besoins de la population en prestations médicales, thérapeutiques, médico-techniques et infirmières.
- Stratégie de couverture des besoins (stratégie de prise en charge): dans quelle mesure et de quelle manière les besoins doivent-ils être couverts, quels prestataires (hôpitaux, EMS, Spitex) doivent fournir quelles prestations, à quelles innovations faut-il recourir?
- Mise en regard de l'évolution des besoins avec la stratégie de prise en charge: cette comparaison permet d'évaluer l'augmentation ou la baisse prévisibles des prestations dans chacun des domaines, et de déterminer sur cette base si les besoins en effectifs dans les professions de santé vont s'accroître ou se réduire.

## **8.3 Evaluation des mesures**

Les mesures visant à garantir une dotation suffisante en personnel dans les professions de santé non médicales sont soumises à une évaluation portant sur leur mise en œuvre et sur leur effet.

### **8.3.1 Evaluation de la mise en œuvre des mesures proposées**

Le présent rapport émet des recommandations à l'intention des cantons, des associations professionnelles et des institutions sur les mesures à mettre en application. Elles figurent dans la partie III, au chapitre 8. La CDS et l'OdASanté relèvent périodiquement les mesures prises par les différentes organisations. La Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) doit être associée au processus lorsqu'il s'agit d'évaluer des questions touchant à la formation.

### **8.3.2 Evaluation de l'effet des mesures proposées**

L'évaluation de l'effet des mesures incombe en priorité à l'organisme qui les a prises et financées. La CDS et l'OdASanté demandent régulièrement aux cantons et aux OdA cantonales de leur communiquer les résultats disponibles et les résumer dans un reporting, en y ajoutant de nouvelles recommandations.

## Glossaire

Aide-soignante	Les aides-soignantes font partie de l'équipe des EMS ou des hôpitaux, où elles soutiennent le personnel soignant. Leur formation dure en règle générale un an et s'achève par un examen. Cette filière sera proposée pour la dernière fois en 2011, puis supprimée dans le sillage de la réforme du système de la formation professionnelle.
Communication sur les professions	Travail de communication sur les formations et les professions comprenant des aspects aussi bien informatifs que publicitaires et s'adressant en priorité au groupe cible des apprentis et étudiants potentiels.
Domaine d'apprentissage Training et Transfert (TT)	Dans un environnement équipé de façon adaptée, le domaine TT permet l'entraînement ciblé de compétences professionnelles et l'apprentissage du transfert de la théorie à la pratique, ainsi que de la pratique à la théorie. La responsabilité de ce domaine est portée conjointement par les prestataires de formation et les établissements de stage.
Formation en école	Dans la formation en école, les compétences pratiques sont acquises sous forme de stages, sans engagement des apprentis ou étudiants, dans des établissements de santé. Comme dans le principe dual, la responsabilité principale de la formation est assumée par l'école.
Formation en principe dual	Dans le principe dual, les apprentis ou étudiants (aux degrés secondaire II ou tertiaire B) sont engagés par l'entreprise formatrice, mais la responsabilité principale de leur formation est assumée par l'école.
Frontaliers	Personnes travaillant en Suisse tout en étant domiciliées dans un pays voisin. Pour les statistiques, elles ne font pas partie de la population suisse.
Grademix	Composition d'une équipe par des collaborateurs ayant suivi des formations et des cours de perfectionnement officiels divers.
Lieu de formation pratique	Troisième lieu de formation à côté de l'école et du domaine Training et Transfert. Les compétences sont acquises par la pratique professionnelle au sein d'institutions de santé.
Reconversion professionnelle	On parle de reconversion professionnelle pour les personnes au bénéfice d'une formation et d'une expérience professionnelles dans un domaine autre que la santé et qui, ayant entamé ou achevé une filière dans une profession de santé, entrent dans ce champ professionnel nouveau pour elles.
Réinsertion professionnelle	On parle de réinsertion professionnelle pour les personnes au bénéfice d'une formation dans une profession de santé qui reprennent un emploi dans une institution sanitaire après avoir quitté le marché du travail pendant une période plus ou moins longue.
Skillmix	Composition d'une équipe par des collaborateurs ayant des expériences professionnelles diverses et des aptitudes individuelles.
Stages	Périodes passées par les étudiants des degrés tertiaire ou secondaire II dans la pratique professionnelle. Les stages doivent être pilotés au moyen de conventions définissant des objectifs, orientés sur les compé-

## Glossaire

---

	tences et encadrés par du personnel spécialisé. Ils sont placés sous la surveillance des prestataires de formation. Les engagements et les champs d'activités correspondent au niveau de formation des étudiants. Les exigences posées aux établissements sont fixées par les prestataires de formation.
Niveau tertiaire A	Hautes écoles: universités et hautes écoles spécialisées
Niveau tertiaire B	Formation professionnelle supérieure: écoles supérieures, examens professionnels supérieurs, examens professionnels fédéraux

## **Annexes**

## Annexe 1 Part de la population résidente étrangère et des frontaliers par canton

Canton	Population résidente permanente 2008				Frontaliers 1er semestre 2009			
	Tous Total	Suisses Total	Etrangers Total	Pourcentage d'étrangers	Toutes branches Total	En pour cent de la population résidente	Branche santé- social	En pour cent de toutes les branches
<b>Suisse</b>	<b>7 701 856</b>	<b>6 032 141</b>	<b>1 669 715</b>	<b>21.7%</b>	<b>213'535</b>	<b>2.8%</b>	<b>17'247</b>	<b>8.1%</b>
Zurich	1 332 727	1 019 182	313 545	23.5%	5'734	0.4%	380	6.6%
Berne	969 299	845 650	123 649	12.8%	1'649	0.2%	44	2.7%
Lucerne	368 742	309 007	59 735	16.2%	121	0.0%	7	5.8%
Uri	35 162	31 945	3 217	9.1%	3	0.0%	0	0.0%
Schwytz	143 719	118 044	25 675	17.9%	87	0.1%	3	3.4%
Obwald	34 429	30 153	4 276	12.4%	16	0.0%	1	6.3%
Nidwald	40 737	36 434	4 303	10.6%	27	0.1%	0	0.0%
Glaris	38 370	30 940	7 430	19.4%	9	0.0%	0	0.0%
Zoug	110 384	85 097	25 287	22.9%	147	0.1%	0	0.0%
Soleure	251 830	203 509	48 321	19.2%	1'413	0.6%	63	4.5%
Bâle-Ville	186 672	129 290	57 382	30.7%	30'278	16.2%	2'565	8.5%
Bâle-Campagne	271 214	220 967	50 247	18.5%	17'226	6.4%	910	5.3%
Schaffhouse	75 303	58 291	17 012	22.6%	4'177	5.5%	310	7.4%
Appenzell Rhodes-Extérieures	53 054	45 775	7 279	13.7%	255	0.5%	68	26.7%
Appenzell Rhodes-Intérieures	15 549	13 984	1 565	10.1%	74	0.5%	3	4.1%
St-Gall	471 152	369 971	101 181	21.5%	6'971	1.5%	406	5.8%
Grisons	190 459	160 840	29 619	15.6%	3'563	1.9%	204	5.7%
Argovie	591 632	467 649	123 983	21.0%	9'959	1.7%	785	7.9%
Thurgovie	241 811	191 942	49 869	20.6%	3'466	1.4%	533	15.4%
<b>Suisse alémanique</b>	<b>5 422 245</b>	<b>4 368 670</b>	<b>1 053 575</b>	<b>19.4%</b>	<b>85'175</b>	<b>1.6%</b>	<b>6'282</b>	<b>7.4%</b>
Fribourg	268 537	222 471	46 066	17.2%	170	0.1%	11	6.5%
Tessin	332 736	248 274	84 462	25.4%	43'773	13.2%	2'361	5.4%
Vaud	688 245	482 317	205 928	29.9%	16'472	2.4%	1'613	9.8%
Valais	303 241	242 684	60 557	20.0%	1'687	0.6%	105	6.2%
Neuchâtel	170 924	130 331	40 593	23.7%	7'856	4.6%	532	6.8%
Genève	446 106	276 012	170 094	38.1%	52'880	11.9%	5'994	11.3%
Jura	69 822	61 382	8 440	12.1%	5'522	7.9%	349	6.3%
<b>Suisse latine</b>	<b>2 279 611</b>	<b>1 663 471</b>	<b>616 140</b>	<b>27.0%</b>	<b>128'360</b>	<b>5.6%</b>	<b>10'965</b>	<b>8.5%</b>

Source: OFS - ESPOP et Statistique des frontaliers.

## Annexe 2.1 Evolution du nombre de titres de formation

Professions médico-techniques du degré tertiaire, CRS	Titres 2000	Titres 2001	Titres 2002	Titres 2003	Titres 2004	Titres 2005	Titres 2006	Titres 2007	Titres 2008	Moyenne 2000 – 2008
Laboratoire médical (LABM / ABM)	191	159	181	163	160	161	169	143	112	160
Radiologie médico-technique (y compris HES)	99	100	88	80	82	77	87	114	92	81
Technique opératoire	66	59	62	93	82	90	72	87	65	75
Ambulanciers	13	89	87	146	138	131	123	119	118	107
Total des professions médico-techniques du degré tertiaire	369	407	418	482	462	459	451	463	387	433

Professions thérapeutiques du degré tertiaire	Titres 2000	Titres 2001	Titres 2002	Titres 2003	Titres 2004	Titres 2005	Titres 2006	Titres 2007	Titres 2008	Moyenne 2000 – 2008
Diététique (y compris HES)	37	37	37	38	52	34	51	55	51	44
Physiothérapie (y compris HES)	268	296	268	281	305	309	278	315	313	293
Ergothérapie (y compris HES)	78	83	81	77	99	62	71	91	109	83
Sages-femmes (y compris HES)	104	110	96	106	104	107	100	99	111	104
Thérapie d'animation	16	27	33	34	53	34	17	31	37	31
Total des professions thérapeutiques du degré tertiaire	503	553	515	536	612	546	518	591	621	555

Professions des soins et de l'assistance du degré tertiaire	Titres 2000	Titres 2001	Titres 2002	Titres 2003	Titres 2004	Titres 2005	Titres 2006	Titres 2007	Titres 2008	Moyenne 2000 – 2008
Diplôme HES en soins infirmiers	0	0	0	0	0	0	186	282	321	<i>en cours d'élaboration</i>
Diplôme DN II, formation régulière et diplôme en soins infirmiers ES	1'403	1'626	1'630	1'449	1'496	1'520	1'394	1'342	1'456	1'480
Diplôme DN I, formation régulière	793	971	824	890	767	692	601	531	338	712
Total des professions des soins et de l'assistance du degré tertiaire	2'196	2'597	2'454	2'339	2'263	2'212	2'181	2'155	2'115	2'279

Postqualifications dans des professions des soins et de l'assistance du degré tertiaire	Titres 2000	Titres 2001	Titres 2002	Titres 2003	Titres 2004	Titres 2005	Titres 2006	Titres 2007	Titres 2008	Moyenne 2000 – 2008
Diplôme en soins DN II, année de passage DN I	336	469	500	610	620	628	492	418	330	489
Passerelle vers le diplôme DN II	31	11	18	6	0	1	0	0	0	7
Passerelle vers le diplôme DN I	358	382	264	348	265	219	109	150	152	250
Total des professions des soins et de l'assistance du degré tertiaire	725	862	782	964	885	848	601	568	482	746

Professions des soins et de l'assistance avec CFC	Titres 2000	Titres 2001	Titres 2002	Titres 2003	Titres 2004	Titres 2005	Titres 2006	Titres 2007	Titres 2008
Assistante en soins et santé communautaire	0	0	0	0	82	305	777	1'526	1'928
Aide familiale	249	255	253	246	213	235	239	243	156
Accompagnatrice des personnes âgées	180	182	227	246	232	264	268	357	49
Assistante socio-éducative, orientation accompagnement des personnes âgées	0	0	0	0	0	1	1	0	81
Assistante socio-éducative, orientation généraliste	0	0	0	0	0	0	0	0	106
Assistante médicale	682	761	695	896	760	856	854	909	898
Total des professions des soins et de l'assistance avec CFC	1'111	1'198	1'175	1'388	1'287	1'661	2'139	3'035	3'218

Professions et cours du degré secondaire II non réglementés par la Confédération	Titres 2000	Titres 2001	Titres 2002	Titres 2003	Titres 2004	Titres 2005	Titres 2006	Titres 2007	Titres 2008	Moyenne 2000 – 2008
Aide-soignante	1'047	1'135	1'086	1'199	1'294	980	898	801	748	1'021
Auxiliaire de santé CRS (attestation de cours)	non connu	non connu	non connu	2'917	3'036	3'330	3'214	3'353	3'401	3'209
Total des professions et cours du degré secondaire II non réglementés par la Confédération	1'047	1'135	1'086	4'116	4'330	4'310	4'112	4'154	4'149	4'229

## Sources:

- Degré tertiaire, sans la thérapie d'animation: statistique de la CRS
- Degré secondaire II, avec la thérapie d'animation: statistique de l'OFS

Remarque: de nombreuses données figurent dans les statistiques tant de la CRS que de l'OFS. Elles montrent des variations mineures.

## Annexe 2.2 Certificats de maturité professionnelle, certificats de maturité spécialisée et diplômes de culture générale par canton (2008)

Canton de domicile	Maturités professionnelles santé – social	Maturités spécialisées, total	Diplômes de culture générale, total
<b>Suisse occidentale</b>	<b>182</b>	<b>86</b>	<b>1'656</b>
Vaud	56	38	550
Valais	48	0	301
Genève	8	48	398
Fribourg	30	0	239
Neuchâtel	30	0	130
Jura	10	0	38
<b>Nord-Ouest de la Suisse</b>	<b>185</b>	<b>248</b>	<b>992</b>
Berne	138	0	179
Soleure	20	31	97
Bâle-Ville	1	72	184
Bâle-Campagne	0	145	296
Argovie	26	0	236
<b>Zurich</b>	<b>336</b>	<b>0</b>	<b>201</b>
<b>Suisse orientale</b>	<b>104</b>	<b>29</b>	<b>437</b>
Glaris	1	0	22
Schaffhouse	0	0	48
Appenzell Rhodes-Extérieures	2	0	17
Appenzell Rhodes-Intérieures	5	0	0
St-Gall	38	19	148
Grisons	2	0	78
Thurgovie	56	10	124
<b>Suisse centrale</b>	<b>103</b>	<b>25</b>	<b>256</b>
Lucerne	59	0	140
Uri	5	5	14
Schwytz	19	0	47
Obwald	9	0	0
Nidwald	6	0	0
Zoug	5	20	55
<b>Tessin</b>	<b>59</b>	<b>143</b>	<b>143</b>
dont titres étrangers	2	0	0
<b>Total</b>	<b>971</b>	<b>531</b>	<b>3'685</b>

**Annexe 2.3 Prestataires de formation de filières ES (état printemps 2009)**

Soins	Diplômes de soins infirmiers ES	TA	Thérapie d'animation
ABM	Analyses biomédicales	AMB	Soins ambulanciers
TRM	Radiologie médico-technique	HD	Hygiène dentaire
TSO	Technique opératoire	OPT	Orthoptique

Canton	Prestataire de formation	Soins	ABM	TRM	TSO	TA	AMB	HD	OPT
AG	Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales Aarau	X			X				
AG	Emergency Schulungszentrum AG Zofingen						X		
BE	Medi Zentrum für medizinische Bildung Bern		X	X	X	X	X	X	
BE	Berner Bildungszentrum Pflege Bern	X							
BS/BL	BZG Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt Münchenstein	X	X	X					
GE	Centre de formation professionnelle santé et social (Cefops) Genève						X		
GL	Pflegeschule Glarus	X							
GR	Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Chur	X							
LU	Höhere Fachschule Gesundheit Zentralschweiz Luzern	X	X						
LU	SIRMED Nottwil						X		
NE	Centre professionnel du Littoral neuchâtelois Neuchâtel		X						
SG	BZGS Berufs- und Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe St. Gallen	X	X		X				
SG	BZSL Berufs- und Weiterbildungszentrum für das Sarganserland Sargans	X							
SH	Schule für Pflegeberufe BBZ Schaffhausen								
SO	Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Solothurn	X							
TG	Bildungszentrum für Gesundheit Frauenfeld	X							
TI	Centro professionale Locarno		X	X					
TI	Scuola cantonale in cure infermieristiche Lugano	X							
TI	Scuola superiore medico-tecnica Trevano				X				
TI	Scuola specializzata superiore Bellinzona e Lugano	X							
VD	Ecole supérieure de la santé Lausanne		X		X				
VD	Ecole supérieure de soins ambulanciers Bois-Cerf Lausanne						X		
VD	Ecole d'orthoptique de Lausanne								X
ZH	Careum Bildungszentrum Zürich	X	X	X	X				
ZH	Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Winterthur	X							X
ZH	Dentalhygiene-Schule Zürich							X	

---

ZH	Prophylaxe Zentrum Zürich							X	
----	---------------------------	--	--	--	--	--	--	---	--

Le plan d'études cadre pour la filière tertiaire de podologue est en cours d'élaboration, raison pour laquelle la formation n'est pas incluse dans le présent aperçu. En Suisse occidentale, le canton de Genève propose une formation en trois ans débouchant sur un diplôme reconnu au plan cantonal.

**Annexe 2.4 Prestataires de formation de filières HES**

Soins	Bachelor of Science en soins infirmiers
TRM	Bachelor of Science en technique en radiologie médicale (uniquement Suisse occidentale)
PHYS	Bachelor of Science en physiothérapie
ERGO	Bachelor of Science en ergothérapie
SF	Bachelor of Science de sage-femme
DIE	Bachelor of Science en diététique

Ecole	Prestataires de formation / Sites	Soins	TRM	PHYS	ERGO	SF	DIET
HESB Berne	Haute école spécialisée bernoise, section santé, Berne	X		X		X	X
	Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt (en coopération avec la HESB)						
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit	X		X	X	X	
FHS St. Gallen	FHS St. Gallen, Fachbereich Gesundheit	X					
HES-SO	Haute école de santé Fribourg	X					
	Haute école de santé Genève	X	X	X		X	X
	Haute école Arc Santé Delémont	X					
	Haute école de travail social et de la santé Lausanne				X		
	Haute école cantonale vaudoise de la santé Lausanne	X	X	X		X	
	Haute école de santé – La Source Lausanne	X					
	Haute école du Valais, Santé et travail social Sion	X		X			
SUPSI	Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno	X		X	X		
	Fachhochschule Physiotherapie, Akademie Thim van der Laan, Landquart						

## Annexe 3 Evolution du nombre de personnes achevant leur scolarité obligatoire par canton 2008 – 2018

Année de sortie	Total	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL
1998	78'323	12'553	10'877	3'912	412	1'672	476	410	460	1'010	2'549	2'697	2'009	2'847
1999	77'100	11'707	10'578	3'951	402	1'515	421	450	492	1'048	2'651	2'728	2'097	2'723
2000	76'380	11'687	10'250	4'176	442	1'493	444	405	473	1'000	2'679	2'567	1'690	2'685
2001	76'717	11'512	10'008	4'039	429	1'498	480	460	421	1'056	2'877	2'705	1'545	2'713
2002	76'294	11'458	9'839	4'136	428	1'571	497	429	417	1'048	2'826	2'489	1'584	2'705
2003	77'855	12'065	10'079	4'118	430	1'509	490	473	413	1'135	2'820	2'568	1'532	2'762
2004	80'316	12'003	10'572	4'269	425	1'562	506	470	503	1'116	3'031	2'713	1'688	2'809
2005	81'679	12'279	10'247	4'346	385	1'619	509	453	479	1'137	3'007	2'738	1'671	2'720
2006	83'058	12'367	10'567	4'473	452	1'597	541	504	441	1'196	3'203	2'699	1'560	2'745
2007	84'590	12'570	10'666	4'521	411	1'672	507	499	455	1'212	3'387	2'792	1'656	2'792
2008	84'258	12'573	10'475	4'610	428	1'666	512	476	463	1'140	3'417	2'732	1'679	2'808
2009	81'858	12'372	10'221	4'513	433	1'659	475	457	464	1'175	3'320	2'605	1'639	2'648
2010	80'788	12'260	10'167	4'506	396	1'654	453	462	451	1'152	3'283	2'548	1'587	2'712
2011	80'633	12'411	9'990	4'468	411	1'654	443	425	432	1'219	3'461	2'567	1'537	2'624
2012	80'678	12'420	9'839	4'522	389	1'614	474	422	425	1'212	3'306	2'543	1'584	2'606
2013	78'771	12'404	9'386	4'349	395	1'574	415	430	412	1'194	3'360	2'555	1'527	2'557
2014	77'815	12'223	9'267	4'163	360	1'530	449	410	404	1'174	3'401	2'366	1'532	2'610
2015	77'496	12'445	9'079	4'018	380	1'535	441	432	348	1'186	3'280	2'448	1'462	2'590
2016	76'814	12'645	8'998	3'663	369	1'557	435	400	360	1'233	3'351	2'342	1'519	2'518
2017	74'921	12'353	8'700	3'566	347	1'422	402	383	342	1'169	3'254	2'278	1'468	2'467
2018	73'900	12'514	8'542	3'522	348	1'433	386	386	340	1'168	3'196	2'261	1'479	2'389

Annexes

Année de sortie	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU
1998	833	604	202	5'753	2'080	6'212	3'107	2'867	5'787	3'019	1'508	3'691	776
1999	782	582	223	5'758	2'015	6'238	3'003	2'814	5'752	3'057	1'600	3'781	732
2000	770	624	199	5'609	2'148	6'540	3'010	2'768	5'598	2'869	1'627	3'885	742
2001	809	652	213	5'722	2'095	6'346	2'925	2'835	5'786	3'074	1'692	4'014	811
2002	741	584	225	5'635	2'081	6'176	2'792	2'800	6'326	3'115	1'656	3'989	747
2003	825	603	201	5'438	2'156	6'038	2'811	2'912	6'667	3'075	1'771	4'193	771
2004	866	628	229	5'625	2'247	6'309	2'978	2'863	6'644	3'215	1'781	4'414	850
2005	876	648	213	5'946	2'180	6'593	3'143	2'880	7'044	3'288	1'910	4'534	834
2006	860	658	246	6'062	2'133	6'543	3'124	3'058	7'242	3'372	1'878	4'709	828
2007	810	667	257	6'108	2'111	6'650	3'121	3'111	7'484	3'383	1'930	4'903	915
2008	812	677	244	6'149	2'226	6'610	3'129	3'126	7'382	3'365	1'974	4'738	848
2009	812	645	238	5'564	2'050	6'459	3'131	3'106	7'161	3'251	1'790	4'853	816
2010	791	623	239	5'385	1'910	6'277	2'936	3'017	7'168	3'283	1'812	4'899	819
2011	789	608	225	5'380	1'855	6'179	2'968	3'084	7'212	3'159	1'849	4'856	826
2012	776	603	218	5'215	1'937	6'287	2'801	3'192	7'484	3'239	1'795	4'959	815
2013	761	604	219	5'097	1'826	6'138	2'739	3'138	7'224	3'060	1'783	4'816	806
2014	702	591	199	5'076	1'843	5'844	2'748	3'068	7'320	3'107	1'729	4'851	851
2015	708	539	198	4'915	1'860	5'890	2'659	3'141	7'371	2'980	1'797	4'987	808
2016	682	517	187	4'874	1'888	5'748	2'632	2'962	7'454	3'029	1'730	4'918	802
2017	646	500	177	4'676	1'766	5'607	2'490	3'072	7'324	2'961	1'759	4'986	807
2018	647	494	185	4'604	1'636	5'620	2'438	2'930	7'242	2'887	1'721	4'759	774

Source: Office fédéral de la statistique, Perspectives de la formation, scénario «Convergence».

**Annexe 4 Exemples de sites cantonaux sur les professions de santé**GR: [www.bgs-chur.ch](http://www.bgs-chur.ch)VD: [www.cips-vd.ch](http://www.cips-vd.ch)BE: [www.gesundheitsberufe-bern.ch](http://www.gesundheitsberufe-bern.ch)SH: [www.ibg-sh.ch](http://www.ibg-sh.ch)ZH: [www.puls-beruf.ch](http://www.puls-beruf.ch)BS/BL: [www.xundjobs.ch](http://www.xundjobs.ch)Suisse centrale: [www.zigg.ch](http://www.zigg.ch)

## Annexe 5 Scénarios relatifs aux besoins de relève

Besoins de relève, scénario longue durée d'exercice de la profession : <ul style="list-style-type: none"> <li>– degré tertiaire: 20 ans</li> <li>– degré secondaire II: 15 ans</li> <li>– niveau auxiliaire / cours: 10 ans</li> </ul>	Scénario de référence Obsan Chiffres 2006	Scénario alternatif Obsan Chiffres 2006
	<i>Résultat A</i>	<i>Résultat C</i>
Professions thérapeutiques	318	369
Professions médico-techniques	503	585
Sages-femmes	103	119
Professions de soins du degré tertiaire	4'087	4'752
<i>Soins et assistance sec. II, maintien dans la profession</i>	<i>1'920</i>	<i>2'079</i>
<i>Soins et assistance sec. II, fonction de recrutement</i>	<i>2'044</i>	<i>2'376</i>
Soins et assistance secondaire II, total	3'964	4'455
Soins et assistance, niveau auxiliaire AS / AFP	1'353	1'460
<b>Total personnes au bénéfice d'une formation professionnelle</b>	<b>10'328</b>	<b>11'740</b>
Cours de soins et d'assistance	2'714	2'868
Sans formation dans les soins et l'assistance	1'998	2'122
<b>Total personnes</b>	<b>4'712</b>	<b>4'990</b>

Besoins de relève, scénario durée d'exercice de la profession modérée : <ul style="list-style-type: none"> <li>– degré tertiaire: 15 ans</li> <li>– degré secondaire II: 12,5 ans</li> <li>– niveau auxiliaire: 10 ans</li> </ul>	Scénario de référence Obsan Chiffres 2006	Scénario alternatif Obsan Chiffres 2006
	<i>Résultat B</i>	<i>Résultat D</i>
Professions thérapeutiques	412	464
Professions médico-techniques	653	735
Sages-femmes	133	150
Professions de soins du degré tertiaire	5'301	5'965
<i>Soins et assistance sec. II, maintien dans la profession</i>	<i>2'232</i>	<i>2'391</i>
<i>Soins et assistance sec. II, fonction de recrutement</i>	<i>2'650</i>	<i>2'983</i>
Soins et assistance secondaire II, total	4'883	5'373
Soins et assistance, niveau auxiliaire AS / AFP	1'564	1'671
<b>Total personnes au bénéfice d'une formation professionnelle</b>	<b>12'946</b>	<b>14'358</b>
Cours de soins et d'assistance	2'714	2'868
Sans formation dans les soins et l'assistance	1'998	2'122
<b>Total personnes</b>	<b>4'712</b>	<b>4'990</b>

---

## Annexe 6      **Recommandations pour l'évaluation des besoins de relève**

Cette annexe se veut un outil de travail pour l'évaluation des besoins de relève au niveau des établissements ou au niveau du système de santé; il est appelé à se développer au fur et à mesure des expériences recueillies lors de son utilisation. La matrice de calcul proposée est également disponible sous forme de fichier Excel.<sup>39</sup>

### **1. Principes de planification**

L'évaluation des besoins de relève se fonde notamment sur les instruments de planification suivants:

- Les stratégies et les planifications cantonales en matière de couverture en soins (planification hospitalière et politique du 3<sup>e</sup> âge; listes des hôpitaux et des EMS), qui reflètent l'évolution attendue des besoins en termes de prestations et la manière dont ce paramètre se répercutera sur chacun des secteurs de prise en charge (hôpitaux, EMS et cliniques).
- Le cadre dans lequel s'inscrivent les systèmes de pilotage des cantons: modes de financement, consignes structurelles relatives à la qualité, dispositions applicables aux autorisations d'exploitation.
- Les dispositions et les conditions cadres prévues par le droit fédéral, qui trouvent leur application dans les principes de planification et les instruments de pilotage cantonaux.

Au niveau des cantons, ces stratégies permettent d'élaborer des scénarios pour l'évolution des besoins en prestations par domaine de prise en charge (soins aigus, long séjour en mode semi-hospitalier ou hospitalier et Spitex). Ces scénarios peuvent être repris par les établissements. A noter que la politique adoptée par ces derniers a également un impact sur les besoins de relève, car elle détermine leur propre développement et leur positionnement sur le marché.

### **2. Evaluation des besoins de relève**

Pour calculer les besoins de relève, il importe d'examiner l'évolution des variables suivantes:

- durée d'exercice des professions,
- taux d'occupation du personnel,
- composition des équipes par niveau de qualification,
- prestations.

La prise en compte de chacun de ces éléments permet d'évaluer la demande future en personnel en procédant en trois étapes, la première comprenant deux phases. Cette systématique peut être appliquée au niveau de l'établissement comme du système global de prise en charge.

Les besoins de relève désignent le nombre de nouveaux collaborateurs qu'il s'agit de trouver annuellement pour le marché du travail et, en principe, de former (ce dernier point ne concerne pas

---

<sup>39</sup> Le fichier peut être demandé auprès de la CDS ou de l'OdASanté.

les personnes en réinsertion professionnelle ou ne désirant pas suivre une formation). Si l'on considère le problème des effectifs à l'échelle du système dans son entier, l'option qui consisterait, pour un établissement, à débaucher du personnel dans une autre institution n'est pas une mesure permettant de garantir la relève.

### Etape 1: Evaluation des besoins en personnel pour le remplacement des collaborateurs quittant le marché du travail

La première phase consiste à évaluer le nombre de personnes qui vont quitter la vie professionnelle et devront en conséquence être remplacées.

Pour le système dans son ensemble, ainsi que pour les établissements de grande envergure, une estimation grossière tenant compte de la durée d'exercice des professions est suffisante. Pour les institutions de plus petite taille, il est recommandé de compléter les données par l'observation de la structure des âges dans chacun des groupes professionnels.

On introduit tout d'abord dans le tableau les effectifs actuels, le nombre de postes et une évaluation de la durée d'exercice de la profession pour chaque catégorie de collaborateurs. Les besoins annuels de remplacement du personnel quittant le monde du travail (colonne 5) résultent de la division entre les effectifs actuels (colonne 1) et la durée de la vie professionnelle (colonne 4).

L'opération est illustrée ci-dessous à l'aide d'un exemple tiré du domaine soins et assistance dans un hôpital de soins aigus de taille moyenne.<sup>40</sup>

	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5
	Effectifs 2009	Postes 2009	Taux d'occupation moyen 2009	Durée estimée d'exercice de la profession	Besoins de remplacement du personnel sortant 2009
Degré tertiaire	370	284,2	76,8%	20,0	18,5
Secondaire II	140	105,2	75,1%	15,0	9,3
Niveau auxiliaire	80	57,2	71,5%	15,0	5,3
Cours et «sans formation»	180	122	67,8%	10,0	18,0
Total	770	568,6			51,2

Dans une seconde phase, il s'agit de considérer le taux d'occupation moyen (TOM), paramètre également important: s'il augmente, le nombre de personnes nécessaires pour remplacer les collaborateurs quittant la vie professionnelle se réduit. S'il diminue, par contre, l'effet est inversé.

L'exemple ci-dessous montre le calcul en fonction de la modification du TOM. On peut inscrire dans la colonne 6 l'estimation de cette variable, qu'il est recommandé d'extrapoler sur plusieurs années. La colonne 7 donne le TOM en 2014 par l'addition des colonnes 3 et 6.

La division du nombre de postes (colonne 2) par le nouveau TOM (colonne 7) fournit les effectifs nécessaires pour 2014 (colonne 8). La différence entre les colonnes 8 et 1 (colonne 9) indique les

<sup>40</sup> Certains résultats du tableau sont des fractions, même s'il s'agit de nombre de personnes. Ce n'est qu'au terme de la troisième étape que les valeurs sont arrondies.

changements en matière de besoins de relève entre 2009 et 2014. En additionnant les colonnes 5 et 9, on obtient les besoins de remplacement en 2014 pour le personnel sortant, compte tenu de l'évolution du TOM (colonne 10).

	<i>Colonne 6</i>	<i>Colonne 7</i>	<i>Colonne 8</i>	<i>Colonne 9</i>	<i>Colonne 10</i>
	Modification estimée du TOM jusqu'en 2014	Nouveau TOM 2014	Effectifs 2014	Modification des besoins de remplacement jusqu'en 2014	Besoins de remplacement du personnel sortant 2014
Degré tertiaire	-2,0%	74,8%	380	9,9	28,4
Secondaire II	5,0%	80,1%	131	-8,7	0,6
Niveau auxiliaire	1,0%	72,5%	79	-1,1	4,2
Cours et «sans formation»	-3,0%	64,8%	188	8,3	26,3
Total			778	8	59,6

L'observation du TOM permet en outre de déterminer s'il est judicieux de prendre des mesures afin d'agir sur son évolution et, si oui, lesquelles.

Enfin, il est possible de saisir dans le tableau des données individuelles, relatives par exemple à la structure des âges au sein de l'établissement. Là aussi, les chiffres correspondent à un nombre de personnes et non pas de postes.

	<i>Colonne 11</i>	<i>Colonne 12</i>
	Correction individuelle des besoins de remplacement	Besoins de remplacement évalués pour 2014
Degré tertiaire	1,0	29,4
Secondaire II	0,0	0,6
Niveau auxiliaire	2,0	6,2
Cours et «sans formation»	1,0	27,3
Total	4,0	63,6

## **Etape 2: Effets des modifications dans la composition des équipes par niveau de qualification**

Des changements en matière d'attribution des tâches et de profils de compétences dans les groupes professionnels, l'introduction d'instruments ou de moyens auxiliaires nouveaux ou encore l'évolution de la situation sur le marché du travail ou de la formation peuvent générer des processus inédits ou l'adoption de nouvelles normes. Ces différents facteurs sont susceptibles d'entraîner une modification de la composition des équipes par niveau de qualification, qu'il est possible de représenter en imaginant la répartition future des postes.

L'évolution doit être considérée à moyen terme, soit sur une période de 5 ans. La colonne 14 contient la composition actuelle des équipes par niveau de qualification selon les effectifs inscrits à la colonne 1. Dans la colonne 15, il est possible de saisir des hypothèses relatives à la répartition future des postes par qualification, le total devant toujours être égal à 100%.

La modification des besoins de remplacement s'obtient par la différence entre les effectifs de 2009 et ceux de 2014, le résultat étant divisé par 5 puisque le processus est évalué sur 5 ans. La somme des colonnes 12 et 17 indique le besoin de remplacement annuel en fonction de la nouvelle composition des équipes.

	<i>Colonne 14</i>	<i>Colonne 15</i>	<i>Colonne 16</i>	<i>Colonne 17</i>	<i>Colonne 18</i>
	Composition des équipes 2009	Composition estimée des équipes 2014	Effectifs 2014	Modification des besoins de remplacement en raison de la nouvelle composition des équipes	Besoins de remplacement évalués pour 2014 avec la nouvelle composition des équipes
Degré tertiaire	50,0%	48,0%	374	-1,3	28,1
Secondaire II	18,5%	20,0%	156	4,9	5,5
Niveau auxiliaire	10,1%	11,0%	86	1,3	7,6
Cours et «sans formation»	21,5%	21,0%	163	-5,0	22,4
Total	100,0%	100,0%	778		63,6

### Etape 3: Répercussions de l'évolution des prestations sur les besoins de relève

Les planifications cantonales indiquent la manière dont la demande en prestations se développera dans les différents domaines de prise en charge et quelles seront ses répercussions sur les besoins en personnel.

Ces deux paramètres n'évoluent pas strictement en parallèle. De plus, il se peut que l'on assiste à une amélioration de la productivité, qui doit entrer dans l'appréciation. C'est pourquoi, dans le tableau suivant, des hypothèses sont émises sur le «développement net des prestations», autrement dit sur la nécessité d'augmenter ou de diminuer les effectifs pour fournir un volume de prestations accru ou réduit, compte tenu d'une amélioration éventuelle de la productivité. Là aussi, il s'agit d'indiquer des valeurs sur plusieurs années, dont on pourra ensuite déduire des chiffres pour une année (colonne 21).

Au final, l'objectif à atteindre pour répondre aux besoins de relève en 2014 figure dans la colonne 22, qui correspond à l'addition des colonnes 18 et 21.

	<i>Colonne 19</i>	<i>Colonne 20</i>	<i>Colonne 21</i>	<i>Colonne 22</i>
	Evolution des prestations 2009 - 2014	Modification des effectifs 2009 - 2014	Modification annuelle des effectifs 2009 - 2014	Objectif à atteindre pour la relève 2014
Degré tertiaire	6,5%	24,3	4,9	33
Secondaire II	6,5%	10,1	2,0	8
Niveau auxiliaire	6,5%	5,6	1,1	9
Cours et «sans formation»	6,5%	10,6	2,1	24
Total		51	10,1	74

---

### 3. Conclusion

Le résultat final fournit une estimation objectivée des besoins de relève à moyen terme. Pour les établissements, elle constitue un ordre de grandeur relatif au but à atteindre en vue de couvrir leurs propres besoins en effectifs. Certes, la matrice de calcul proposée ne reflète pas fidèlement la réalité, car la demande en personnel est influencée par un grand nombre d'autres facteurs. Mais la prise en considération des éléments les plus importants permet de se faire une idée approximative de la situation, de mieux mesurer l'impact de toute variation des facteurs pris en compte et d'évaluer ainsi, de façon plus fiable, l'effet des actions entreprises au niveau des institutions.

A l'échelle du système dans son entier, les données obtenues doivent être examinées à la lumière d'autres variables, telles que le potentiel des diverses institutions en matière de formation aux professions de santé. Pour des raisons structurelles, les hôpitaux ont les meilleures possibilités en la matière, tandis que les services d'aide et de soins à domicile sont moins bien outillés. Jusqu'ici, le secteur hospitalier a apporté une contribution solidaire à la formation et il est essentiel qu'il poursuive dans cette voie. Il est cependant encore plus important que le domaine du long séjour et le secteur ambulatoire accroissent très nettement leur part d'activités de formation.