

OBSAN RAPPORT
03/2021

Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021

Effectifs, besoins, offre et mesures
pour assurer la relève

Clémence Merçay, Annette Grünig, Peter Dolder



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



OdASanté

Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Impressum

Éditeurs

Observatoire suisse de la santé (Obsan)
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (OdASanté)

Auteurs

- Clémence Merçay, Obsan
- Annette Grünig, CDS
- Peter Dolder, Dolder Beratungen GmbH, Hünibach

Membres du groupe d'accompagnement

- Franziska Adam, direction d'Aide et soins à domicile Suisse, Bases et développement, dossiers Formation et soins
- Miriam Baldi, Direction générale de la santé du canton de Vaud, chargée de mission qualité et sécurité des soins
- Seraina Beerli, Kantonsspital Winterthur KSW, Stv. Leiterin Berufsbildung
- Sandra Bernasconi, FORMAS Associazione per la formazione nelle strutture sanitarie e negli istituti sociali del Cantone Ticino, coordinatrice
- Sandra Bosch, Oda Gesundheit und Soziales Graubünden, Geschäftsführerin
- Luc Dapples, comité CURAVIVA et directeur d'EMS
- Peter Dolder, Dolder Beratungen GmbH, Hünibach
- Danny Heilbronn, Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne, Office des hôpitaux, chef de la division Professions de la santé et Surveillance
- Tobias Lengen, XUND Oda Gesundheit Zentralschweiz, Geschäftsführer
- Agnes Martin, Kantonsspital Aarau, Leiterin Berufsbildung Pflege und MTTD
- Kathrin Müller-Coray, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Abteilung Gesundheitsberufe und Bewilligungen
- Marlies Petrig, KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit Bassersdorf, Leiterin Health Care Services
- Karine Rousset-Trepot, Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), consultante en aide et soins à domicile
- Urs Sieber, Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (OdASanté), secrétaire général
- Andrea Ullmann-Bremi, Universitäts-Kinderspital Zürich, Leiterin Pflegeentwicklung in der Direktion Pflege und MTB

Direction du projet à l'Obsan

Clémence Merçay, Marcel Widmer

Série et numéro

Obsan Rapport 03/2021

Référence bibliographique

Merçay, C., Grünig, A. et Dolder, P. (2021). *Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève* (Obsan Rapport 03/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

www.obsan.ch
Observatoire suisse de la santé, CH-2010 Neuchâtel
obsan@bfs.admin.ch, Tél. 058 463 60 45
www.gdk-cds.ch
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS),
CH-3001 Berne
office@gdk-cds.ch, Tél. 031 356 20 20

Langues du texte original

Français et allemand, cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 873-2103).

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page

Obsan

Graphiques

Obsan

Image page de titre

iStock.com/Matjaz_Slanic

Page de couverture

Office fédéral de la statistique (OFS), section DIAM, Prepress/Print

En ligne

www.obsan.ch → Publications
www.gdk-cds.ch → Documents
www.odasante.ch → Politique de la formation, Études & rapports

Impression

www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2021
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS

874-2103

ISBN

978-2-940670-08-6



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021

Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève

Auteurs Clémence Merçay (Obsan), Annette Grünig (CDS),
Peter Dolder (Dolder Beratungen GmbH, Hünibach)

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

Neuchâtel 2021

Table des matières

Abréviations	4	4.1.1 Effectif recensé et densité du personnel de soins et d'accompagnement	35
Résumé	5	4.1.2 Skill- et grade-mix du personnel	37
Riassunto	9	4.1.3 Caractéristiques du personnel	38
		4.1.4 Emploi du personnel de santé	40
		4.2 Projections sur les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement	43
1 Introduction	13	5 Effectif, évolutions récentes et projections dans les services d'aide et de soins à domicile	44
2 Méthodologie	15	5.1 Effectif du personnel de santé en 2019 et évolutions depuis 2012	44
2.1 Description des effectifs	15	5.1.1 Effectif recensé et densité du personnel de soins et d'accompagnement	44
2.1.1 Personnel des hôpitaux	15	5.1.2 Grade-mix du personnel	46
2.1.2 Personnel des établissements pour personnes âgées	16	5.1.3 Emploi du personnel de santé	46
2.1.3 Personnel des services d'aide et de soins à domicile	17	5.2 Projections sur les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement	47
2.1.4 Sources de données sur le personnel de santé actif dans le domaine ambulatoire	18		
2.2 Description de l'activité de formation	18	6 Personnel de santé exerçant en pratique ambulatoire 48	
2.3 Description des mouvements migratoires	19	6.1 Physiothérapeutes	49
2.4 Sources du modèle de projection de l'offre et des besoins de relève	20	6.2 Ostéopathes	49
2.4.1 Besoins de personnel supplémentaire	20	6.3 Ergothérapeutes	49
2.4.2 Besoins de remplacement du personnel	22	6.4 Logopédistes	49
2.4.3 Projections de l'offre de relève	23	6.5 Diététiciennes et diététiciens	50
3 Effectif, évolutions récentes et projections dans les hôpitaux et cliniques	25	6.6 Sages-femmes	50
3.1 Effectif du personnel de santé en 2019 et évolutions depuis 2012	25	6.7 Podologues	50
3.1.1 Effectif recensé et densité du personnel de soins et d'accompagnement	25	6.8 Assistantes médicales et assistants médicaux	50
3.1.2 Skill- et grade-mix du personnel	27	6.9 Hygiénistes dentaires	50
3.1.3 Caractéristiques du personnel	29	6.10 Spécialistes en activation	51
3.1.4 Emploi du personnel de santé	31	6.11 Opticiennes et opticiens, optométristes	51
3.2 Projections sur les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement	33	6.12 Orthoptistes	51
4 Effectif, évolutions récentes et projections dans les établissements pour personnes âgées	35	7 Formation	53
4.1 Effectif du personnel de santé en 2019 et évolutions depuis 2012	35	7.1 Évolutions récentes	53
		7.1.1 Soins et accompagnement	53
		7.1.2 Autres professions de la santé	55
		7.1.3 Formations continues	57

7.2	Transitions de formation dans le domaine des soins	58	11	Champs d'action et mesures	83
7.2.1	Trajectoires de formation des aides en soins et accompagnement	58	11.1	Champ d'action « recrutement en vue de la formation et de l'entrée dans la profession »	84
7.2.2	Trajectoires de formation des assistants en soins et santé communautaire	58	11.1.1	Communication et marketing des professions de la santé	84
7.2.3	Trajectoires de formation des infirmières et infirmiers	59	11.1.2	Accès facilité à la formation et au perfectionnement	85
			11.1.3	Attirer des personnes en reconversion ou en réinsertion professionnelle	85
8	Migrations	60	11.2	Champ d'action « promotion de la formation pratique »	87
8.1	Professionnels des soins	60	11.2.1	Obligation de formation	88
8.1.1	Solde migratoire	60	11.2.2	Indemnisation des prestations de formation	89
8.1.2	Solde migratoire et contribution à la croissance de l'effectif	60	11.2.3	Création de conditions-cadres favorables pour la formation pratique	90
8.1.3	Rôle de l'immigration récente	63	11.3	Champ d'action « maintien du personnel »	92
8.2	Autre personnel de santé	64	11.3.1	Objectifs et marge de manœuvre	92
8.3	Reconnaitances des diplômes	65	11.3.2	Mesures au niveau des établissements	92
			11.3.3	Mesures au niveau de la branche	93
			11.3.4	Soutien à la réinsertion professionnelle	94
9	Besoins et offre de relève	66	11.4	Champ d'action « déploiement du personnel »	94
9.1	Besoins de relève à l'horizon 2029	67	11.4.1	Stratégies d'entreprise, organisation des processus et déploiement du personnel	94
9.1.1	Besoins de personnel supplémentaire	67	11.4.2	Collaboration entre les établissements	94
9.1.2	Effets d'une modification du grade-mix, du taux d'activité et de la prise en charge des patients	68	11.4.3	Soins intégrés et pratique avancée	95
9.1.3	Besoins de remplacement	69			
9.1.4	Besoins de relève	69	12	Vue d'ensemble et appréciation	96
9.2	Offre de relève à l'horizon 2029	70	12.1	Effectif du personnel de soins et d'accompagnement	96
9.2.1	Projections dans le domaine de la formation	70	12.2	Caractéristiques socio-démographiques de l'effectif	99
9.2.2	Trajectoires professionnelles des soignants du degré tertiaire	71	12.3	Activité de formation	100
9.2.3	Trajectoires de formation et professionnelles du personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II	71	12.4	Besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement	100
9.3	Mise en perspective des besoins et de l'offre de relève à l'horizon 2029	72	12.5	Offre et besoins de relève	100
9.3.1	Soignants du degré tertiaire	72	12.6	Situation en termes d'effectifs et défis à venir	101
9.3.2	Personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II	72	12.7	Mesures prioritaires	102
9.4	Limites des résultats	74	12.8	Bilan et conclusions	103
10	Situation actuelle et développements attendus dans le domaine des soins	77	13	Bibliographie	105
10.1	Bases	77			
10.2	Situation actuelle en termes de recrutement dans le secteur institutionnel	77	14	Annexes	107
10.3	Situation actuelle en termes de recrutement dans la pratique ambulatoire	78			
10.4	Évolution attendue dans les domaines de prise en charge et conséquences pour la formation pratique dans les établissements	78			
10.4.1	Hôpitaux et cliniques (soins aigus, réhabilitation, psychiatrie)	78			
10.4.2	Établissements pour personnes âgées	80			
10.4.3	Aide et soins à domicile	81			
10.4.4	Synthèse pour les trois domaines de prise en charge	81			

Abréviations

AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle	OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
ANP	Advanced Nurse Practitioner	RS	Relevé structurel
AOS	Assurance obligatoire des soins	SASD	Services d'aide et de soins à domicile
ASA	Aide en soins et accompagnement AFP	SIUS	Système d'information universitaire suisse
ASE	Assistant/e socio-éducatif CFC	SOMED	Statistique des établissements médico-sociaux
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers	SPITEX	Statistique de l'aide et des soins à domicile
ASSC	Assistant/e en soins et santé communautaire CFC	STATPOP	Statistique de la population et des ménages
BF	Brevet fédéral	SYMIC	Système d'information central sur les migrations
BScN	Bachelor of Science en soins infirmiers		
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé		
CFC	Certificat fédéral de capacité		
CIE	Cours interentreprises		
DFI	Département fédéral de l'intérieur		
EPD	Études postdiplômes		
eHBB	Enquête sur la formation professionnelle supérieure		
EHA	Enquête auprès des personnes diplômées des hautes écoles suisses		
EMS	Établissement pour personnes âgées		
EPT	Équivalent plein temps		
EPS	Examen professionnel supérieur		
ES	École supérieure		
HEFP	Haute école fédérale en formation professionnelle		
HES	Haute école spécialisée		
KS	Statistique des hôpitaux		
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie		
MTT	(professions) médico-techniques et médico-thérapeutiques		
NAREG	Registre national des professions de la santé		
Obsan	Observatoire suisse de la santé		
OdASanté	Organisation nationale faïtière du monde du travail en santé		
OFPr	Ordonnance sur la formation professionnelle		
OFS	Office fédéral de la statistique		
OFSP	Office fédéral de la santé publique		

Résumé

La première partie de ce rapport présente un état des lieux de l'effectif en personnel de santé dans les institutions de santé suisses (hôpitaux et cliniques, établissements pour personnes âgées et services d'aide et de soins à domicile) et établit des projections concernant l'offre et les besoins de relève en personnel de soins et d'accompagnement pour la période 2019-2029. Les données rétrospectives ayant trait à la formation en Suisse ainsi qu'à l'immigration du personnel étranger sont également examinées.

L'accent est mis sur le personnel de soins et d'accompagnement des différents degrés de formation (tertiaire, secondaire II et autre). Le tableau dressé pour ces personnes s'avère relativement complet car celles-ci sont principalement employées par les institutions de santé sous étude. Les autres professions de la santé relevant des domaines médico-techniques et médico-thérapeutiques, également exercées dans le domaine ambulatoire, sont examinées à titre accessoire. Le personnel de niveau universitaire (médecins, pharmaciens, p.ex.) n'est pas inclus dans cette étude.

Dans une deuxième partie, les évolutions attendues au sein du système de santé sont recensées et leurs répercussions sur l'activité de formation sont discutées. Le rapport présente finalement les champs d'action et mesures à mettre en place pour garantir des effectifs suffisants. Des exemples de bonnes pratiques illustrent le propos.

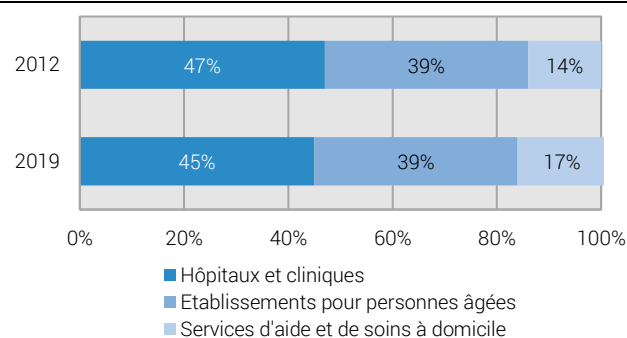
Ce rapport s'inscrit dans la lignée des travaux visant à estimer les besoins futurs de personnel de santé (Jaccard et al, 2009; Merçay et al, 2016) ainsi que les besoins de relève (Dolder & Grünig, 2009 et 2016). Pour la première fois, les résultats ayant trait à l'offre et aux besoins de relève ainsi que la discussion des mesures de lutte contre la pénurie en personnel de santé font l'objet d'un rapport conjoint entre l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (OdASanté).

État des lieux en 2019 et analyses rétrospectives

185 600 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement sont recensées dans les institutions de santé en 2019

En 2019, 185 600 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement sont recensées dans les institutions de santé suisses. Environ la moitié est engagée dans les hôpitaux et cliniques (45%), un tiers est actif dans les établissements pour personnes âgées (39%) et les services d'aide et de soins à domicile emploient les 17% restants (R 1).

R 1 Répartition du personnel de soins et d'accompagnement par type d'institution, en 2012 et en 2019



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) © Obsan 2021

La composition par degré de formation de l'effectif du personnel de soins et d'accompagnement diffère selon le type d'institution. Avec 70% de soignants de degré tertiaire, les hôpitaux et cliniques présentent le profil le plus qualifié. Cette part est de 42% dans les services d'aide et de soins à domicile et de 28% dans les établissements pour personnes âgées.

Croissance de 19% de l'effectif du personnel de soins et d'accompagnement sur la période 2012-2019

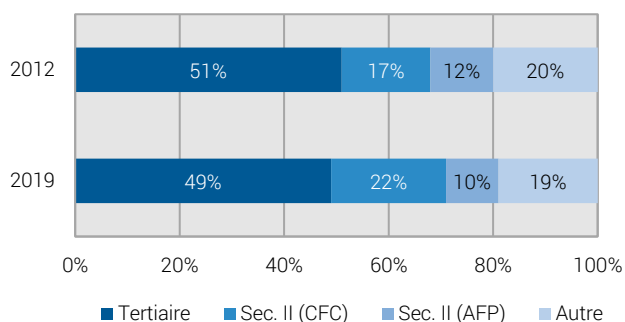
Sur la période 2012-2019, pour l'ensemble des domaines de soins, l'effectif du personnel de soins et d'accompagnement a augmenté de 19%, ce qui correspond à l'emploi de 29 100 personnes supplémentaires. La croissance a été particulièrement rapide dans le domaine des soins de longue durée (établissements

pour personnes âgées: +17%; services d'aide et de soins à domicile: +39%).

Déploiement du personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II avec CFC

En 2019, le personnel de soins et d'accompagnement se compose à 49% de soignants du degré tertiaire, à 22% de personnel du degré secondaire II avec certificat fédéral de capacité (CFC), à 10% de personnel du degré secondaire II avec attestation de formation professionnelle (AFP) et à 19% d'autres personnes sans titre de formation formel (R 2). La part de détenteurs d'un CFC du degré secondaire II a nettement augmenté par rapport à 2012 (17% des effectifs). Ces personnes se sont tant substituées à du personnel plus qualifié que moins qualifié.

R 2 Répartition du personnel de soins et d'accompagnement par degré de formation, en 2012 et en 2019



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) © Obsan 2021

Forte croissance du personnel médico-thérapeutique au sein des hôpitaux

En 2019, le personnel médico-technique et le personnel médico-thérapeutique représentent chacun 12% de l'effectif du personnel de santé des hôpitaux. Sur la période 2012-2019, le nombre de personnes avec une profession médico-thérapeutique y a augmenté particulièrement rapidement (+32%).

30% de titulaires d'un diplôme étranger au sein du personnel soignant du degré tertiaire

La part de personnel formé à l'étranger est la plus élevée chez les soignants du degré tertiaire. En considérant ensemble le personnel des hôpitaux et des établissements pour personnes âgées à ce degré de formation, les détenteurs d'un diplôme étranger représentent 30% de l'effectif en 2019. Les données concernant les seuls établissements pour personnes âgées indiquent que la part de soignants disposant d'un titre étranger a augmenté par rapport à 2012.

Après avoir atteint un pic en 2011 (solde de 1745 personnes), le solde migratoire des soignants du degré tertiaire a connu une baisse continue jusqu'en 2018 (solde de 185 personnes). Cette évolution se produit dans un contexte de ralentissement de la

croissance des effectifs dans les institutions de santé suisses, illustrant le rôle conjoncturel de l'immigration.

Taux de rotation du personnel en hausse

Des mutations s'observent également dans l'emploi du personnel de soins et d'accompagnement. Dans les hôpitaux et les établissements pour personnes âgées, une tendance à la hausse du taux de rotation est observée. De plus, une hausse de l'emploi de personnel au moyen d'un contrat à durée déterminée est constatée dans les établissements pour personnes âgées.

Intensification de l'activité de formation

Sur la période 2012-2019, l'intensification de l'activité de formation se reflète à travers l'augmentation du nombre de titres délivrés dans le domaine des soins et de l'accompagnement. Au degré tertiaire, ce nombre est passé d'environ 1'800 à près de 3'000 (formations ES et HES en soins infirmiers). Au degré secondaire II, le nombre de titres délivrés pour les différentes voies de formation considérées est passé de 4'000 en 2012 à près de 6'200 en 2019.

Dans les domaines médico-techniques et médico-thérapeutiques, le nombre de titres délivrés est également en augmentation.

Projections de l'offre et des besoins de relève sur la période 2019-2029

Besoins de personnel supplémentaire

Partant d'un total de 185 600 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement en 2019, les besoins de personnel pourraient, selon le scénario de référence, passer à 222 100 personnes à l'horizon 2029. Cela correspond à un besoin supplémentaire de 36 500 personnes: 15 900 soignants du degré tertiaire, 12 600 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement du degré secondaire II et 8'000 personnes sans titre de formation formel.

Ces projections, qui ne prévoient pas de transfert entre les différents modes de prise en charge, tablent sur une hausse de 14% des besoins de personnel en milieu hospitalier, de 26% en établissements pour personnes âgées et de 19% dans les services d'aide et de soins à domicile.

Besoins de remplacement

Pour le personnel du degré tertiaire, le calcul des besoins de remplacement tient compte des départs à la retraite ainsi que des sorties précoces de la profession. Sur la période 2019-2029, il est estimé que 27 500 soignants du degré tertiaire devront être remplacés.

Pour le personnel du degré secondaire II, le calcul des besoins de remplacement ne tient compte que des départs à la retraite et du remplacement des personnes désignées comme étant en formation dans les établissements pour personnes âgées. Il est estimé qu'entre 2019 et 2029, 14 500 personnes du domaine des

soins et de l'accompagnement du degré secondaire II devront être remplacés.

Besoins de relève

Les besoins de relève pour la période 2019-2029 se composent donc d'une part, des besoins en personnel supplémentaire et d'autre part, des besoins de remplacement. Les besoins de relève calculés s'élèvent ainsi au total à 43 400 personnes pour les soignants du degré tertiaire (15 900 + 27 500) et à 27 100 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement du degré secondaire II (12 600 + 14 500).

Offre de relève

Les scénarios de formation de l'Office fédéral de la statistique concernant l'évolution future du nombre de diplômés permettent d'estimer l'offre de relève brute. Ces scénarios se basent notamment sur les dynamiques démographiques et sur les tendances constatées dans les transitions entre les degrés de formation et dans la fréquentation des divers domaines de formation. La hausse prévue du nombre de diplômés dans le domaine des soins est toutefois conditionnée à la disponibilité d'un nombre suffisant de place de formation, également pour le volet pratique.

En tenant compte des trajectoires professionnelles des diplômés (insertion sur le marché du travail, exercice et maintien dans la profession, activité au sein d'une institution de santé), on estime que parmi les diplômés du degré tertiaire sur la période 2019-2029, 77% seront effectivement disponibles pour les institutions de santé en 2029 (soit 28 900 personnes).

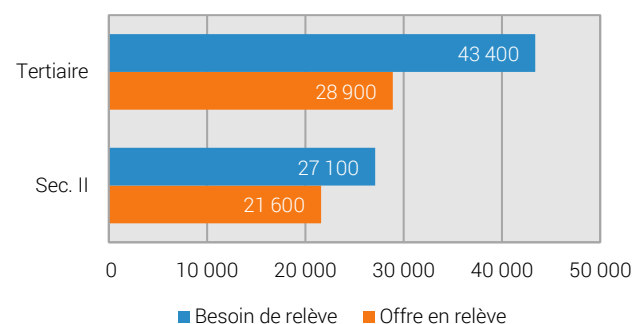
Pour les diplômés du degré secondaire II, il est tenu compte des transitions dans les parcours de formation ainsi que des sorties du marché du travail ou de la profession. Selon le scénario de référence, une offre de relève effectivement disponible de 21 600 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement pour le degré secondaire II est calculée à l'horizon 2029.

Degré de couverture des besoins de relève par l'offre

Selon le scénario de référence du modèle de projection, un degré de couverture des besoins de relève en personnel soignant du degré tertiaire de 67% est calculé pour la période 2019-2029 (offre de relève de 28 900 personnes rapportée à un besoin de relève de 43 400 personnes, R 3).

Sur le même horizon temporel, le taux de couverture des besoins de relève en personnel du degré secondaire II est de 80% (offre de relève de 21 600 personnes rapportée à un besoin de relève de 27 100 personnes).

R 3 Besoins de relève et relève disponible sur la période 2019-2029, selon le degré de formation



Source: Modèle de projection Obsan

© Obsan 2021

Interprétation des résultats

De multiples éléments composent le modèle de projection de l'offre et des besoins de relève. Celui-ci repose d'une part sur des scénarios démographiques, épidémiologiques et de formation et d'autre part, sur un certain nombre d'hypothèses implicites telles que la stabilité du grade-mix, du taux d'activité, des modalités de prise en charge ou des trajectoires de formation et professionnelles. Les résultats présentés décrivent l'offre et les besoins de relève sur la période 2019-2029, sous réserve que les scénarios et hypothèses sur lesquels repose le modèle se réalisent. Il importe de considérer ces différents paramètres lors de l'interprétation des résultats.

Champs d'action et mesures

Les mesures prises dans les quatre champs d'action du recrutement, de la formation et de la formation continue, du maintien et du déploiement du personnel sont corrélées et se renforcent mutuellement. Elles relèvent de la responsabilité de plusieurs acteurs, qui doivent les mettre en œuvre de manière concertée. Voilà pourquoi il importe de poursuivre leur application sur les quatre fronts à la fois et, partout où cela sera possible, de les consolider et d'en améliorer la coordination.

Les aspects énumérés ci-après méritent une attention particulière:

- Il faut considérer les personnes souhaitant se réorienter professionnellement comme un groupe cible prioritaire. Cela vaut pour le marketing des professions, de même que pour les formations en cours d'emploi.
- Financement des prestations de formation et du temps consacré à la formation: l'activité formatrice au sein des établissements doit être reconnue en tant que prestation et explicitement rémunérée par les organismes de financement, tant dans le secteur stationnaire que dans le secteur ambulatoire. Pour les candidats à une formation débouchant sur une qualification supérieure (degré tertiaire), il est essentiel que la rémunération proposée couvre le coût de la vie. Les formations en cours d'emploi avec taux d'activité réduit et/ou une rémunération plus élevée sont une option.

- Les formateurs et les praticiens formateurs jouent un rôle clef dans les établissements. S'ils veulent parvenir à recruter et à garder suffisamment de personnes qualifiées pour assumer ces fonctions, les établissements doivent reconnaître leur rôle et rétribuer leur travail de manière adéquate.
- Diverses études montrent que les qualités de leader et le soutien du supérieur direct revêtent une importance décisive dans la satisfaction des collaborateurs. Dans le même temps, les cadres moyens (chefs de section ou d'équipe) supportent des charges de travail particulièrement élevées.
- Possibilité de concilier vie privée et vie professionnelle: cette question se pose avec une acuité particulière dans le secteur de la santé, en raison du travail de nuit et du week-end. Il faut éviter d'annoncer des heures de service à brève échéance et de modifier les plans de service. De plus, il convient d'impliquer le personnel dans l'élaboration de ces plans.
- Le développement du personnel et la promotion des collaborateurs jouent eux aussi un rôle important. La planification de carrière est une des composantes essentielles du développement du personnel. Elle doit être systématiquement abordée lors des entretiens.

Conclusions

Le nombre de titres décernés a considérablement augmenté entre 2012 et 2019, et ce à tous les degrés de qualification dans les professions soignantes ainsi que dans les professions médico-thérapeutiques et médico-techniques. Au degré tertiaire, le nombre de diplômes décernés en 2019 a atteint 3000 aux niveaux ES et HES, soit deux tiers de plus qu'en 2012. La progression est certes réjouissante, mais révèle aussi que le nombre de diplômés était nettement trop bas par rapport aux besoins il y a quelques années. Les auteurs de l'édition 2016 du rapport constataient ainsi que le nombre de titres du degré tertiaire décernés en 2014 dans les professions de la santé couvrait à peine 43% des besoins pronostiqués en matière de relève à l'horizon 2025. La méthode utilisée pour établir les projections de l'offre et des besoins en personnel a évolué depuis la dernière édition. Les chiffres de la relève incluent désormais l'évolution du nombre de titres décernés et des entrées sur le marché du travail. C'est pourquoi il n'est pas toujours possible d'établir des comparaisons directes entre les deux éditions.

Grâce aux gros efforts consentis ces dernières années, la situation a connu une évolution réjouissante. Avec un taux de couverture de 67% pour le personnel soignant du degré tertiaire et de 80% pour le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II à l'horizon 2029, il subsiste néanmoins un déficit notable entre l'offre attendue et les besoins. Dans le cadre du sondage réalisé pour le présent rapport, la plupart des établissements ont indiqué que la situation restait tendue dans les ressources humaines. Les postes ne sont repourvus qu'après un certain temps, moyennant un travail de recrutement considérable, et il arrive que certains services d'aide et de soins à domicile et établissements de soins de longue durée ne parviennent pas à repourvoir un poste. Nombre d'établissements doivent recourir à

des agences de recrutement ou à du personnel temporaire. Mais c'est la part élevée de détenteurs d'un diplôme étranger qui met en évidence l'écart entre l'offre et la demande, le recrutement de personnel étranger variant toutefois selon la région linguistique et la proximité de la frontière.

Les chiffres présentés ici sont des projections. L'amélioration du taux de couverture par rapport à l'édition 2016 repose sur certains scénarios et hypothèses, notamment sur l'évolution des effectifs de personnes en formation, la transition entre la formation et le marché du travail ou encore la durée d'exercice de l'activité professionnelle. L'augmentation du nombre de titres décernés n'ira cependant pas de soi. Il faudra parvenir à recruter suffisamment d'apprentis et d'étudiants grâce à une communication adéquate et les écoles devront disposer de l'infrastructure requise ainsi que d'un nombre suffisant de places de stage et de praticiens formateurs. On le voit: augmenter suffisamment le nombre de personnes en formation constitue un défi de taille pour l'ensemble de la branche.

Si l'on parvient effectivement à accroître les effectifs en formation dans les proportions prévues, il devrait en théorie être possible de couvrir l'augmentation des besoins ainsi que les départs à la retraite jusqu'en 2029. L'écart entre les besoins et l'offre est donc essentiellement dû aux sorties précoces de la profession et aux pertes enregistrées au moment de la transition entre la formation et l'entrée sur le marché du travail. La capacité future de notre système de santé à couvrir par lui-même ses besoins de personnel dépendra donc pour l'essentiel du bon déroulement de la phase d'intégration post-formation et d'une durée de l'exercice professionnel aussi longue que possible.

La formation et le maintien du personnel vont donc de pair et les établissements assument d'importantes responsabilités dans ces deux domaines. Pour qu'ils puissent s'en acquitter, il faut que les milieux politiques et les autorités leur offrent, à eux comme aux autres acteurs, des conditions-cadres qui leur permettent non seulement de former suffisamment de professionnels de la santé, mais aussi de leur aménager des conditions de travail appropriées, aptes à les retenir dans la profession.

Riassunto

La prima parte del presente studio illustra la situazione attuale dell'effettivo di personale sanitario nelle istituzioni sanitarie in Svizzera (ospedali e cliniche, case per anziani e servizi di assistenza e cura a domicilio) e fa proiezioni sul nuovo personale disponibile e sul bisogno di rinnovo del personale di cura e accompagnamento per il periodo 2019–2029. Vengono esaminati anche i dati retrospettivi relativi sia alla formazione in Svizzera che all'immigrazione di personale straniero.

L'accento è posto sul personale di cura e accompagnamento nei diversi livelli di formazione (terziario, secondario II, altro). Il quadro delineato per queste persone è relativamente completo, in quanto per la maggior parte sono impiegate presso le istituzioni sanitarie oggetto dello studio. Le altre professioni sanitarie, in particolare quelle medico-tecniche e medico-terapeutiche, esercitate anche nel settore ambulatoriale, sono esaminate a titolo accessorio. Non rientra invece nello studio il personale di livello universitario (medici, farmacisti ecc.).

Nella seconda parte della pubblicazione vengono presentati gli andamenti che si prospettano per il sistema sanitario, per poi discutere delle loro ripercussioni sulle attività formative. Infine, il rapporto presenta i campi d'azione e le misure da adottare per garantire un effettivo sufficiente. Il tutto è corredato da esempi di buone pratiche che mostrano come bisognerebbe intervenire.

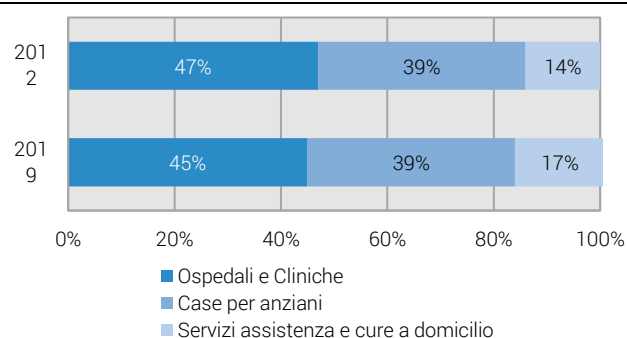
Il presente rapporto rientra nella serie di lavori destinati a stimare il fabbisogno futuro di personale sanitario (Obsan, 2009, 2016) e il bisogno di rinnovo dello stesso (CDS e OdASanté, 2009, 2016). I risultati concernenti il nuovo personale disponibile e il bisogno di rinnovo del personale, come pure la discussione delle misure di lotta contro la carenza di personale sanitario, sono per la prima volta oggetto di un rapporto congiunto dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan), della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e dell'Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario (OdASanté).

Situazione nel 2019 e analisi retrospettive

Nel 2019 le istituzioni sanitarie contavano 185 600 persone attive nella cura e nell'accompagnamento

Nel 2019 le istituzioni sanitarie contavano 185 600 persone attive nella cura e nell'accompagnamento. Circa la metà di esse era impiegata in ospedali e cliniche (45%), un terzo in case per anziani (39%) e il rimanente 17% presso servizi di assistenza e cura a domicilio (v. R.1).

R 1 Ripartizione del personale di cura e accompagnamento per tipo di istituzione, 2012 e 2019



Fonti: UST – statistica ospedaliera (SO), statistica degli istituti medico-sociali (SOMED) e statistica dell'assistenza e cura a domicilio (SPITEX) © Obsan 2021

La composizione per livello di formazione dell'effettivo del personale di cura e accompagnamento varia a seconda del tipo di istituzione. Gli ospedali e le cliniche, il cui personale di cura è composto per il 70% da persone in possesso di un titolo di livello terziario, sono le istituzioni che presentano il profilo più qualificato. La quota corrispondente per i servizi di assistenza e cura a domicilio e le case per anziani è rispettivamente del 42 e del 28%.

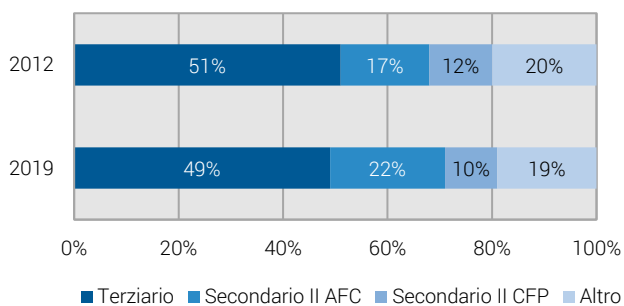
Crescita del 19% dell'effettivo del personale di cura e accompagnamento nel periodo 2012–2019

Nell'insieme dei settori di cura, nel periodo 2012–2019 l'effettivo del personale di cura e accompagnamento è aumentato del 19%, il che corrisponde a 29 100 persone impiegate in più. La crescita è stata particolarmente rapida nel settore delle cure di lunga durata (case per anziani: +17%; servizi di assistenza e cura a domicilio: +39%).

Aumento del personale di cura e accompagnamento con diploma di livello secondario II (AFC)

Nel 2019 il personale di cura e accompagnamento era composto per il 49% da persone con diploma di livello terziario, per il 22% da persone con diploma di livello secondario II con attestato federale di capacità (AFC), per il 10% da persone con diploma di livello secondario II con certificato federale di formazione pratica (CFP) e per il 19% da persone senza diploma di formazione formale (v. R.2). La quota di persone detentrici di un AFC di livello secondario II è aumentata nettamente rispetto al 2012 (17% dell'effettivo). Queste nuove persone hanno rimpiazzato sia personale più qualificato che meno qualificato.

R 2 Ripartizione del personale di cura e accompagnamento per livello di formazione, 2012 e 2019



Fonti: UST – statistica ospedaliera (SO), statistica degli istituti medico-sociali (SOMED) e statistica dell'assistenza e cura a domicilio (SPITEX) © Obsan 2021

Forte crescita del personale medico-terapeutico negli ospedali

Nel 2019 il personale medico-tecnico e quello medico-terapeutico rappresentavano ognuno il 12% dell'effettivo del personale sanitario degli ospedali. Nel periodo 2012–2019 il numero di persone esercitanti una professione medico-terapeutica è aumentato in modo particolarmente rapido (+32%).

Tra il personale di cura con un diploma di livello terziario, il 30% è titolare di un diploma straniero

Le persone formate all'estero sono particolarmente presenti tra il personale di cura con un diploma di livello terziario. Considerando questo livello di formazione nell'insieme del personale degli ospedali e delle case per anziani, nel 2019 i detentori di un diploma straniero rappresentavano il 30% dell'effettivo. Dai dati che concernono unicamente le case per anziani risulta che la quota di personale di cura che dispone di un titolo estero è aumentata rispetto al 2012.

Dopo aver raggiunto un picco nel 2011 (saldo: 1745 persone), il saldo migratorio riferito al personale di cura con diploma di livello terziario ha registrato un calo continuo fino al 2018 (saldo: 185 persone). Questo andamento si inserisce in un contesto di rallentamento della crescita dell'effettivo nelle istituzioni sanitarie svizzere e mette in luce il ruolo congiunturale dell'immigrazione.

In aumento il tasso di rotazione del personale

Si osservano cambiamenti anche nell'impiego di personale di cura e accompagnamento: negli ospedali e nelle case per anziani si profila una tendenza al rialzo del tasso di rotazione. Inoltre, nelle case per anziani si constata un aumento del personale impiegato mediante contratto a tempo determinato.

Intensificazione dell'attività formativa

Nel periodo 2012–2019, l'intensificazione dell'attività formativa ha portato a un aumento del numero di titoli rilasciati nel settore delle cure e dell'accompagnamento. Al livello terziario, il loro numero è passato da circa 1800 a quasi 3000 (formazioni SSS e SUP in cure infermieristiche). Al livello secondario II, il numero di titoli rilasciati per i diversi percorsi formativi considerati è passato da 4000 nel 2012 a circa 6200 nel 2019.

Questo numero è in aumento anche nel settore medico-tecnico e in quello medico-terapeutico.

Proiezioni del nuovo personale disponibile e del bisogno di rinnovo del personale per il periodo 2019–2029

Fabbisogno di personale supplementare

Partendo da un personale di cura e accompagnamento che nel 2019 si attestava a 185 600 persone, secondo lo scenario di riferimento nel 2029 il fabbisogno di personale potrebbe passare a 222 100 persone. Ciò corrisponde a un fabbisogno supplementare di 36 500 persone: 15 900 facenti parte del personale di cura con diploma di livello terziario, 12 600 rientranti nel personale di cura e accompagnamento con diploma di livello secondario II e 8000 senza titolo di formazione formale.

Queste proiezioni, che non prevedono trasferimenti tra i diversi tipi di presa in carico, stimano un aumento del 14% del fabbisogno di personale in ambito ospedaliero, del 26% nelle case per anziani e del 19% nei servizi di assistenza e cura a domicilio.

Bisogno di sostituzione

Per il personale con diploma di livello terziario, il calcolo del bisogno di sostituzione tiene conto dei pensionamenti e delle interruzioni precoci del percorso professionale. Nel periodo 2019–2029 le stime prevedono che dovranno essere sostituite 27 500 persone facenti parte del personale di cura con diploma di livello terziario.

Per il personale con diploma di livello secondario II, il calcolo del bisogno di sostituzione tiene conto soltanto dei pensionamenti e della sostituzione delle persone in formazione nelle case per anziani medicalizzate. Tra il 2019 e il 2029 si stima che dovranno essere sostituite 14 500 persone facenti parte del personale di cura e accompagnamento con diploma di livello secondario II.

Bisogno di rinnovo del personale

Il bisogno di rinnovo del personale per il periodo 2019–2029 deriva quindi da un lato dal fabbisogno di personale supplementare e dall'altro dal bisogno di sostituzione. Il bisogno di rinnovo calcolato è pari a 43 400 persone per il livello terziario (15 900 + 27 500) e a 27 100 persone con diploma di livello secondario II per la cura e l'accompagnamento (12 600 + 14 500).

Nuovo personale disponibile

Gli scenari formativi dell'UST sull'andamento futuro del numero di diplomati consentono di stimare il numero lordo di nuovo personale disponibile. Questi scenari si basano in particolare sulle dinamiche demografiche e sulle tendenze constatate nelle transizioni tra i livelli di formazione e nella frequentazione dei corsi di studio dei diversi settori. Il previsto aumento del numero di diplomati nel settore delle cure dipende tuttavia dalla disponibilità di un numero sufficiente di posti di formazione, anche per la parte pratica.

Tenendo conto dei percorsi professionali dei diplomati (inserimento nel mercato del lavoro, esercizio della professione e mantenimento della stessa, attività in un'istituzione sanitaria), si stima che di tutti i diplomati di livello terziario nel periodo 2019–2029, nel 2029 ad essere effettivamente a disposizione delle istituzioni sanitarie sarà il 77% (ovvero 28 900 persone).

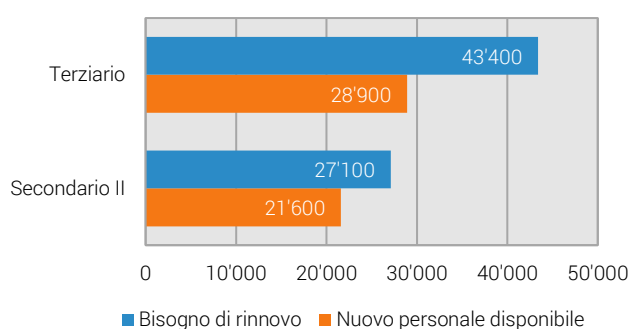
Per i diplomati del livello secondario II si tiene conto delle transizioni nei percorsi formativi, come pure delle uscite dal mercato del lavoro o dell'abbandono della professione. A seconda dello scenario di riferimento, per il 2029 si calcolano 21 600 persone con diploma di livello secondario II effettivamente disponibili per la cura e l'accompagnamento.

Bisogno di rinnovo del personale: grado di copertura

A seconda dello scenario di riferimento del modello di proiezione, per il periodo 2019–2029 si calcola che il bisogno di rinnovo del personale di cura con diploma di livello terziario sarà coperto nella misura del 67% (nuovo personale disponibile: 28 900 persone, a fronte di un bisogno di rinnovo pari a 43 400 persone; v. R.3).

Con lo stesso orizzonte temporale, il bisogno di rinnovo del personale con diploma di livello secondario II sarà coperto nella misura dell'80% (nuovo personale disponibile: 21 600 persone, a fronte di un bisogno di rinnovo pari a 27 100 persone).

R 3 Bisogno di rinnovo del personale e nuovo personale disponibile nel periodo 2019–2029, per livello di formazione



Fonte: modello di proiezione Obsan

© Obsan 2021

Interpretazione dei risultati

Il modello di proiezione dell'offerta e del bisogno di rinnovo del personale è composto da diversi elementi. Da un lato è basato su scenari demografici, epidemiologici e formativi, dall'altro su una serie di ipotesi implicite come la stabilità del grade-mix, del tasso di attività, delle modalità di presa in carico nonché dei percorsi formativi e professionali. I risultati presentati descrivono l'offerta e il bisogno di rinnovo del personale per il periodo 2019–2029, a condizione che gli scenari e le ipotesi alla base del modello si realizzino. Interpretando i risultati è opportuno tener conto dei parametri appena menzionati.

Campi d'azione e misure

Le misure nei quattro campi d'azione (reclutamento, formazione e formazione continua, mantenimento del personale e impiego del personale) si condizionano e rafforzano a vicenda. Sono messe in pratica da diversi attori su base collaborativa. Per questo motivo le misure, oltre a dover essere portate avanti in tutti i campi d'azione, laddove possibile vanno rafforzate e coordinate ancora meglio.

Un'attenzione particolare dovrebbe essere rivolta anche agli aspetti elencati di seguito.

- Il settore sanitario deve rivolgersi prioritariamente alle persone che intendono riorientarsi professionalmente, ad esempio tramite marketing professionale oppure offerte formative parallele all'attività lavorativa.
- Finanziamento delle prestazioni di formazione e del tempo dedicato alla formazione: l'attività di formazione nelle aziende deve essere riconosciuta come prestazione e coperta in modo vincolato da parte dei finanziatori, indipendentemente dal fatto che si tratti del settore stazionario o di quello ambulatoriale. Per i potenziali diplomati di una formazione di qualificazione elevata (livello terziario), la garanzia della copertura del costo della vita svolge un ruolo decisivo. Una possibile soluzione sono modelli paralleli all'attività lavorativa, che prevedono un impiego a tempo parziale e/o uno stipendio in formazione più elevato.

- I formatori e i responsabili degli stage in azienda hanno un ruolo chiave. Affinché si abbia a disposizione un numero sufficiente di persone adatte a questo ruolo, anche a lungo termine, l'assunzione di questa funzione all'interno delle aziende deve essere riconosciuta e retribuita di conseguenza.
- Diversi studi dimostrano che la qualità dirigenziale e il sostegno dato dal proprio superiore diretto sono determinanti per la soddisfazione dei collaboratori. Al contempo, il personale dirigenziale di livello gerarchico medio (responsabili di divisioni e team) spesso è sottoposto a notevoli carichi di lavoro.
- Conciliabilità tra lavoro e vita privata: nel settore sanitario, caratterizzato da turni notturni e nei giorni festivi, la problematica è particolarmente presente. Vanno evitati sia gli impieghi annunciati all'ultimo minuto che i cambiamenti di orario. Inoltre i collaboratori devono essere coinvolti nella pianificazione dei turni.
- Particolarmente importanti sono anche lo sviluppo del personale e la promozione dei collaboratori. Una componente fondamentale per uno sviluppo mirato del personale è la pianificazione del percorso professionale, che dovrebbe essere parte integrante dei colloqui con i collaboratori.

Conclusioni

Tra il 2012 e il 2019 il numero dei diplomi ha potuto essere aumentato in modo marcato a tutti i livelli di qualificazione del settore delle cure e anche nelle professioni medico-tecniche e medico-terapeutiche. A livello terziario, nelle cure è stato osservato un aumento di addirittura due terzi tra il 2012 e il 2019, fino ad arrivare a circa 3000 diplomi SSS e SUP. Questo sviluppo è molto positivo, sebbene dimostri che alcuni anni fa il numero di diplomi era chiaramente inferiore al fabbisogno: nel rapporto del 2016, per lo stesso livello di cure era stato constatato che i diplomi ottenuti nel 2014 coprivano appena il 43% del bisogno annuo di rinnovo del personale stimato fino al 2025. Il metodo per stimare il fabbisogno futuro di personale e il nuovo personale disponibile è stato sviluppato nell'ambito del presente rapporto. Per stimare l'entità del nuovo personale disponibile si tiene conto in particolare degli sviluppi che si prospettano per il numero di diplomi e di inserimenti nel mondo del lavoro. Per questo motivo, i risultati dei due rapporti non sono direttamente comparabili.

Grazie agli intensi sforzi degli ultimi anni, oggi la situazione è migliorata. Tuttavia, con una copertura del 67% per il personale di cura con diploma di livello terziario e dell'80% per il personale di cura e accompagnamento con diploma di livello secondario II, la lacuna tra il nuovo personale disponibile e il fabbisogno stimati da qui al 2029 è ancora grande. In un questionario realizzato per il presente rapporto, la maggior parte delle aziende ha infatti affermato che nell'ambito delle risorse umane la situazione attuale rimane tesa. Spesso, i posti liberi possono essere occupati soltanto dopo diverso tempo e con un alto dispendio di risorse per il reclutamento. Alcune aziende nel settore delle cure di lunga durata e nella cura e assistenza a domicilio non riescono ad occupare i posti liberi. Molte aziende devono ricorrere ad agenzie di collocamento e a collaboratori temporanei. La lacuna tra il nuovo

personale disponibile e il fabbisogno, però, si nota in primis dall'elevata quota di personale con un diploma straniero, anche se a seconda della regione linguistica e della vicinanza alla frontiera il reclutamento all'estero è più o meno diffuso.

Le cifre presentate in questa sede corrispondono a una stima. Il grado di copertura migliore rispetto al rapporto del 2016 è basato su determinati scenari e ipotesi, tra cui l'evoluzione del numero di persone in formazione, l'inserimento nel mondo del lavoro dei diplomati o ancora la durata di mantenimento della professione. L'ulteriore aumento dei diplomi che si prevede non verrà da sé. Al contrario, presuppone che, grazie a una comunicazione professionale idonea, venga effettivamente reclutato il numero stimato di apprendisti e studenti, che le scuole dispongano dell'infrastruttura necessaria e di un numero sufficiente di insegnanti, e infine che vi siano a disposizione sufficienti formatori e posti di stage per la formazione pratica. L'ulteriore aumento delle cifre relative alla formazione costituisce quindi una notevole sfida per il settore.

Se l'aumento avviene nei termini stimati, in teoria sarebbe possibile coprire, entro il 2029, il fabbisogno di personale supplementare e il bisogno di sostituzione in caso di pensionamento. La lacuna tra nuovo personale disponibile e fabbisogno di personale viene a crearsi essenzialmente a causa delle partenze anticipate e degli abbandoni che si producono al momento del passaggio dalla formazione al mondo del lavoro. In che misura il sistema sanitario svizzero può coprire il proprio fabbisogno di personale dipende pertanto ampiamente da quanto succede entrando nel mondo del lavoro e dalla durata di mantenimento della professione da parte del personale sanitario.

La formazione e il mantenimento del personale sono quindi misure che devono essere attuate di pari passo. In entrambi gli ambiti le aziende hanno una grande responsabilità, e, affinché possano assumerla appieno, la politica e le autorità devono creare condizioni quadro che consentano loro (e agli altri attori) non soltanto di formare personale sanitario in quantità sufficienti, ma anche di mantenere il personale nella professione grazie a condizioni di lavoro appropriate.

1 Introduction

Avec la pandémie de Covid-19, les personnes travaillant dans les professions de soins et d'accompagnement ont été mises en lumière de façon inédite. Celles-ci ont accompli un travail énorme dans le traitement des patients Covid et ont été soumises à une grande charge de travail durant des mois. La pandémie a une fois de plus mis en évidence la pénurie de personnel qualifié et la dépendance à l'égard du personnel soignant étranger, en particulier dans les régions proches de la frontière. Les efforts pour disposer de suffisamment de personnel qualifié dans les domaines des soins et de la santé animaient toutefois déjà la politique suisse avant la pandémie de Coronavirus. Ces dernières années, la Confédération, les cantons et la branche ont ainsi pris diverses mesures pour assurer la relève en personnel de santé. En 2010, la Confédération a lancé le plan directeur "Formation aux professions des soins" dans le but d'augmenter le nombre de diplômes dans les soins. Cet objectif a été atteint à la fin du plan directeur en 2015, mais pas dans une mesure suffisante. Dans le cadre de sa stratégie Santé 2020, le Conseil fédéral a donc décidé en décembre 2016 de prendre des mesures spécifiques pour améliorer la situation en matière de personnel qualifié et augmenter la durée d'exercice de la profession dans les soins de longue durée. À leur tour, les entreprises, les OrTra santé cantonales, les prestataires de formation et les cantons ont renforcé avec succès leur engagement pour augmenter le nombre de titres de formation en soins infirmiers et dans les autres professions de la santé. Récemment, de nouvelles bases scientifiques ont également été produites sur la situation du personnel qualifié en Suisse. Il s'agit notamment de la coopération des hautes écoles de santé, qui depuis 2017, ont uni leurs forces au sein du Competence Network Health Workforce (CNHW) afin de développer des travaux de recherche et des propositions d'action pour lutter contre la pénurie de personnel qualifié dans les professions de la santé. Il convient en outre de mentionner l'étude nationale SHURP (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) menée par l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle. L'étude porte sur la qualité des soins et la situation en matière de personnel dans les établissements pour personnes âgées en Suisse et court sur la période 2017-2020.

La thématique est également présente au niveau politique. La population suisse se prononcera le 28 novembre 2021 sur l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts » (initiative sur les soins infirmiers). Cette initiative demande une augmentation de l'effectif en personnel infirmier et la garantie de la qualité des soins. A cette fin, elle prévoit de renforcer la responsabilité de la Confédération et des cantons. Si l'initiative est refusée, c'est le contre-projet indirect élaboré par le Parlement qui entrera en vigueur. Celui-ci prévoit une offensive en matière de formation ainsi que la possibilité pour le personnel infirmier de fournir certains

soins et de les porter à la charge de l'assurance maladie sans ordonnance médicale.

Pour que les mesures proposées soient aussi pertinentes que possible et que les discussions politiques puissent être fondées sur des faits, il est nécessaire de disposer de données complètes. C'est ce que ce rapport permet. Il fournit des informations essentielles sur les évolutions de ces dernières années ainsi que sur la situation actuelle et établit des projections pour les années à venir. L'Obsan, la CDS et OdASanté collaborent depuis plusieurs années dans le cadre de projets conjoints, l'Obsan mettant à disposition les données concernant les besoins futurs en personnel de santé (Jaccard et al., 2009, Merçay et al., 2016), alors que la CDS et OdASanté examinaient plus en détail la question des besoins de relève et discutaient des mesures y ayant trait (Dolder et al., 2009, 2016).

Pour cette deuxième actualisation des résultats, les deux rapports de l'Obsan et de la CDS/OdASanté ont été fusionnés en une seule publication. L'Obsan a réalisé l'ensemble des calculs concernant la description des effectifs ainsi que l'évaluation de l'offre et les besoins de relève (chapitres 2 à 9). Le chapitre décrivant la situation en matière de recrutement ainsi que celui consacré aux mesures prioritaires afin de couvrir les besoins de personnel ont été réalisés sous la direction de la CDS et d'OdASanté (chapitres 10 et 11).

Un groupe d'accompagnement composé d'expertes et d'experts issus de la pratique a suivi les différentes étapes du projet. Au bénéfice de l'expérience du terrain, ce groupe a offert un soutien précieux à l'interprétation des évolutions observées et a attiré l'attention des auteurs sur des aspects non révélés par les données à disposition ; qu'il en soit ici chaleureusement remercié.

Dans le cadre de ce rapport, l'accent est mis sur le personnel de soins et d'accompagnement des institutions de santé (hôpitaux et cliniques, établissements pour personnes âgées et services d'aide et de soins à domicile). C'est sur cette catégorie de personnel que se concentre la description des effectifs en 2019, des évolutions depuis 2012 et de l'offre et des besoins de relève à l'horizon 2029. L'activité de formation et le rôle de la migration sont également examinés. Dans le cadre de ce nouveau rapport, le modèle de projection a été complété pour intégrer le rôle des trajectoires de formation et professionnelles sur l'offre et la demande de relève.

On ne dispose pour l'heure que de peu d'informations concernant l'activité des personnes travaillant dans les professions médico-techniques et médico-thérapeutiques dans le domaine ambulatoire. Un chapitre distinct passe en revue les différentes sources de données disponibles, de façon à estimer le nombre de personnes actives pour différentes professions.

Le présent rapport vise donc à fournir aux différents acteurs et décideurs politiques les informations et les bases d'action nécessaires pour qu'à l'avenir, les efforts engagés dans le domaine de la formation et pour garantir des effectifs suffisants dans les professions de santé puissent être poursuivis, le cas échéant, renforcés et correspondent au mieux aux besoins.

2 Méthodologie

2.1 Description des effectifs

2.1.1 Personnel des hôpitaux

La statistique des hôpitaux (KS) recense les données individuelles des personnes engagées sous contrat pendant l'année sous revue (personnel interne) dans l'établissement (hôpital ou maison de naissance). Le relevé porte sur le personnel des domaines hospitaliers stationnaire et ambulatoire. La part de l'activité du personnel relevant de chacun de ces domaines n'est pas connue.

La statistique des hôpitaux relève la **fonction des collaborateurs** et non pas leur titre ou leur niveau de formation. Ainsi, un professionnel des soins travaillant en tant que codeur médical est en principe enregistré en tant que personnel administratif. Pour l'analyse, les fonctions sont rapportées aux degrés de formation correspondants (OFS 2013). Par contre, la filière de formation ne

peut pas être identifiée (p. ex. formation en HES [tertiaire A] ou en ES [tertiaire B] pour les soignants du degré tertiaire).

L'information selon laquelle la personne se trouve **en formation** ou non est relevée. Les personnes sont enregistrées sous leur future fonction. Il est vraisemblable que certains hôpitaux ne recensent pas systématiquement les étudiants en soins infirmiers effectuant leur formation pratique à l'hôpital. Afin de permettre les comparaisons régionales, les personnes en formation pour la catégorie de fonction 8 (infirmier/ère diplômé/e) ont été retirées de la base de données analysée.

Sont inclus dans l'analyse les personnes enregistrées dans les **centres de prestation** « Médecins/Personnel soignant » (M100-M990) et « Personnel médico-technique/Personnel médico-thérapeutique » (T100-T700). L'effectif du personnel de santé attribué aux centres de prestation des catégories « Personnel de maison/Services techniques et logistiques/Personnel administratif » (I100-I500 et E100-200) est présenté à titre subsidiaire.

T 2.1 Catégories de fonction relevées dans la statistique des hôpitaux et regroupements pour les analyses

Catégorie de fonction	Code	Regroupement pour les analyses		
Infirmier/ère avec spécialisation	7	Personnel de soins et d'accompagnement	Degré tertiaire	
Infirmier/ère diplômé/e	8			
Personnel soignant au niveau secondaire II	9		Degré secondaire II	CFC
Personnel soignant au niveau auxiliaire	10			AFP
Autre personnel soignant	11		Autres/sans formation	
Sage-femme	12	Sage-femme		
Technicien/ne en salle d'opération	13	Personnel médico-technique		
Technicien/ne en radiologie	14			
Technicien/ne en analyse bio-médicale	15			
Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau secondaire II	16			
Ambulancier/ère	17			
Technicien/ne ambulancier/ère	18			
Physiothérapeute	20	Personnel médico-thérapeutique		
Ergothérapeute	21			
Diététicien/ne	22			
Logopédie (orthophoniste)	23			
Thérapeute d'activation	24			
Psychologue	25			
Masseur médical	26			
Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau secondaire II	27			
Autre thérapeute	32			

© Obsan 2021

Le nombre de personnes employées dans les hôpitaux se réfère à l'effectif du personnel au 31 décembre. Les résultats concernant les équivalents plein temps (EPT) englobent la somme des EPT de toutes les personnes occupées pendant l'année en question. Le **taux d'occupation moyen** a été calculé en rapportant le nombre d'EPT pour l'ensemble de l'année à l'effectif recensé en fin d'année. Le taux d'occupation moyen ne correspond donc pas à un taux d'occupation individuel car il n'est pas possible de déterminer à quelle période de l'année se réfère l'EPT calculé. Dans un contexte d'engagement de personnel supplémentaire, le taux d'occupation moyen calculé représente donc une sous-estimation du taux d'occupation individuel moyen réel.

De plus, les **taux d'entrée (TE), de sortie (TS) et de rotation (TR) du personnel** peuvent être estimés. Les taux d'entrée et de sortie correspondent au nombre de recrutements (ici exprimés par l'effectif supplémentaire enregistré d'une année à l'autre ainsi que par les besoins de remplacement exprimés par le nombre de départs au court de l'année), respectivement au nombre de départs, rapportés à l'effectif de la période précédente, multipliés par cent. Le taux de rotation est égal à la somme du taux d'entrée et du taux de sortie divisé par deux.

$$TE_{année,f} = \frac{(Eff_{année,f} - Eff_{année-1,f}) + Départs_{année,f}}{Eff_{année-1,f}} \times 100$$

$$TS_{année,f} = \frac{Départs_{année,f}}{Eff_{année-1,f}} \times 100$$

$$TR_{année,f} = \frac{(TE_{année,f} + TS_{année,f})}{2}$$

Où: $Eff_{année,f}$: effectif au 31.12
 $Départs_{année,f}$: nombre de personnes enregistrées en cours d'année mais plus au 31.12¹
 f: degré de formation

Dans la description de l'effectif ainsi que pour le calcul des projections concernant les besoins futurs, le personnel de santé des hôpitaux est distingué en fonction du **domaine d'activité**: soins aigus, psychiatrie et réadaptation et gériatrie. Dans les travaux menés par l'Obsan, l'attribution de chaque cas hospitalier à un domaine s'effectue selon plusieurs critères (notamment centre de coûts principal, type d'hôpital, tarif de facturation)². Pour définir le domaine d'activité de chaque individu, la démarche suivante a été appliquée:

- Si un site hospitalier n'a que des cas hospitaliers relevant d'un seul domaine d'activité, l'ensemble du personnel de santé est attribué à ce domaine d'activité.

- Si un site hospitalier traite des cas relevant de plusieurs domaines d'activité, l'attribution du personnel de santé au domaine d'activité se fait sur la base du centre de prestation (M500: psychiatrie, M900 et M950: réadaptation et gériatrie, autres centres de prestations: soins aigus).

2.1.2 Personnel des établissements pour personnes âgées

La statistique des institutions médico-sociales (SOMED) est réalisée sous la forme d'un questionnaire A pour les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS) et d'un questionnaire B pour le reste des institutions médico-sociales (institutions pour personnes handicapées ou pour personnes dépendantes; établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux). Les données du questionnaire B ne permettent pas de recenser précisément le personnel de santé employé dans ces institutions. Les résultats disponibles pour l'année 2015 sont présentés à titre subsidiaire. Ainsi, seul le questionnaire A concernant les établissements pour personnes âgées, est traité en détail. Celui-ci recense les données individuelles de toutes les personnes qui travaillaient sous contrat dans l'établissement pendant l'année considérée. La **formation achevée la plus élevée** est relevée pour tous les collaborateurs.

Le personnel de santé dénombré est celui attribué aux **comptes salaire** 30 (médecins et autres universitaires), 311 (personnel soignant qualifié), 312 (personnel aide-soignant), 313 (personnel soignant en formation), 32 (personnel des autres disciplines médicales et animation)³.

Le temps de travail de chaque collaborateur est réparti par **secteur d'activité**⁴. Pour le personnel de soins et d'accompagnement, il apparaît que le périmètre des activités varie selon le canton. À l'inverse, des personnes dont le titre de formation ne relève pas du domaine des soins et de l'accompagnement voient également une partie de leur temps de travail consacrée à des soins. Sur la base de ces observations, la liste des catégories de formation à inclure dans l'analyse a été complétée par rapport au rapport précédent (ajout des catégories « Travailleur/euse social/e diplômé/e », « Autre formation » et « Personnes non diplômées »).

¹ On part ici de l'hypothèse que les personnes enregistrées au cours de l'année étaient déjà actives au sein de l'entreprise l'année précédente.

² Selon définition Obsan: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/delimitation-et-definition-du-cas-MS>

³ Le personnel des comptes salaire 33 (personnel administratif), 34 (personnel hôtelier) et 35 (personnel des services techniques) sont exclus de l'analyse.

⁴ Hôtellerie (C11), Activités et Soins non LAMal (C12), Soins LAMal (C13), Thérapie et service médical (C34), Médicaments LS et matériel LIMA (C35), Direction et administration (C16), Service de maison (C17), Services techniques et de transport (C18), Restauration (C36), Magasin central et pharmacie (C37), soins aigus & de transition (C39), structures de soins de jour ou de nuit (C41), autres (C42)

T 2.2 Catégories de formation relevées dans la statistique SOMED et regroupements pour les analyses

Catégorie de formation	Code	Regroupement pour les analyses		
Infirmier/ère diplômé/e avec formation complémentaire	2	Personnel de soins et d'accompagnement	Degré tertiaire	
Infirmier/ère diplômé/e	3			
Infirmier/ère diplômé/e niveau I	4			
Personnel soignant avec diplôme étranger	6			
Infirmier/ère assistant/e CC CRS	5		Degré secondaire II	CFC
Assistant/e en soins et santé communautaire CFC	7			
Accompagnateur/trice CFC	14			
Assistant/e socio-éducatif ASE	21		Autres/sans formation	AFP
Aide-soignant/e avec certificat	9			
Aide en soins et accompagnement AFP	22		Personnel médico-thérapeutique, activité et soins non LAMal et soins LAMal	
Auxiliaire de santé CRS	10			
Assistant/e médical/e CFC	8			
Thérapeute diplômé/e	12			
Travailleur/euse social/e diplômé/e	13			
Autre formation assistance et soins	15			
Autre formation	19			
Personne non diplômée	20			

« Autre formation assistance et soins »: professions de la santé ainsi que du domaine social, sans distinction entre les degrés de formation secondaire II ou tertiaire

© Obsan 2021

L'indication selon laquelle la personne se trouve **en formation** ou non est relevée pour tous les collaborateurs mais le titre visé n'est pas connu. Seules entrent en ligne de compte les formations soutenues par l'établissement (participation financière, temps de formation accordé, formation à l'interne, etc.).

Comme pour les hôpitaux, les résultats concernant le **nombre d'employés** se rapportent à l'état du personnel engagé au 31 décembre de l'année considérée. Le **nombre d'EPT** se réfère au nombre d'heures de travail rémunérées de toutes les personnes engagées durant l'année considérée, qu'elles soient encore sous contrat au 31 décembre ou non. Le **taux d'occupation moyen**, lequel constitue une estimation du taux d'activité individuel moyen (voir 2.1.1) a été calculé en rapportant le nombre d'EPT des employés sous contrat toute l'année au nombre d'employés engagés au 31 décembre

Les données de la statistique SOMED permettent également de calculer les **taux d'entrée, de sortie et de rotation** du personnel. Ces taux sont calculés de la même manière que pour les hôpitaux.

2.1.3 Personnel des services d'aide et de soins à domicile

Sont pris en compte dans la statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) tous les collaborateurs rémunérés dans le courant de l'année civile par les organisations d'aide et de soins à domicile (SASD). Cela comprend les organisations de droit public à but non lucratif, les organisations privées à but lucratif et les infirmières et infirmiers indépendants fournissant au moins 250 heures de prestations par an.

Dans la statistique SPITEX, on relève le **dernier titre formel obtenu** et pertinent pour l'activité exercée. Les données relevées sont des données agrégées et non pas des données individuelles. Le relevé porte sur l'ensemble des personnes engagées au cours de l'année d'enquête, de sorte que l'effectif ne peut pas être établi pour un jour de référence (par exemple le 31 décembre). Les chiffres incluent donc les fluctuations survenant pendant l'année. De plus, il se peut qu'une personne qui change d'organisation d'aide et de soins à domicile soit comptée à double. Les EPT sont dénombrés pour toutes les personnes occupées pendant l'année.

Afin de pallier à ces limitations, l'effectif au 31 décembre est estimé par déduction, sur la base du nombre d'EPT recensés dans la statistique SPITEX d'une part, et du taux d'occupation moyen observé dans le cadre d'une analyse des données du relevé structurel 2016-18 d'autre part. Le taux d'occupation du personnel soignant de degré tertiaire des SASD y est de 61,1% en Suisse alémanique, de 69,8% en Suisse romande et de 68,1% au Tessin. Pour la Suisse alémanique, ce taux d'occupation moyen se rapproche notamment de celui observé dans l'étude SPOT de l'Université de Bâle (64%) (Möckli et al., 2020). En outre, les taux d'occupation observés dans les données du relevé structurel pour le domaine stationnaire correspondent d'assez près à ceux observés avec les bases de données KS et SOMED. Cet effectif révisé est présenté parallèlement à l'effectif recensé dans la statistique SPITEX et sert de base au calcul des projections sur les besoins futurs de personnel.

La statistique SPITEX ne comprend aucune autre information sur le personnel telle que le sexe, l'âge ou l'origine du diplôme.

T.2.3 Catégories de formation relevées dans la statistique SPITEX et regroupements pour les analyses

Catégorie de formation	Code	Regroupement pour les analyses			
Infirmier/ère diplômé/e HES	100	Personnel de soins et d'accompagnement	Degré tertiaire		
Infirmier/ère diplômé/e ES	110				
Infirmier/ère diplômé/e niveau II	111				
Infirmier/ère diplômé/e SG/GKP/HMP/PSY	112				
Infirmier/ère diplômé/e niveau I	120				
Infirmier/ère diplômé/e en santé publique, domaine de l'aide et des soins à domicile	140				
Spécialisation infirmier/ère, branche puériculture	141				
Autres formations post-diplômes (clinicien/ne niveau I, gestion, soins palliatifs, soins intensifs, etc.)	142				
Infirmier/ère assistant/e CC CRS, niveau certificat	121			Degré secondaire II	CFC
Aide familiale (CFC ou diplôme cantonal), assistant/e en soins et santé communautaire CFC	130				
Assistant/e de personnes âgées CFC, assistant socio-éducatif CFC	132				
Aide-soignant/e CRS, aide en soins et accompagnement AFP	133				AFP
Cours dans le domaine de l'aide et des soins	154		Autres/sans formation		
Sage-Femme	113		Sage-femme		
Autres professionnels diplômés de la santé (ergo- et physiothérapeute, etc.)	151		Personnel médico-thérapeutique		
Assistant/e médical/e CFC	131		Assistant/e médical/e		

© Obsan 2021

La statistique SPITEX comprend un certain nombre d'organisations ne délivrant pas de prestations d'aide et de soins à domicile au sens strict. Il s'agit par exemple de ligues pulmonaire cantonales, lesquelles réalisent de nombreux courts entretiens de conseils. Ces organisations ont été exclues de l'analyse.

2.1.4 Sources de données sur le personnel de santé actif dans le domaine ambulatoire

Les statistiques KS, SOMED et SPITEX ne permettent pas de **recenser le personnel de santé actifs dans le domaine ambulatoire**. Afin de couvrir ce secteur (cf. Chapitre 6), plusieurs sources de données ont été utilisées et combinées afin d'obtenir une vision aussi exhaustive que possible de l'effectif du personnel de santé exerçant partiellement ou complètement dans le domaine ambulatoire. Les professions concernées relèvent principalement du domaine médico-thérapeutique.

À la fin de l'année 2020, un **sondage** a été effectué **auprès des associations professionnelles**. Les informations demandées avaient trait au nombre de membres actifs, à leur répartition sur le territoire suisse, à leur domaine d'activité (ambulatoire ou stationnaire) ainsi qu'à leurs caractéristiques socio-démographiques et professionnelles (âge, sexe, taux d'activité). Les statistiques des membres des associations professionnelles présentent l'avantage de couvrir les professionnels exerçant en ambulatoire. L'intérêt de ces informations dépend toutefois du taux d'adhésion des professionnels à ces associations.

En complément, les données du **registre national des professions de la santé** (NAREG) ont été utilisées (état au 28 mai 2020). Le registre recense les titulaires de diplômes des professions listées dans l'annexe à l'Accord intercantonal sur la reconnaissance

des diplômes de fin d'étude (AIRD), y compris les reconnaissances de diplômes étrangers. Le registre comprend également des informations concernant les autorisations de pratiquer. Il est toutefois à relever que selon le canton, les exigences en matière d'autorisation de pratique peuvent varier pour les différentes professions.

Finalement, les résultats d'une analyse du **relevé structurel 2016-2018** ont également été utilisés pour les professions de la santé identifiables dans cette enquête. Les résultats complets de cette analyse ont fait l'objet d'une publication en 2021 (Lobsiger et al.).

2.2 Description de l'activité de formation

Afin de décrire les tendances récentes dans le domaine de la formation, il est rendu compte de l'évolution du nombre de **titres délivrés** entre 2012 et 2019 (cf. Chapitre 7.1). Les titres du degré secondaire II et de la formation professionnelle supérieure (ES, tertiaire B) sont recensés par la statistique des diplômes (SBA) alors que les titres du degré tertiaire A (HES et université) sont documentés par le système d'information universitaire suisse (SIUS).

Une même personne obtenant plusieurs titres (indépendamment du degré de formation) sera recensée à chaque fois dans la statistique correspondante. Or il n'est pas rare que dans leur parcours professionnel, des personnes se forment successivement dans plusieurs professions de la santé. Les données du programme OFS « Analyses longitudinales dans le domaine de la formation » (LABB) ont ainsi été analysées afin de décrire les **trajectoires de formation** dans le domaine des soins (cf. Chapitre 7.2). Les résultats complets de ces analyses ont fait l'objet d'une publication distincte (Merçay et al., 2021). Ces données sont ensuite

utilisées pour le calcul de l'offre de relève au sein du personnel soignant du degré secondaire II (cf. Chapitre 9.2). De plus, les données du registre NAREG permettent également d'identifier les personnes ayant obtenus plusieurs titres parmi ceux relevés dans le registre.

2.3 Description des mouvements migratoires

Le Système d'information centrale sur la migration (SYMIC) du Secrétariat d'État aux migrations permet de documenter les mouvements des personnes migrantes travaillant dans le domaine de la santé. On distingue les **entrées** (immigration) et les **sorties** (émigration) de personnel de santé étranger, le **solde migratoire** représentant la différence entre le nombre d'entrées et le nombre de sorties. Il permet de savoir si l'immigration concourt à l'accrois-

sement de la population (bilan migratoire positif) ou si l'émigration fait baisser la population (bilan migratoire négatif). Il est à noter qu'une personne renouvelant un permis arrivé à échéance apparaîtra simultanément dans les entrées et sorties. L'effet sur le solde migratoire est par contre nul.

La **profession** des travailleurs étrangers est relevée sur la base de la nomenclature du répertoire des professions (Meier, 1996). Cette nomenclature ayant depuis fait l'objet de plusieurs révisions, les catégories d'analyse retenues ne couvrent pas exactement les mêmes professions que pour les autres sources de données.

Dans le cadre de cette analyse, les **autorisations de séjour** sont réparties en trois catégories: permis de séjour, permis de courte durée (valable au maximum 12 mois) et permis frontalier. Concernant la **branche d'activité**, on distingue les secteurs enseignement et recherche, soins ambulatoires, soins stationnaires, institutions médico-sociales, agences privées de placement et autres.

T 2.4 Catégories de professions relevées dans le système d'information central sur les migrations (SYMIC) et regroupements pour les analyses

Catégorie de profession apprise	Code	Regroupement pour les analyses	
Infirmiers en pédiatrie et hygiène maternelle	425.02	Personnel de soins et d'accompagnement	Degré tertiaire
Infirmiers en psychiatrie	425.03		
Infirmiers diplômés	425.04		Degré secondaire II
Aides hospitaliers, aides-infirmiers	425.05		
Autres professions soignantes	425.07	Autres professions soignantes	
Sages-femmes	425.01	Sages-femmes	
Assistants médico-techniques	422.06	Professions médico-techniques	
Autres professions de la thérapeutique et technique médicale	422.07		
Laborantins médicaux	422.08		
Physiothérapeutes, ergothérapeutes	422.01	Professions de la thérapie	
Aides familiales, communales ou non	425.06	Autres	

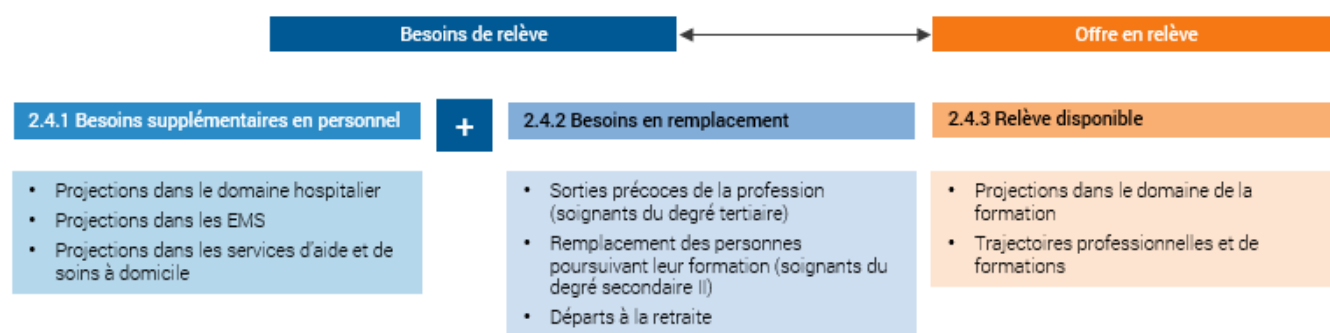
© Obsan 2021

2.4 Sources du modèle de projection de l'offre et des besoins de relève

Afin d'estimer dans quelle mesure la relève permettra de couvrir les besoins de personnel de soins et d'accompagnement des institutions de santé à l'horizon 2029, un modèle de projection de l'offre et des besoins de relève a été élaboré. L'analyse prend pour point de départ l'année 2019 et se concentre sur le personnel de soins et d'accompagnement des degrés tertiaire et secondaire II, pour lesquels les données disponibles permettent une analyse détaillée de l'offre et des besoins de relève.

Pour le calcul des **besoins de relève**, ce modèle considère les **besoins de personnel supplémentaire**, liés à l'évolution du recours aux soins et les **besoins de remplacement** liés aux sorties précoces de la profession (soignants de degré tertiaire), aux trajectoires de formation (personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II) et aux départs à la retraite (G 2.1). **L'offre de relève** est composée des personnes formées et intégrant le marché du travail pour exercer leur profession. Ce chapitre décrit les sources de données ainsi que la méthode utilisée pour le calcul des différentes composantes du modèle de projection. Les résultats sont présentés de façon détaillée dans le chapitre 9.

G 2.1 Modèle de projection simplifié de l'offre et des besoins de relève entre 2019 et 2029



Modèle Obsan

© Obsan 2021

2.4.1 Besoins de personnel supplémentaire

De manière générale, le calcul des besoins futurs de personnel se base sur les projections réalisées par l'Obsan concernant le recours futur aux soins. Ces projections sont réalisées dans le domaine hospitalier d'une part, et pour les soins de longue durée d'autre part. Pour chacun de ces domaines, un **indicateur de prise en charge** (nb de personnes du domaine des soins et de l'accompagnement par cas [hôpital]/résident [EMS]/client [SASD]) est calculé sur la base des données 2019. Postulant une constance de ces indicateurs de prise en charge dans le temps ainsi que d'autres paramètres (taux d'occupation, grade-mix, etc.), les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement peuvent être déduits du recours futur aux soins.

Quel que soit le domaine de soins, le modèle de projection se base sur les **scénarios de référence, haut et bas de l'évolution de la population des cantons** développés par l'OFS pour la période 2020-2050 (Kohli et al., 2020). Ces scénarios reposent sur des hypothèses spécifiques concernant l'évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations:

- **Scénario de référence:** avec une légère augmentation de la fécondité, la poursuite de la baisse de la mortalité et une légère croissance du solde migratoire entre 2020 et 2030, le taux d'accroissement annuel moyen de la population résidente permanente est de 6,2% à l'horizon 2035.

- **Scénario haut:** avec une forte hausse de la fécondité, la baisse prononcée de la mortalité et l'augmentation du solde migratoire jusqu'en 2030, le taux d'accroissement annuel moyen de la population résidente permanente est de 9,1% à l'horizon 2035.
- **Scénario bas:** avec la diminution de la fécondité, une moindre baisse de la mortalité et un solde migratoire stable, le taux d'accroissement annuel moyen de la population résidente permanente est de 3,1% à l'horizon 2035.

Projections dans le domaine hospitalier

La méthode de calcul des futurs besoins de soins dans les hôpitaux et cliniques s'appuie sur le modèle de planification hospitalière développé par l'Obsan (Jörg et al., 2019). Celui-ci permet de faire des projections à l'échelle cantonale du recours aux prestations hospitalières. Dans le cadre de ce rapport, on ne considère pas le recours futur de la population cantonale, mais les besoins futurs de prestations hospitalières dans le canton. Un canton doté d'un hôpital universitaire a des besoins plus élevés de personnel, qui correspondent au bassin de population de cet hôpital (lequel dépasse les frontières cantonales) et non à la population résidente du canton. Les prévisions sont par conséquent stratifiées au niveau cantonal et tiennent compte des disparités dans les structures de soins des cantons.

Ce modèle de l'Obsan relatif au recours futur aux soins repose sur l'hypothèse d'une constance dans le temps des taux d'hospitalisation par groupe de cas (DRG) et par âge, selon le canton. Les projections ne tiennent donc pas compte de possibles évolutions épidémiologiques, progrès médico-techniques susceptibles d'impacter les pratiques diagnostiques et de traitement, ou de changements des préférences de la population. On considère par ailleurs qu'à l'année de référence (2019), les soins délivrés couvrent de façon adéquate la demande (pas de besoins non couverts, ni de recours excessif).

Les projections sont réalisées pour chacun des **domaines d'activité (soins aigus, psychiatrie, réadaptation et gériatrie)**⁵, les besoins futurs de personnel étant définis en fonction de l'évolution attendue du nombre de cas.

Contrairement aux projections précédemment réalisées, les scénarios ayant trait au domaine des soins aigus ne tablent pas sur une réduction des durées de séjour. On considère en effet qu'une part importante du potentiel de réduction des durées de séjour a été réalisée depuis la réforme du financement hospitalier en 2012. Toutefois, il est tenu compte du potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire hospitalier dans le domaine des soins aigus. Les scénarios à ce sujet sont relativement conservateurs, car ils se basent uniquement sur la liste des interventions à effectuer en ambulatoire (Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS]). Or, le virage vers l'ambulatoire hospitalier peut également concerner d'autres interventions ne figurant pas dans cette liste.

Afin de rendre compte de l'étendue des variations des évolutions possibles, les scénarios démographiques et ayant trait au transfert vers l'ambulatoire sont combinés de la façon suivante:

- **Scénario de référence:** scénario démographique de référence et transfert de 20% des interventions à effectuer en ambulatoire selon l'Annexe 1a de l'OPAS
- **Scénario minimal:** scénario démographique bas et transfert de 80% des interventions à effectuer en ambulatoire selon l'Annexe 1a de l'OPAS
- **Scénario maximal:** scénario démographique élevé et pas de transfert des interventions à effectuer en ambulatoire selon l'Annexe 1a de l'OPAS.

Les projections relatives aux domaines de la **psychiatrie** et de la **réadaptation/gériatrie** varient uniquement en fonction du scénario démographique retenu.

Projections dans le domaine des soins de longue durée

Le modèle Obsan de projection des besoins de structures de prises en charge de longue durée (cf. Encadré 1) sert de base pour le calcul des besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement. Celui-ci rend compte du recours aux EMS et aux SASD en 2019 et établit des projections concernant le recours à ces ser-

vices à l'horizon 2035. Sur cette base, on considère que les besoins de personnel vont augmenter de façon parallèle au recours aux soins dans les deux types d'institutions.

Encadré 1 Modèle pour le calcul des besoins futurs de soins de longue durée (EMS et SASD)

Les besoins futurs de la population âgée de 65 ans et plus dans les différentes structures de soins de longue durée (établissements pour personnes âgées, SASD ou structures cantonales de prise en charge) sont calculés pour les années 2020 à 2035.

La méthode de calcul des besoins se base sur différentes publications et analyses que l'Obsan met à disposition des cantons dans le cadre de la planification des soins de longue durée (Bayer-Oglesby et al., 2010; Dutoit, et al., 2016a; Dutoit et al., 2016b; Füglistler-Dousse et al., 2015; Seematter-Bagnoud et al., 2021; Werner et al., 2016). Les projections peuvent être influencées par différents scénarios hypothétiques: scénarios démographiques concernant le développement du vieillissement de la population, scénarios épidémiologiques concernant l'état de santé futur de la population âgée ainsi que scénarios stratégiques permettant à un canton de modéliser des observations spécifiques ou des stratégies politiques (comme p.ex. « ambulatoire avant le stationnaire »)

Le fonctionnement du modèle peut en substance être décomposé en trois étapes. Dans un premier temps, les paramètres du modèle sont calculés pour l'année de référence sur la base des dernières informations disponibles sur les structures. Selon la structure, il s'agit par exemple du taux de recours à une structure ou du nombre d'heures de prestations fournies à un client. Dans un second temps, les paramètres du modèle sont modifiés sur la base des scénarios épidémiologiques et politiques (afin de pouvoir également tenir compte d'autres facteurs d'influence que l'évolution démographique). Dans un troisième temps, les paramètres modifiés du modèle sont appliqués aux évolutions démographiques et les projections sont calculées pour la population âgées de 65 ans et plus. Parallèlement aux paramètres modifiés, des paramètres de l'année de référence sont également appliqués et gardés constants (status quo).

À noter que les structures intermédiaires (structures d'accueil temporaire, appartements protégés) ne sont pas modélisées, car au niveau suisse, il n'existe pas de données à ce sujet. Cependant, étant donné que le personnel fournissant les soins dans ces structures est généralement employé par des SASD, ou éventuellement par des EMS, les besoins de personnel dans ces structures intermédiaires sont indirectement pris en compte dans les projections.

⁵ Selon définition Obsan: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/delimitation-et-definition-du-cas-MS>

Les trois scénarios démographiques (voir 2.4.1, premier paragraphe) qui prévoient chacun, dans une mesure différente, un allongement de l'espérance de vie, permettent de calculer l'évolution du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. Les projections dans le domaine des soins de longue durée reposent en outre sur des **scénarios épidémiologiques**, lesquels estiment la qualité des années de vie gagnées et les besoins de soins qui y sont associés. Ces trois scénarios épidémiologiques sont définis de la manière suivante:

- **Scénario de référence:** ce scénario fait l'hypothèse que, lorsque l'espérance de vie augmente, la durée du besoin de soins reste identique à celle observée à l'année de référence (l'ensemble des années de vie gagnées sont des années en bonne santé). Le besoin de soins apparaît ainsi à un âge plus avancé.
- **Scénario pessimiste:** ce scénario fait l'hypothèse que la durée du besoin de soins augmente légèrement par rapport à l'année de référence, en supposant que la moitié des années de vie gagnées à travers l'augmentation de l'espérance de vie sont des années en bonne santé. Le besoin de soins apparaît à un âge moins avancé que dans le scénario de référence.
- **Scénario optimiste:** ce scénario fait l'hypothèse que la durée du besoin de soins diminue légèrement par rapport à l'année de référence, en supposant qu'une fois et demi les années de vie gagnées à travers l'augmentation de l'espérance de vie sont des années en bonne santé. Le besoin de soins apparaît à un âge encore plus avancé que dans le scénario de référence.

Dans la présentation des résultats (chapitres 4.2 et 5.2), le scénario de référence associe les scénarios démographiques et épidémiologique de référence. Afin de rendre compte de l'étendue des variations des évolutions possibles, les combinaisons « minimales » et « maximales » des scénarios démographiques et épidémiologiques sont présentées. Les trois scénarios suivants sont ainsi commentés:

- **Scénario de référence:** scénarios démographique et épidémiologique de référence
- **Scénario minimal:** scénario démographique bas et scénario épidémiologique optimiste.
- **Scénario maximal:** scénario démographique élevé et scénario épidémiologique pessimiste

Projections pour les établissements pour personnes âgées

Les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements pour personnes âgées sont calculés sur la base du recours actuel et projeté aux soins. Sont pris en considération l'ensemble des résidents âgés de 65 ans et plus en séjour de longue durée. Afin d'obtenir une vision plus précise de l'occupation des EMS sur l'ensemble de l'année, les cas sont pondérés en fonction de leur durée de séjour. Une personne ayant passé une année entière en EMS est comptée comme un cas, alors qu'une personne entrée en EMS en milieu d'année est comptée comme un demi-cas. Sur la base des scénarios démographiques et épidémiologiques, les résultats sont calculés pour les années 2029 et 2035 pour chaque canton.

Projections pour les services d'aide et de soins à domicile

Pour le calcul des besoins futurs de personnel des SASD, on part de l'effectif révisé (cf. 2.1.3). Une double démarche est ensuite suivie. Sur la base de la répartition des heures de soins par client en 2019, on estime pour chaque canton la part de personnel nécessaire pour fournir des soins aux personnes de moins de 65 ans et celle procurant des soins aux personnes de 65 ans et plus. En moyenne suisse, environ les quatre cinquièmes des heures de soins délivrées par les SASD étaient procurées à des personnes âgées de 65 ans et plus en 2019.

Pour la part estimée de personnel délivrant des soins aux personnes de moins de 65 ans, les besoins futurs de personnel sont calculés pour chaque canton sur la base de la seule évolution démographique du nombre de clients (classes d'âge: 0-19 ans et 20-64 ans).

Pour la part estimée de personnel délivrant des soins aux personnes âgées de 65 ans et plus, les besoins futurs de personnel sont basés sur le modèle de projection de l'Obsan dans les SASD. Celui-ci se base sur les clients de 65 ans et plus relevant de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS]). Parallèlement aux soins faisant l'objet d'une prestation médicale et aux besoins d'évaluation qui y sont liés, cela inclut également les soins aigus et de transition délivrés suite à un séjour hospitalier. Selon l'OPAS, ceux-ci sont délivrés pour une durée maximale de deux semaines et sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, ces prestations sont actuellement peu utilisées.

2.4.2 Besoins de remplacement du personnel

Départs à la retraite

Les statistiques des hôpitaux et des établissements pour personnes âgées renseignent l'âge et le sexe des personnes employées. Pour établir le nombre de départs à la retraite à l'horizon 2029, on considère d'une part, le personnel de soins et d'accompagnement masculin âgé de 55 ans et plus en 2019 et d'autre part, le personnel de soins et d'accompagnement féminin âgé de 54 ans et plus en 2019. La statistique SPITEX ne renseignant pas l'âge et le sexe du personnel des SASD, on procède par analogie, en appliquant au personnel des SASD la structure par âge du personnel des établissements pour personnes âgées.

Sorties précoces de la profession (soignants du degré tertiaire)

L'estimation des besoins de remplacement du personnel soignant du degré tertiaire à l'horizon 2029 se base d'une part, sur les taux de sortie de la profession obtenus par une analyse des

données du **relevé structurel 2016-2018** et d'autre part, sur l'effectif des hôpitaux, EMS et SASD (données révisées).

L'analyse du relevé structurel permet de calculer les taux de sortie de la profession par classes d'âge détaillées. Les taux de sorties comprennent les personnes ayant quitté le marché du travail, celles ayant changé de profession et celles travaillant hors de la branche (hôpital, établissements pour personnes âgées et domaine ambulatoire). En miroir, un taux de maintien dans la profession peut être obtenu, lequel devrait correspondre aux effectifs recensés dans les institutions de santé. Il est alors possible de calculer le nombre total théorique de personnes formées dans les soins infirmiers par âge. La statistique SPITEX ne renseignant pas l'âge du personnel des SASD, une structure par âge similaire à celle du personnel des établissements pour personnes âgées a été appliquée.

On fait ensuite l'hypothèse que les comportements d'insertion et de sortie sur le marché du travail dépendent de l'âge. Au cours des années, les taux de sortie de la profession correspondant à l'avancée en âge sont appliqués au nombre total théorique de personnes formées de chaque âge.

Cette démarche présente l'avantage de fournir un calcul des taux de sortie net de la profession. Cela signifie que l'on tient compte du fait que certaines personnes réintègrent le marché du travail après l'avoir quitté. Il n'est par contre pas possible de tenir compte d'un possible effet générationnel selon lequel les comportements d'entrée et de sortie de la profession différeraient entre les cohortes.

De plus, le modèle présente une hypothèse concernant des évolutions possibles de du taux de sortie. Les hypothèses basse et haute retenues correspondent aux seuils bas et haut de l'intervalle de confiance (95%).

T 2.5 Taux de sortie de la profession des soignants du degré tertiaire par classe d'âge, en %, 2016-2018

	Taux de sortie de la profession		
	Valeur moyenne	IC (95%)	
20–24 ans	36,0%	32,2%	39,8%
25–29 ans	27,2%	24,7%	29,7%
30–34 ans	34,5%	32,0%	37,0%
35–39 ans	42,0%	39,5%	44,5%
40–44 ans	42,7%	40,2%	45,2%
45–49 ans	10,9%	38,5%	43,3%
50–54 ans	39,8%	37,6%	42,0%
55–59 ans	47,3%	45,1%	49,55
60–64 ans	65,1%	62,8%	67,4%
65+ ans	98,6%	98,2%	99,0%

Source: OFS – Relevé structurel 2016-2018 (analyse Bureau BSS)
© Obsan 2021

Remplacement des personnes en formation (soignants et accompagnants du degré secondaire II)

Le remplacement des personnes en formation concerne ici le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II souhaitant acquérir un titre du degré tertiaire, car une telle transition crée un besoin de remplacement au degré secondaire II (au degré tertiaire, les calculs ne distinguent pas les personnes spécialisées des généralistes). La statistique SOMED permet d'identifier les personnes se formant vers un autre titre, tout en indiquant leur niveau actuel de formation. Comme il est probable que les soignants et accompagnants du degré secondaire II des EMS désignés comme étant « en formation » soient en transition vers un titre du degré tertiaire, ceux-ci sont inclus dans les besoins de remplacement.

Dans les hôpitaux, les personnes en formation sont indiquées dans la fonction correspondant au titre visé. Il n'est donc pas possible d'évaluer les besoins de remplacement au degré secondaire II pour ces institutions.

2.4.3 Projections de l'offre de relève

Projections dans le domaine de la formation

Les données concernant l'offre future de personnel de soins et d'accompagnement se basent sur les scénarios 2020-2029 pour le système de formation de l'Office fédéral de la statistique (projet Perspectives de la formation). Les principaux facteurs pris en compte dans les scénarios de formation sont la dynamique démographique, l'évolution des effectifs des degrés précédents, les tendances constatées dans les transitions entre les degrés et dans la fréquentation des divers domaines de formation, ainsi que la situation économique.

Ces scénarios sont élaborés pour chaque degré de formation et comportent des variantes « de référence », « haute » et « basse ». De manière générale, l'OFS considère que les scénarios « haut » et « bas » surestiment, respectivement sous-estiment probablement les évolutions réelles mais que ceux-ci restent dans le domaine des évolutions possibles. De plus, les scénarios pour le degré secondaire II ainsi que pour les hautes écoles intègrent des effets possibles à court terme du COVID-19.

Dans le cadre des analyses menées, cinq titres de formation sont inclus dans l'analyse:

- **Aide en soins et accompagnement (ASA)** - Attestation fédérale de formation professionnelle (AFP),
- **Assistant/e en soins et santé communautaire (ASSC)** - Certificat fédéral de capacité (CFC),
- **Assistant/e socio-éducatif/ve (ASE)** (options généraliste et accompagnement des personnes âgées) - Certificat fédéral de capacité (CFC),
- **Infirmier/ère diplômé/e** d'une École supérieure (ES),
- **Bachelor of Science en soins infirmiers (BScN)** d'une Haute école spécialisée (HES).

Les scénarios de formation élaborés par l'OFS sont détaillés par domaine de formation. Pour chaque degré de formation, l'évolution du nombre de titres est donc disponible pour le domaine des soins et de l'accompagnement ou pour le domaine de la santé. Afin de calculer l'offre future pour les cinq titres de formation retenus, il a été considéré que leur part au sein des domaines de formation restera constante dans les années à venir.

Trajectoires professionnelles et de formation

Afin de calculer l'offre de relève disponible, le modèle de projection tient compte de l'insertion effective des diplômés du domaine des soins sur le marché du travail, dans le domaine de la santé et dans une fonction correspondant à leur formation.

Pour les diplômés du degré tertiaire, deux sources sont disponibles. **L'enquête sur la formation professionnelle supérieure (eHBB)** de l'OFS s'adresse aux diplômés de la formation professionnelle supérieure. Il s'agit d'une enquête exhaustive, mais à laquelle la participation est facultative. Pour les besoins de l'étude, les résultats ayant trait aux diplômés en soins infirmiers (formation ES) ont été extraits (eHBB 2019). Ceux-ci permettent de connaître la part, parmi les personnes diplômées en 2018, exerçant une année plus tard une profession dans les soins infirmiers dans une institution de santé (hôpitaux, EMS, SASD).

Pour les diplômés en soins infirmiers d'une HES, les résultats de **l'enquête auprès des personnes diplômées des hautes écoles suisses (EHA)** de l'OFS ont été utilisés. Les données de l'enquête menée auprès des diplômés de 2014 ont été employées, permettant d'observer la profession exercée par les diplômés en soins infirmiers de cette volée une année et cinq ans après l'obtention du titre. La part exerçant dans une institution de santé (hôpitaux, EMS, SASD) n'étant pas connue, un taux similaire à celui des diplômés d'une ES a été appliqué.

De plus, il est tenu compte des sorties précoces de la profession des nouveaux diplômés. Celles-ci sont estimées sur la base des données EHA d'une part, et du relevé structurel 2016-18 d'autre part.

Pour ce qui concerne les trajectoires professionnelles et de formation des diplômés du secondaire II, deux sources sont disponibles. Les données du **programme LABB**, basées sur des registres administratifs, présentent l'avantage de décrire de façon exhaustive les transitions de formation vers le degré tertiaire des diplômés du secondaire II. Les informations disponibles concernent la volée 2012 pour les ASSC et les ASE et la volée 2014 pour les ASA. Les taux de transitions observés correspondent à la situation en 2018. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas de connaître le statut sur le marché du travail des personnes n'ayant pas poursuivi leur formation au degré tertiaire. Pour cette raison, les résultats de **l'étude sur les parcours de formation et les parcours professionnels des personnes ayant accompli l'apprentissage d'ASSC** (Trede et al., 2017) ont été utilisés. Les trajectoires de formation et professionnelles à cinq ans d'environ la moitié de la volée 2011 y sont présentées. Il est ainsi possible d'identifier la part ayant changé de branche ou n'exerçant pas sur le marché du travail.

3 Effectif, évolutions récentes et projections dans les hôpitaux et cliniques

3.1 Effectif du personnel de santé en 2019 et évolutions depuis 2012

3.1.1 Effectif recensé et densité du personnel de soins et d'accompagnement

En 2019, 113 094 personnes du domaine de la santé, dont 82 678 dans le domaine des soins et de l'accompagnement sont recensés dans les hôpitaux et cliniques suisses (T 3.1). Par rapport à 2012, 15 116 personnes supplémentaires (dont 9803 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement) sont recensées pour une hausse de 15,4% de l'effectif (+13,5% pour le personnel de soins et d'accompagnement). La croissance de l'effectif a été plus prononcée en Suisse alémanique (+17,9%) et au Tessin (+15,3%) qu'en Suisse romande (+9,1%).

Il est à noter que les données concernant le personnel du degré tertiaire ne comprennent pas les étudiants en soins infirmiers effectuant leur stage au sein des hôpitaux. Au 31 décembre 2019, 3'082 personnes en formation en lien avec la fonction d'infirmier étaient recensées dans les hôpitaux (données non représentées). Il s'agit vraisemblablement d'une sous-estimation, les personnes en formation n'étant pas systématiquement recensées dans tous les hôpitaux (voir 2.1).

Il est possible de distinguer le personnel de soins et d'accompagnement des hôpitaux selon qu'il travaille dans le domaine des soins aigus, de la psychiatrie ou de la réadaptation et de la gériatrie. En 2019, 79% du personnel de soins et d'accompagnement travaille dans le domaine des soins aigus, 12% en psychiatrie et 9% en réadaptation et gériatrie (données non représentées). Cette répartition est restée stable depuis 2012.

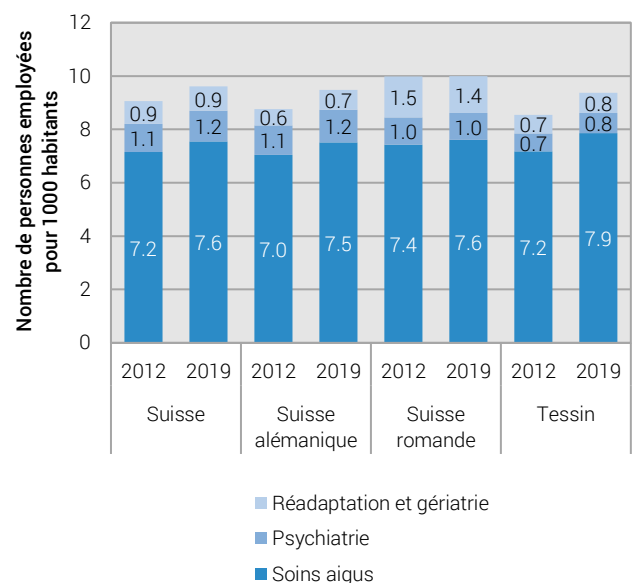
Les trois régions linguistiques présentent des taux de croissance des effectifs proches dans le domaine des **soins aigus** (entre +10,2% et +15,3% entre 2012 et 2019, T 3.2). La densité du personnel de soins et d'accompagnement, tous degrés de formation confondus, qui se situait entre 7,0 et 7,4 personnes pour 1000 habitants en 2012, s'établit ainsi entre 7,5 et 7,9 en 2019 (G 3.1).

En Suisse alémanique, la croissance de l'effectif dans le domaine de la **psychiatrie** a été relativement prononcée (+27,7%).

La densité du personnel de soins et d'accompagnement (1,2 personne pour 1000 habitants) y est également plus élevée qu'en Suisse romande (1,0) et au Tessin (0,8).

En Suisse romande, la densité du personnel de soins et d'accompagnement travaillant dans le domaine de la **gériatrie et de la réadaptation** est presque deux fois plus élevée qu'en Suisse alémanique et au Tessin (1,4 personne pour 1000 habitants contre 0,7 et 0,8). En 2012, ces différences de densité entre régions linguistiques étaient encore plus prononcées.

G 3.1 Hôpitaux: Densité du personnel de soins et d'accompagnement par domaine de soins (pour 1000 habitants), Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP) © Obsan 2021

T 3.1 Hôpitaux: Personnel de santé (nombre de personnes employées), Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Domaine	Degré de formation/profession	Suisse			Suisse alémanique			Suisse romande			Tessin		
		2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)
Soins et accompagnement	Tertiaire	51 593	57 750	11,9	34 433	38 950	13,1	14 856	16 143	8,7	2 304	2 657	15,3
	Secondaire II	13 742	17 243	25,5	8 939	12 026	34,5	4 363	4 716	8,1	440	501	13,9
	Secondaire II (CFC)	6 607	11 280	70,7	5 464	9 088	66,3	1 072	2 125	98,2	71	67	-5,6
	Secondaire II (AFP)	7 135	5 963	-16,4	3 475	2 938	-15,5	3 291	2 591	-21,3	369	434	17,6
	Autres/sans formation	7 540	7 685	1,9	6 066	6 150	1,4	1 300	1 400	7,7	174	135	-22,4
Total soins et accompagnement		72 875	82 678	13,5	49 438	57 126	15,6	20 519	22 259	8,5	2 918	3 293	12,9
Autre personnel de santé	Sage-femme	2 428	2 849	17,3	1 547	1 851	19,7	824	918	11,4	57	80	40,4
	Personnel médico-technique	12 412	13 974	12,6	9 050	10 527	16,3	2 931	2 921	-0,3	431	526	22,0
	Personnel médico-thérapeutique	10 263	13 593	32,4	7 647	10 315	34,9	2 349	2 943	25,3	267	335	25,5
Total		97 978	113 094	15,4	67 682	79 819	17,9	26 623	29 041	9,1	3 673	4 234	15,3

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

T 3.2 Hôpitaux: Personnel de santé par domaine de soins (nombre de personnes employées), Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Sec-teur	Domaine	Degré de formation/profession	Suisse			Suisse alémanique			Suisse romande			Tessin		
			2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)
Soins aigus	Soins et accompagnement	Tertiaire	41 271	46 323	12,2	27 984	31 499	12,6	11 331	12 560	10,8	1 956	2 264	15,7
		Secondaire II	10 131	12 786	26,2	6 820	9 134	33,9	2 958	3 261	10,2	353	391	10,8
		Secondaire II (CFC)	4 800	8 305	73,0	4 074	6 838	67,8	684	1 431	109,2	42	36	-14,3
		Secondaire II (AFP)	5 331	4 481	-15,9	2 746	2 296	-16,4	2 274	1 830	-19,5	311	355	14,1
		Autres/sans formation	6 085	5 881	-3,4	4 947	4 660	-5,8	996	1 112	11,6	142	109	-23,2
Total soins et accompagnement		57 487	64 990	13,1	39 751	45 293	13,9	15 285	16 933	10,8	2 451	2 764	12,8	
Autre personnel de santé	Sage-femme	2 428	2 848	17,3	1 547	1 851	19,7	824	917	11,3	57	80	40,4	
	Personnel médico-technique	12 174	13 719	12,7	8 855	10 319	16,5	2 889	2 876	-0,4	430	524	21,9	
	Personnel médico-thérapeutique	5 716	7 094	24,1	4 033	5 029	24,7	1 539	1 903	23,7	144	162	12,5	
Total		77 805	88 651	13,9	54 186	62 492	15,3	20 537	22 629	10,2	3 082	3 530	14,5	
Psychiatrie	Soins et accompagnement	Tertiaire	6 525	7 321	12,2	4 595	5 168	12,5	1 711	1 915	11,9	219	238	8,7
		Secondaire II	1 317	1 813	37,7	986	1 528	55,0	321	261	-18,7	10	24	140,0
		Secondaire II (CFC)	860	1 450	68,6	761	1 320	73,5	97	126	29,9	2	4	100,0
		Secondaire II (AFP)	457	363	-20,6	225	208	-7,6	224	135	-39,7	8	20	150,0
		Autres/sans formation	681	773	13,5	619	685	10,7	60	86	43,3	2	2	0,0
Total soins et accompagnement		8 523	9 907	16,2	6 200	7 381	19,0	2 092	2 262	8,1	231	264	14,3	
Autre personnel de santé	Personnel médico-technique	97	75	-22,7	95	69	-27,4	2	6	200,0	.	.	.	
	Personnel médico-thérapeutique	2 540	3 893	53,3	2 114	3 285	55,4	399	565	41,6	27	43	59,3	
Total		11 160	13 876	24,3	8 409	10 735	27,7	2 493	2 834	13,7	258	307	19,0	
Réadaptation et gériatrie	Soins et accompagnement	Tertiaire	3 797	4 106	8,1	1 854	2 283	23,1	1 814	1 668	-8,0	129	155	20,2
		Secondaire II	2 294	2 644	15,3	1 133	1 364	20,4	1 084	1 194	10,1	77	86	11,7
		Secondaire II (CFC)	947	1 525	61,0	629	930	47,9	291	568	95,2	27	27	0,0
		Secondaire II (AFP)	1 347	1 119	-16,9	504	434	-13,9	793	626	-21,1	50	59	18,0
		Autres/sans formation	774	1 031	33,2	500	805	61,0	244	202	-17,2	30	24	-20,0
Total soins et accompagnement		6 865	7 781	13,3	3 487	4 452	27,7	3 142	3 064	-2,5	236	265	12,3	
Autre personnel de santé	Personnel médico-technique	141	180	27,7	100	139	39,0	40	39	-2,5	1	2	100,0	
	Personnel médico-thérapeutique	2 007	2 606	29,8	1 500	2 001	33,4	411	475	15,6	96	130	35,4	
Total		9 013	10 567	17,2	5 087	6 592	29,6	3 593	3 578	-0,4	333	397	19,2	

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

T 3.3 Hôpitaux: Personnel de santé hors des soins et des activités médico-techniques et thérapeutiques (nombre de personnes employées), Suisse, en 2019

Domaine	Degré de formation/profession	Administration	École(s)	Autres exploitations annexes	Autres ¹	Total
Soins et accompagnement	Tertiaire	933	36	83	17	1 069
	Secondaire II	982	169	131	32	1 314
	Autres/sans formation	189	23	46	136	394
	Total soins et accompagnement	2 104	228	260	185	2 777
Autre personnel de santé	Sage-femme	29	1	0	0	30
	Personnel médico-technique	332	0	612	411	1 355
	Personnel médico-thérapeutique	76	11	110	99	296
	Total	2 541	240	982	695	4 458

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

Autres¹: pharmacie, cuisine, service de maison, service technique et logistique et service de maintenance

Afin d'avoir une vision complète du personnel de santé travaillant au sein des hôpitaux et cliniques, il convient d'également mentionner les personnes travaillant **hors des soins et des activités médico-techniques et thérapeutiques** (T 3.3). En 2019, le domaine de l'administration, emploie ainsi 2541 personnes du domaine de la santé dont 2104 du domaine des soins et de l'accompagnement de tous les degrés de formation. D'autres personnes sont notamment occupés dans les écoles et autres exploitations annexes. Au total, ce sont 4458 personnes du domaine de la santé (dont 2777 du domaine des soins et de l'accompagnement) qui viennent s'ajouter à l'effectif déjà recensé.

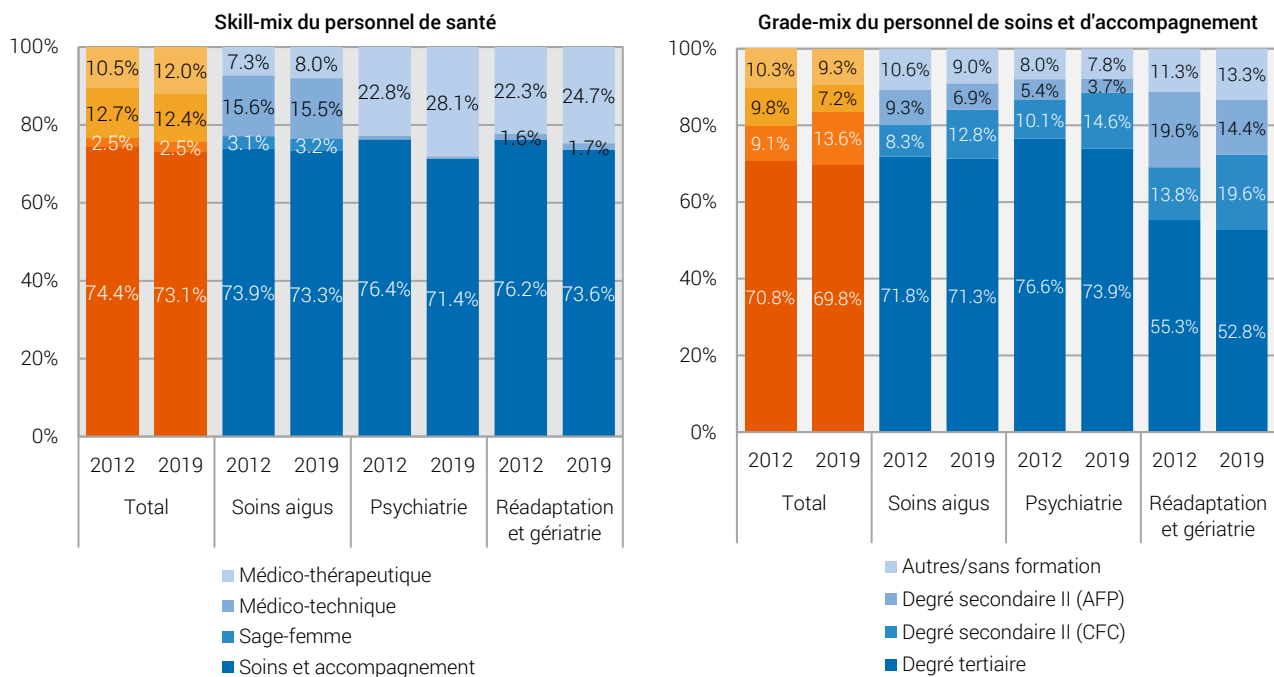
3.1.2 Skill- et grade-mix du personnel

En moyenne suisse comme dans les différents domaines de soins, le personnel de soins et d'accompagnement représente environ les trois quarts de l'effectif du personnel de santé non médical (**skill-mix**, G 3.2). Avec la progression entre 2012 et 2019 de la part de personnel médico-thérapeutique dans les différents domaines de soins, la part de personnel de soins et d'accompagnement enregistre globalement un recul de 0,6 point de pourcentage.

En ce qui concerne la composition du personnel de soins et d'accompagnement par degré de formation (**grade-mix**), la part de personnel du degré secondaire II avec un certificat fédéral de capacité (CFC) passe de 9,1% à 13,6% de l'effectif. Ces personnes se substituent plutôt à du personnel moins qualifié (-3,6 points de pourcentage) et dans une moindre mesure, aux soignants du degré tertiaire (-1,0 point de pourcentage).

Prises ensemble, les tendances quant aux évolutions du skill-mix et du grade-mix découlent notamment sur une baisse de 1,7 point de pourcentage de la part du personnel soignant du degré tertiaire au sein du personnel de santé (donnée non représentée).

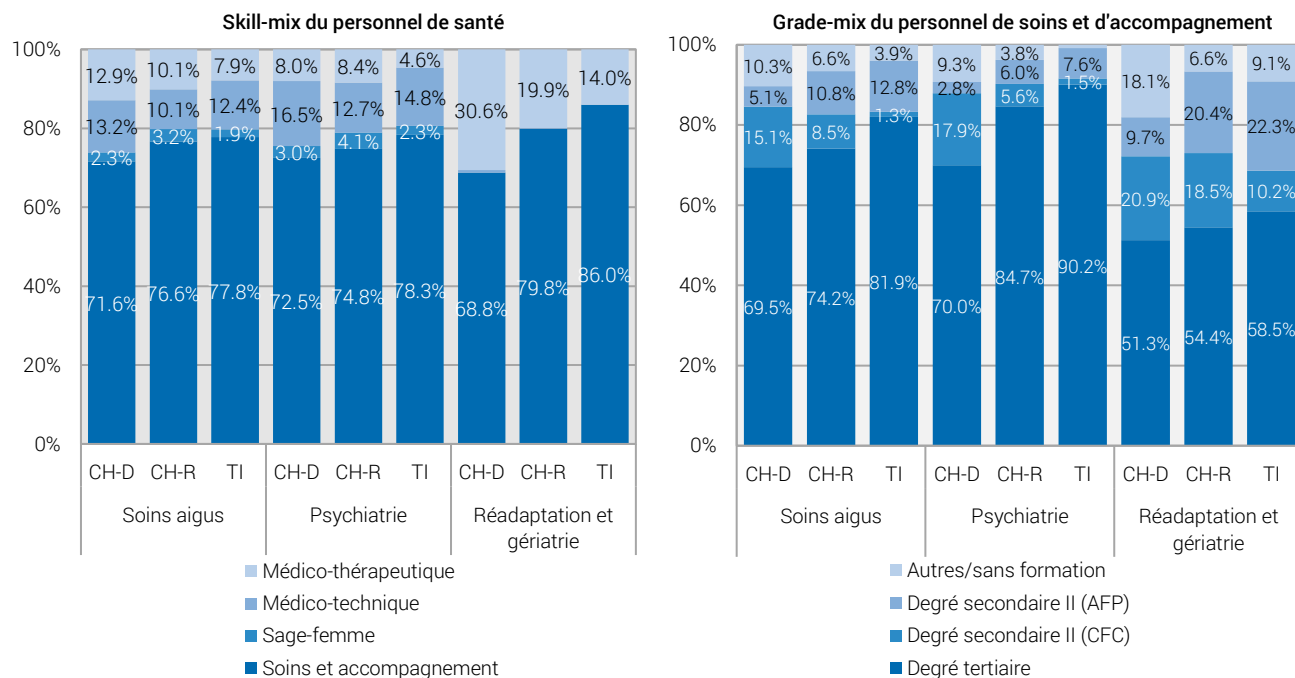
G 3.2 Hôpitaux: Skill- et grade-mix du personnel de santé par domaine de soins (sur la base du nombre de personnes employées), Suisse, en 2012 et en 2019



Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

G 3.3 Hôpitaux: Skill- et grade-mix du personnel de santé par domaine de soins (sur la base du nombre de personnes employées), régions linguistiques, en 2019



Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

Pour chaque domaine de soins, d'importantes différences de skill et de grade-mix sont observées selon la **région linguistique** (G 3.3). Le Tessin se distingue avec une part importante de soignants du degré tertiaire au sein des équipes de soins et d'accompagnement et plus généralement, au sein de l'effectif. À l'inverse, cette part est la plus basse en Suisse alémanique, la Suisse romande occupant une position intermédiaire.

Dans l'ensemble, les soignants du degré tertiaire représentent 62,8% de l'effectif du personnel de santé au Tessin, 55,5% en Suisse romande et 48,8% en Suisse alémanique (données non représentées).

3.1.3 Caractéristiques du personnel

Sexe

Avec 83,3% de personnel féminin en 2019 (G 3.4), les professions de la santé sont essentiellement occupées par des femmes. Depuis 2012, la part de femmes a diminué de 0,7 point de pourcentage au sein du personnel de soins et d'accompagnement et elle a avancé de 1,7 point de pourcentage au sein des professions médico-thérapeutique.

La part de femmes est la plus basse au Tessin (74,6%) et la plus élevée en Suisse alémanique (84,6%), la Suisse romande présentant une situation intermédiaire (80,9%). Les différences entre

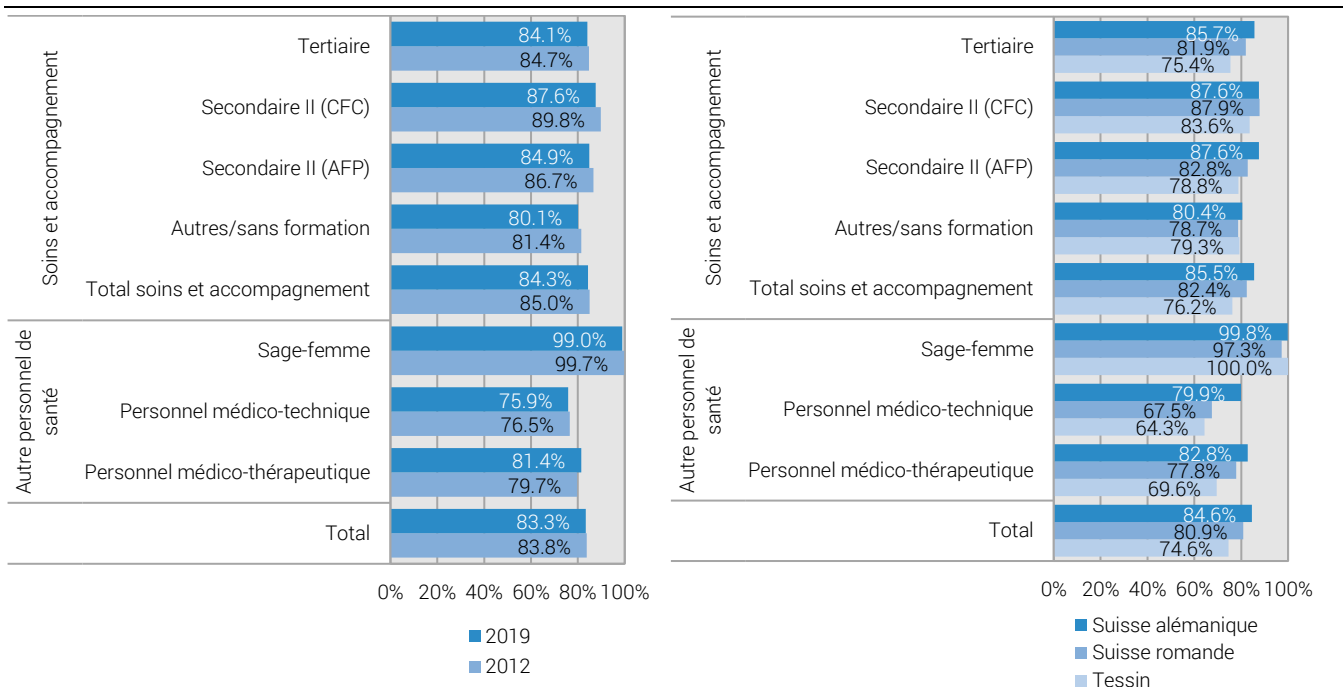
Suisse latine et Suisse alémanique tiennent en partie au poids du personnel formé à l'étranger, celui-ci étant plus souvent masculin. Les différences de genre s'observent toutefois également au sein du personnel formé en Suisse (CH-D: 87,8% de femmes, CH-R: 83,6%, TI: 77,7%, données non représentées).

Âge

De manière générale, les mesures de tendance centrale ayant trait à l'âge sont plutôt stables entre 2012 et 2019 (âge moyen et âge médian du personnel de soins et d'accompagnement d'environ 39 ans, données non représentées). Si l'on observe de plus près l'évolution de la composition par classe d'âge du personnel (G 3.5), une double tendance de rajeunissement par le bas et de vieillissement par le haut s'observe. L'augmentation de la part de moins de 35 ans est liée au poids plus important du personnel du degré secondaire II avec CFC au sein de l'effectif alors que la hausse de la part de 55 ans est plutôt liée à l'avancée en âge du personnel des degrés tertiaire et secondaire II avec attestation de formation professionnelle (AFP).

Cette double tendance de rajeunissement par le bas et de vieillissement par le haut s'observe également dans les autres catégories de profession de la santé (données non représentées).

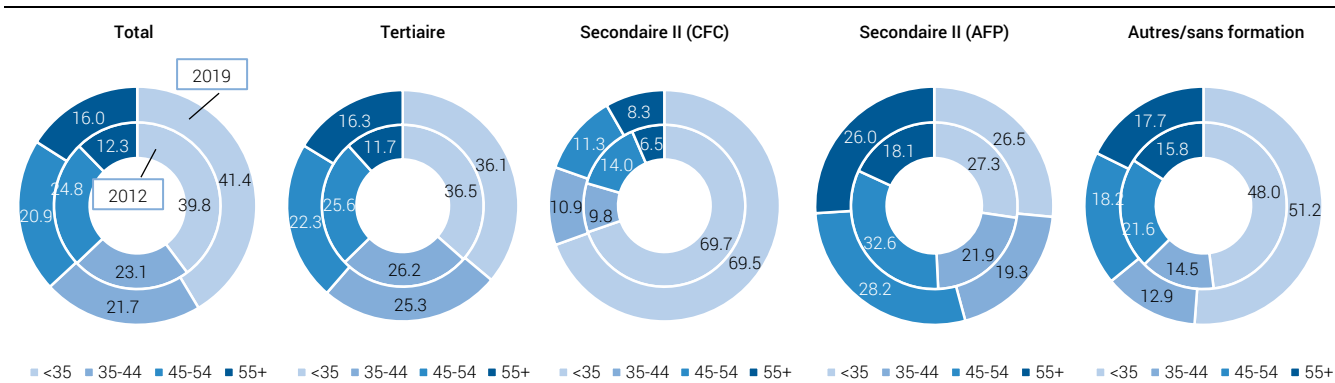
G 3.4 Hôpitaux: Part de femmes en % (sur la base du nombre de personnes employées), Suisse, en 2012 et en 2019 et régions linguistiques, en 2019



Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

G 3.5 Hôpitaux: Répartition par classe d'âge en % du personnel de soins et d'accompagnement (sur la base du nombre de personnes employées), Suisse, en 2012 et en 2019



Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

Origine du diplôme

Pour la première fois en 2019, la variable renseignant l'origine du diplôme du personnel de santé est de suffisamment bonne qualité pour être analysée, cette information étant disponible pour 98,1% du personnel de santé.

Dans l'ensemble, il apparaît que 31,0% des soignants du degré tertiaire disposent d'un titre de formation étranger (G 3.6). Cette part est la plus basse en Suisse alémanique (22,6%) et la plus élevée en Suisse romande (50,8%), le Tessin occupant une position

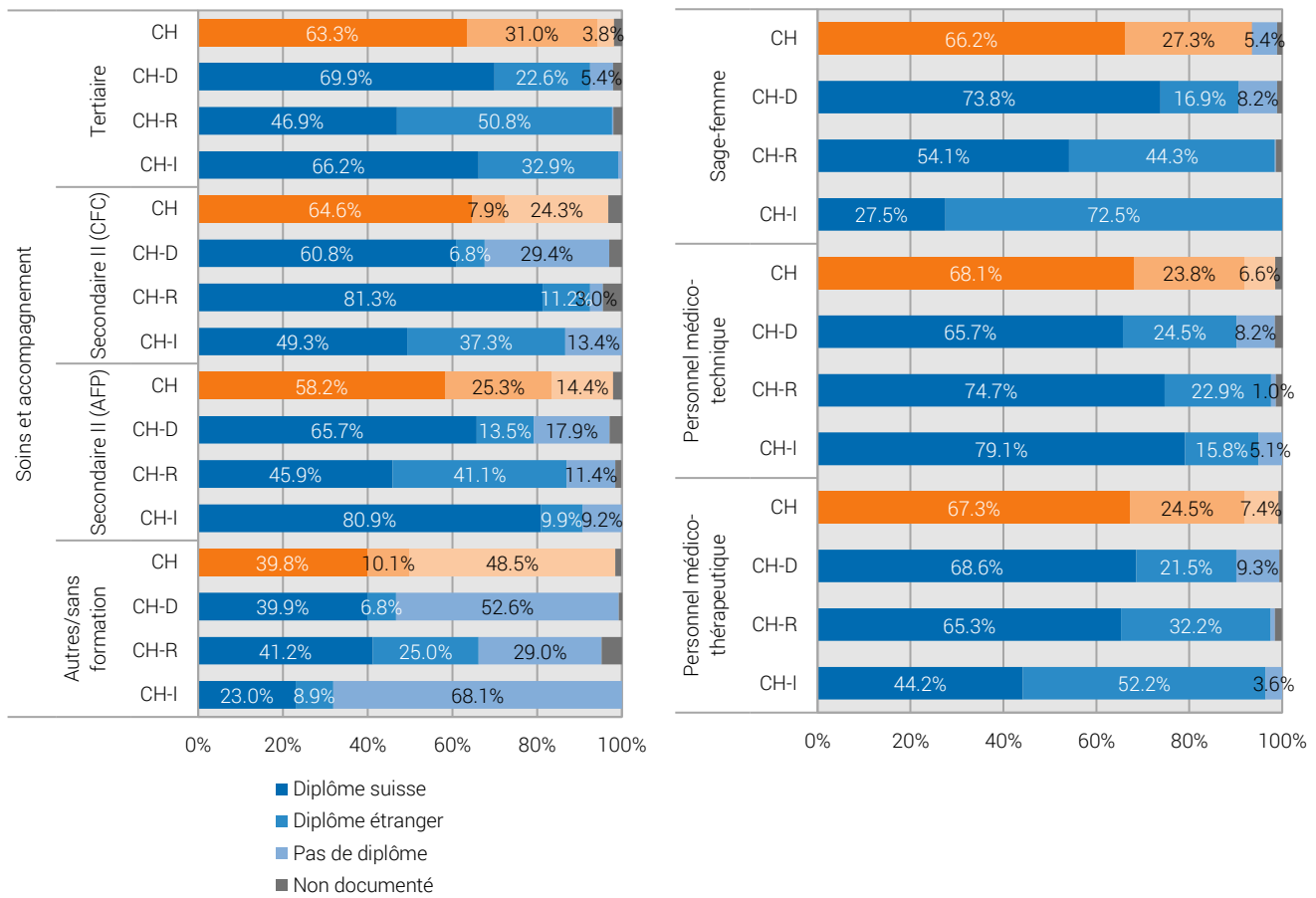
intermédiaire (32,9%). Quant aux sages-femmes et aux personnels médico-techniques et médico-thérapeutiques, environ un quart de l'effectif dispose d'un diplôme étranger.

À noter que les personnes désignées comme « sans diplôme » peuvent soit être en cours de formation (p.ex. apprentissage en emploi d'assistant en soins et santé communautaire), soit disposer d'un titre de formation ne correspondant pas aux critères de la statistique⁶.

⁶ La variable « origine du diplôme » se rapporte aux formations reconnues par la Confédération qui ont été définies pour les différents groupes de professions selon la loi sur les professions médicales (LPMéd), la loi sur les professions de la psychologie (LPsy), la loi sur

la formation professionnelle (LRPr) et la loi sur les hautes écoles spécialisées (LHES) (consigne de l'OFS au 10.12.2013).

G 3.6 Hôpitaux: Répartition du personnel de santé selon l'origine du diplôme en % (sur la base du nombre de personnes employées), Suisse et régions linguistiques, en 2019



Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

3.1.4 Emploi du personnel de santé

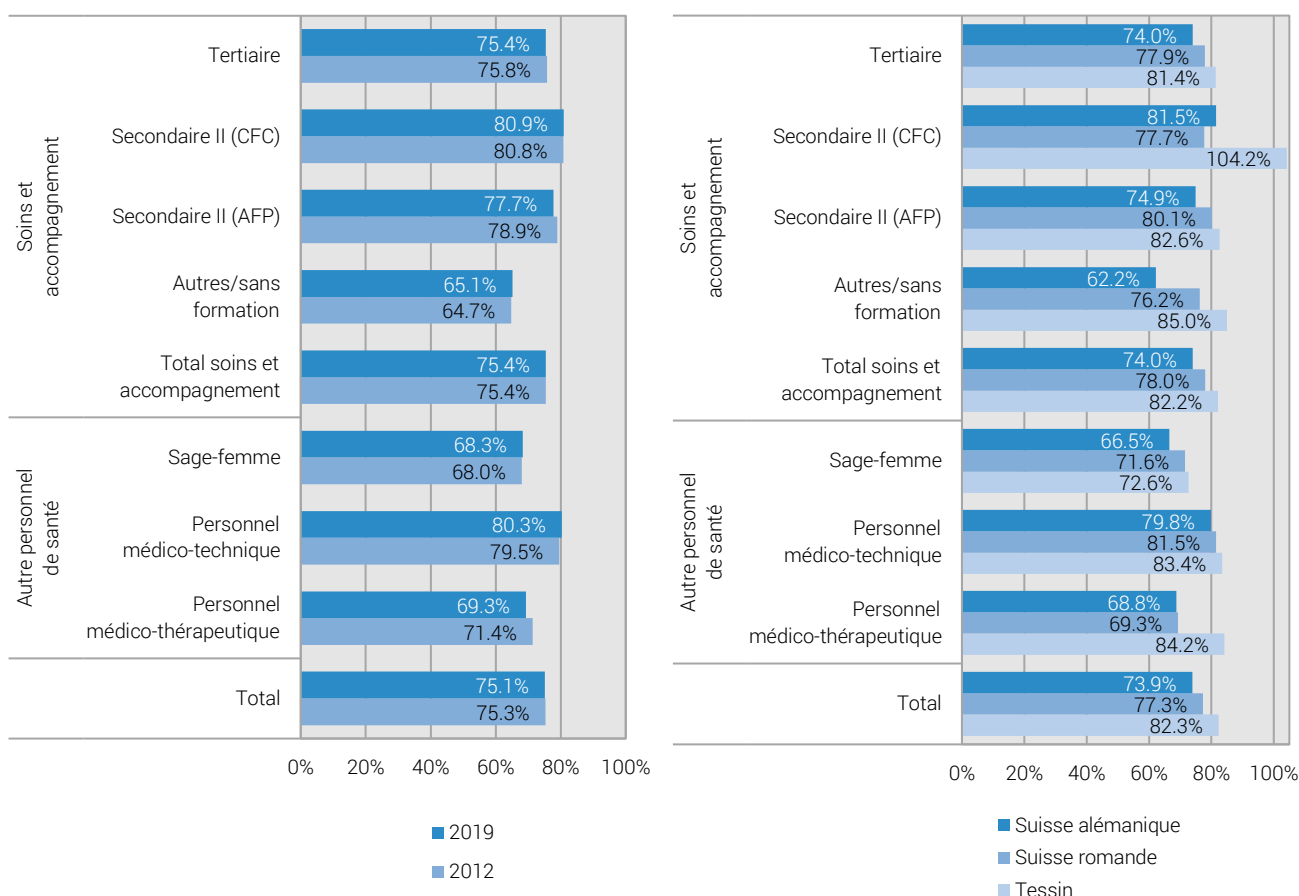
Taux d'occupation

D'un côté, un taux d'occupation bas signale l'existence d'une marge de manœuvre pour augmenter le nombre d'équivalents plein temps (EPT) travaillés en limitant les besoins de recrutement. D'un autre côté, la possibilité de travailler à temps partiel ou à un taux d'activité bas peut être considérée comme un facteur favorisant le maintien en emploi du personnel de santé. Il est à noter que dans les données présentées, les taux d'occupation sont aussi influencés par la dynamique de recrutement des institutions (voir méthodologie).

En moyenne, le taux d'occupation du personnel de soins et d'accompagnement est resté stable entre 2012 et 2019 (G 3.7).

Celui-ci est d'environ 75% pour les soignants du degré tertiaire, d'environ 80% pour les personnes du degré secondaire II et se situe autour de 65% pour la catégorie « autres/sans formation ». Pour chaque degré de formation, le taux d'occupation est le plus élevé au Tessin. Les taux d'occupation sont ensuite plus élevés en Suisse romande qu'en Suisse alémanique, sauf pour le personnel du degré secondaire avec CFC. Au Tessin, le taux d'occupation relevé pour le personnel du degré secondaire II avec CFC dépasse les 100%. Ce résultat est dû à l'important taux de rotation de l'effectif correspondant à ce degré de formation (voir ci-après).

De manière générale, les personnes ayant obtenu leur diplôme à l'étranger affichent un taux d'occupation plus élevé que celles ayant obtenu leur titre en Suisse. Pour les soignants du degré tertiaire, ces taux d'occupation sont de respectivement 76,7% et 68,1% (données non représentées).

G 3.7 Hôpitaux: Taux d'occupation en % du personnel de santé, Suisse, en 2012 et en 2019 et régions linguistiques, en 2019


Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

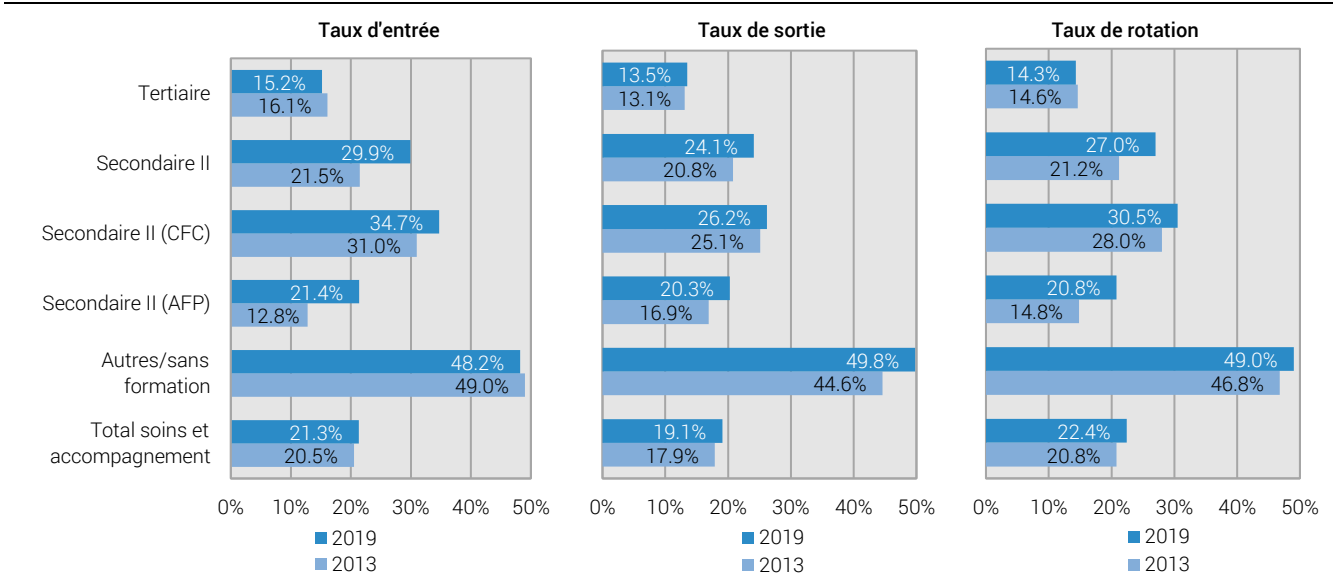
Taux d'entrée, de sortie et de rotation

En moyenne un peu moins d'une personne du domaine des soins et de l'accompagnement sur cinq quitte chaque année son poste (**taux de sortie** de 19,1% en 2019, G 3.8). Ce taux de sortie est à distinguer du taux de sortie de la profession car il est possible que ces personnes prennent ensuite un emploi dans une autre institution de santé. En raison de la croissance de l'effectif, le **taux d'entrée** (21,3%) pour le personnel de soins et d'accompagnement des hôpitaux est légèrement supérieur au taux de sortie. Dans l'ensemble, le **taux de rotation** du personnel de soins et d'accompagnement des hôpitaux est passé de 20,8% en 2013 à 22,4% en 2019. Cette tendance témoigne d'une légère accélération du renouvellement de l'effectif. Il est important de relever cet effet car l'intégration et l'encadrement des nouveaux employés, en particulier des nouveaux diplômés, met également à contribution le personnel des hôpitaux en poste.

Le taux de rotation annuel du personnel le plus élevé s'observe pour les personnes sans titre de formation formel (49,0% en 2019). Une explication possible à ce taux de rotation particulièrement élevé serait que celles-ci sont plus souvent engagées avec un contrat à durée déterminée.

Pour le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II avec CFC, le taux de rotation de 30,5% s'explique notamment par l'engagement de nouveaux apprentis ainsi que par la possibilité pour ces personnes de poursuivre leur parcours de formation au degré tertiaire. Pour le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II avec AFP, la croissance du taux de rotation s'explique par l'arrivée des aides en soins et accompagnement, lesquels peuvent également poursuivre leur parcours de formation vers le degré secondaire II avec CFC.

G 3.8 Hôpitaux: Taux d'entrée, de sortie et de rotation en % du personnel de soins et d'accompagnement (sur la base du nombre de personnes employées), Suisse, en 2013 et en 2019



Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

3.2 Projections sur les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement

Rappel méthodologique: les trois scénarios présentés pour les projections concernant les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement pour les hôpitaux diffèrent selon le scénario démographique. De plus, le scénario de référence prévoit un transfert de 20% des interventions à effectuer en ambulatoire selon l'Annexe 1a de l'OPAS. Le scénario bas prévoit un transfert de 80% et le scénario élevé ne prévoit pas de transfert. Les trois scénarios postulent une constance du grade-mix et des besoins de prise en charge des patients.

Partant de la situation en 2019, les besoins de personnel de soins et d'accompagnement dans les **hôpitaux** sont amenés à présenter une croissance allant de 11% à 17% à l'horizon 2029 et de 17% à 28% à l'horizon 2035, essentiellement en fonction de l'évolution démographique (T 3.4). Selon le scénario de référence, on peut estimer à environ 11 900 le nombre de personnes supplémentaires à l'horizon 2029, dont environ 8300 soignants du degré tertiaire. À l'horizon 2035, les hôpitaux emploieraient 19 100 personnes supplémentaires, dont 12 900 soignants du degré tertiaire.

Selon le scénario démographique de référence, la population suisse devrait globalement augmenter de 9% entre 2019 et 2029. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera toutefois bien plus rapidement que le nombre de personnes âgées de moins de 65 ans (+26% vs +4%). Par rapport aux autres domaines de soins, il est plus fréquent que des personnes ayant

entre 15 et 64 ans effectuent un séjour hospitalier en **clinique psychiatrique**. Ce domaine de soins est donc celui pour lequel les besoins devraient augmenter le moins rapidement (+7% à l'horizon 2029 selon le scénario de référence). À l'inverse, les hospitalisations dans les **services de réadaptation et de gériatrie** concernent le plus souvent des personnes âgées (65-79 ans), voire très âgées (80+ ans). Les besoins de personnel pour ce domaine de soins devraient donc augmenter le plus rapidement (+22% à l'horizon 2029 selon le scénario de référence). Quant au domaine des **soins aigus**, les besoins futurs de personnel sont également influencés par le vieillissement de la population, mais dans une moindre mesure que pour le domaine de la réadaptation et la gériatrie. À l'horizon 2029, le scénario de référence table sur une hausse de 15% des besoins de personnel.

Malgré ces évolutions différenciées, les soins aigus devraient rester dans les années à venir le domaine employant la plus grande partie du personnel de soins et d'accompagnement hospitalier (79% en 2019 et en 2029), en particulier du degré tertiaire (80% en 2019 et 2029).

T 3.4 Hôpitaux: Projections concernant les besoins de personnel de soins et d'accompagnement en 2029 et en 2035 selon le degré de formation et le domaine de soins

	2019	2029			2035			
		Scénario bas	Scénario de référence	Scénario élevé	Scénario bas	Scénario de référence	Scénario élevé	
Total hôpitaux	Tertiaire	57 750	64 000 <i>+6 300</i>	66 000 <i>+8 300</i>	67 600 <i>+9 900</i>	67 200 <i>+9 500</i>	70 600 <i>+12 900</i>	73 800 <i>+16 100</i>
	Secondaire II	17 243	19 300 <i>+2 100</i>	19 800 <i>+2 600</i>	20 400 <i>+3 200</i>	20 300 <i>+3 100</i>	21 300 <i>+4 100</i>	22 300 <i>+5 100</i>
	Autres/sans formation	7 685	8 600 <i>+900</i>	8 800 <i>+1 100</i>	9 000 <i>+1 300</i>	9 000 <i>+1 300</i>	9 900 <i>+2 200</i>	9 900 <i>+2 200</i>
	Total soins et accompagnement	82 678	91 800 +9 100 +11%	94 600 +11 900 +14%	97 100 +14 400 +17%	96 700 +14 000 +17%	101 800 +19 100 +23%	106 000 +23 300 +28%
Soins aigus	Tertiaire	46 323	51 400 <i>+5 100</i>	53 100 <i>+6 800</i>	54 500 <i>+8 200</i>	53 900 <i>+7 600</i>	56 800 <i>+10 500</i>	59 500 <i>+13 200</i>
	Secondaire II	12 786	14 200 <i>+1 400</i>	14 700 <i>+1 900</i>	15 100 <i>+2 300</i>	14 900 <i>+2 100</i>	15 700 <i>+2 900</i>	16 500 <i>+3 700</i>
	Autres/sans formation	5 881	6 600 <i>+700</i>	6 800 <i>+900</i>	6 900 <i>+1 000</i>	6 900 <i>+1 000</i>	7 300 <i>+1 400</i>	7 600 <i>+1 700</i>
	Total soins et accompagnement	64 990	72 100 +7 100 +11%	74 500 +9 500 +15%	76 600 +11 600 +18%	75 800 +10 800 +17%	80 100 +15 100 +23%	83 500 +18 500 +28%
Psychiatrie	Tertiaire	7 321	7 700 <i>+400</i>	7 900 <i>+600</i>	8 000 <i>+700</i>	7 900 <i>+600</i>	8 200 <i>+900</i>	8 500 <i>+1 200</i>
	Secondaire II	1 813	1 900 <i>+100</i>	1 900 <i>+100</i>	2 000 <i>+200</i>	1 900 <i>+100</i>	2 000 <i>+200</i>	2 100 <i>+300</i>
	Autres/sans formation	773	800 <i>+0</i>	800 <i>+0</i>	800 <i>+0</i>	800 <i>+0</i>	900 <i>+100</i>	900 <i>+100</i>
	Total soins et accompagnement	9 907	10 400 +500 +5%	10 600 +700 +7%	10 800 +900 +9%	10 700 +800 +8%	11 100 +1 200 +12%	11 500 +1 600 +16%
Réadaptation et gériatrie	Tertiaire	4 106	4 900 <i>+800</i>	5 000 <i>+900</i>	5 100 <i>+1 000</i>	5 400 <i>+1 300</i>	5 600 <i>+1 500</i>	5 800 <i>+1 700</i>
	Secondaire II	2 644	3 200 <i>+600</i>	3 200 <i>+600</i>	3 300 <i>+700</i>	3 500 <i>+900</i>	3 600 <i>+1 000</i>	3 700 <i>+1 100</i>
	Autres/sans formation	1 031	1 200 <i>+200</i>	1 200 <i>+200</i>	1 300 <i>+300</i>	1 300 <i>+300</i>	1 400 <i>+400</i>	1 400 <i>+400</i>
	Total soins et accompagnement	7 781	9 300 +1 500 +20%	9 500 +1 700 +22%	9 700 +1 900 +25%	10 200 +2 400 +31%	10 600 +2 800 +36%	11 000 +3 200 +41%

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

Note: Le nombre de personnes supplémentaires par rapport à 2019 est indiqué en italique.

4 Effectif, évolutions récentes et projections dans les établissements pour personnes âgées

4.1 Effectif du personnel de santé en 2019 et évolutions depuis 2012

4.1.1 Effectif recensé et densité du personnel de soins et d'accompagnement

En 2019, 88 645 personnes du domaine de la santé, dont 72 148 des soins et de l'accompagnement sont recensées dans les **établissements pour personnes âgées** suisses (T 4.1). Par rapport à 2012, 11 210 personnes supplémentaires (dont 10 685 du domaine des soins et de l'accompagnement) sont recensées pour une hausse de 14,5% de l'effectif (+17,4% pour le domaine des soins et de l'accompagnement). L'évolution à la hausse a été particulièrement marquée au Tessin (+35,2%) en comparaison avec la Suisse alémanique (+14,2%) et la Suisse romande (+11,6%).

En complément, on peut mentionner qu'en 2015, les **institutions spécialisées** hébergeant des personnes handicapées et dépendantes employaient un peu moins de 2000 personnes du domaine de la santé⁷: 1292 avec une formation du degré tertiaire, 516 avec une formation du degré secondaire II et 175 sans titre de formation formel (questionnaire SOMED B, données non représentées).

Entre 2012 et 2019, le taux de recours aux EMS des personnes âgées de 65 ans et plus a diminué dans les trois régions linguistiques (G 4.1). Néanmoins, la **densité du personnel de soins et d'accompagnement** (pour 1000 habitants de 65 ans et plus) a suivi une légère évolution à la hausse au cours de cette période. Cela s'explique notamment par l'augmentation des besoins de soins des résidents en EMS, laquelle se traduit par une hausse encore plus nette de l'indicateur de densité du personnel de soins et d'accompagnement pour 1000 résidents en EMS (G 4.2). De plus, il est possible qu'au cours de cette période les

exigences en termes de dotation en personnel se soient renforcées.

Bien que les besoins de soins des résidents des EMS diffèrent selon la région linguistique, on assiste à une convergence de la densité du personnel de soins et d'accompagnement pour 1000 résidents en EMS. Cela peut par exemple s'expliquer par des différences dans le périmètre des tâches du personnel de soins et d'accompagnement. Il convient alors d'également considérer la dotation en personnel de santé hors du domaine des soins et de l'accompagnement (cf. Encadré 2).

⁷ Afin de recenser le personnel des institutions spécialisées pouvant être considéré comme personnel de santé, seules les personnes rattachées au compte salaire 32 "thérapeutes" et disposant d'une formation dans le domaine "social, santé, enseignement, thérapeutique"

sont recensées. Cette catégorie de personnel ne représente toutefois qu'une faible part des effectifs de ces institutions (3,6% des EPT), lesquelles emploient principalement des éducateurs (60,3% des EPT).

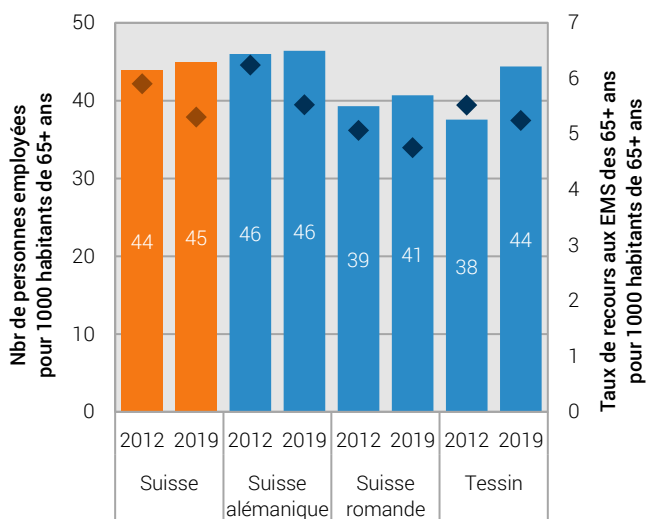
T 4.1 Établissements pour personnes âgées: Personnel de santé (nombre de personnes employées), Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Domaine	Degré de formation/ profession	Suisse			Suisse alémanique			Suisse romande			Tessin		
		2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)
Soins et accompagnement	Tertiaire	19 096	20 058	5,0	14 884	15 174	1,9	3 531	3 853	9,1	681	1 031	51,4
	Secondaire II	24 295	31 179	28,3	17 442	22 337	28,1	5 044	6 575	30,4	1 809	2 267	25,3
	Secondaire II (CFC)	14 425	20 638	43,1	11 578	16 423	41,8	2 270	3 481	53,3	577	734	27,2
	Secondaire II (AFP)	9 870	10 541	6,8	5 864	5 914	0,9	2 774	3 094	11,5	1 232	1 533	24,4
	Autres/sans formation	18 072	20 911	15,7	13 160	15 327	16,5	4 701	5 299	12,7	211	285	35,1
Total soins et accompagnement		61 463	72 148	17,4	45 486	52 838	16,2	13 276	15 727	18,5	2 701	3 583	32,7
Autre personnel de santé	Assistant/e médical/e CFC	617	480	-22,2	482	401	-16,8	130	70	-46,2	5	9	80,0
	Thérapeute diplômé/e	981	1 171	19,4	617	745	20,7	272	201	-26,1	92	225	144,6
	Trav. social/e diplômé/e	521	657	26,1	285	291	2,1	235	335	42,6	1	31	3000,0
	Autre formation assistance et soins	2 170	1 949	-10,2	1 258	1 251	-0,6	800	619	-22,6	112	79	-29,5
	Autre formation	3 771	3 225	-14,5	2 852	2 330	-18,3	775	687	-11,4	144	208	44,4
	Personne non diplômée	7 912	9 015	13,9	4 428	5 415	22,3	3 150	3 153	0,1	334	447	33,8
Total autre personnel de santé		15 972	16 497	3,3	9 922	10 433	5,2	5 362	5 065	-5,5	688	999	45,2
Total		77 435	88 645	14,5	55 408	63 271	14,2	18 638	20 792	11,6	3 389	4 582	35,2

Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

G 4.1 Établissements pour personnes âgées: Densité du personnel de soins et d'accompagnement (pour 1000 habitants de 65+ ans) et taux de recours aux EMS, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

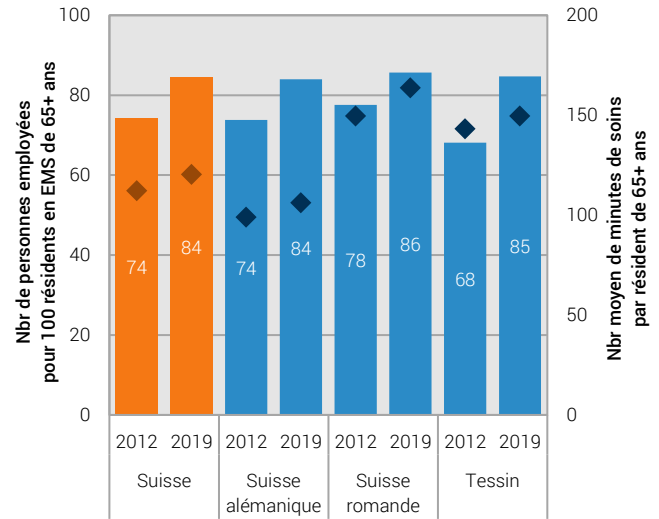


■ Densité du personnel de soins et d'accompagnement

◆ Taux de recours aux EMS

Sources: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)
© Obsan 2021

G 4.2 Établissements pour personnes âgées: Densité du personnel de soins et d'accompagnement (pour 100 résidents de 65+ ans) et besoins de soins des résidents, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019



■ Densité du personnel de soins et d'accompagnement

◆ Besoins de soins des résidents

Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)
© Obsan 2021

4.1.2 Skill- et grade-mix du personnel

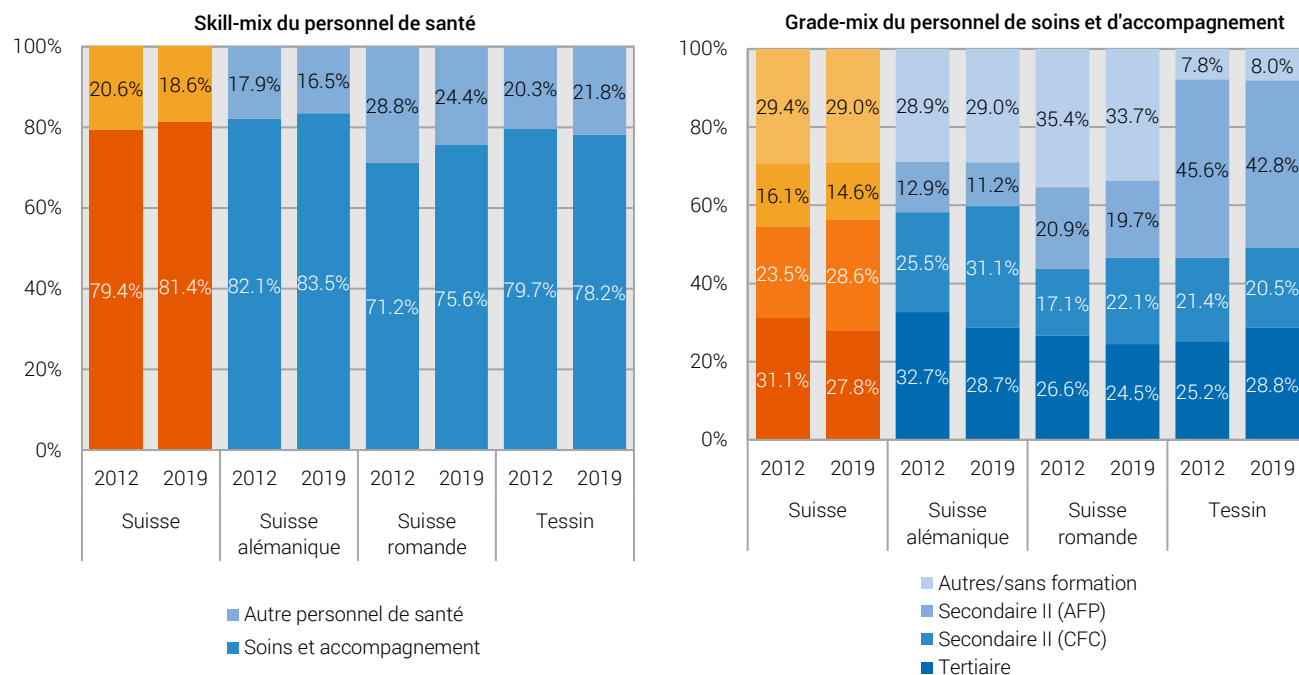
Parmi le personnel de santé recensé dans les EMS (**skill-mix**), environ quatre sur cinq ont une formation dans le domaine des soins et de l'accompagnement (81,4% en Suisse en 2019, G 4.3). Ce ratio diffère selon la région linguistique: la part de personnel de soins et d'accompagnement est plus élevée en Suisse alémanique (83,5%) par rapport au Tessin (78,2%) et la plus basse en Suisse romande (75,6%). En Suisse alémanique et en Suisse romande, la part de personnel de soins et d'accompagnement a plutôt augmenté entre 2012 et 2019 alors qu'au Tessin, elle a enregistré un léger recul.

Au sein du personnel de soins et d'accompagnement, le **grade-mix** se compose à 27,8% de personnel du degré tertiaire, à 28,6% de personnel du degré secondaire II de type CFC, à 14,6% de personnel du degré secondaire II de type AFP et à 29,0%

d'autre personnel (auxiliaires de santé CRS). Entre 2012 et 2019, le degré secondaire II avec CFC a gagné en importance (+5,1 points de pourcentage), plutôt en substitution au personnel soignant du degré tertiaire (-3,3 points de pourcentage). Dans une moindre mesure, cela peut s'expliquer par le fait que les ASSC ont désormais la possibilité de suivre une formation continue du degré tertiaire dans les soins de longue durée et l'accompagnement. La statistique SOMED ne permet pas encore de distinguer les diplômés de cet examen professionnel.

Le grade-mix diffère passablement selon la **région linguistique**. En considérant l'ensemble du personnel des degrés tertiaire et secondaire II avec CFC, la Suisse alémanique présente le profil le plus qualifié (59,8%). En Suisse romande, la part d'auxiliaires de santé CRS (catégorie autre) est la plus élevée (33,7%) et au Tessin, c'est le degré de formation secondaire II de type AFP qui est le plus fréquent (42,8%).

G 4.3 Établissements pour personnes âgées: Skill- et grade-mix du personnel de santé (sur la base du nombre de personnes employées), Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019



© Obsan 2021

Encadré 2 Secteurs d'activité du personnel des établissements pour personnes âgées

La statistique SOMED permet d'identifier le personnel de soins et d'accompagnement sur la base de la formation achevée la plus élevée. Elle fournit également des informations sur la répartition du temps de travail par secteur d'activité (centre de prise en charge). Une analyse croisée de ces données sur le personnel révèle d'une part que des personnes ne disposant pas d'une formation dans les soins et l'accompagnement sont néanmoins actives dans ce domaine. Il s'agit notamment du personnel désigné comme « Autre formation » ou « Personne non diplômée ». D'autre part, certaines personnes avec une qualification relevant du domaine des soins et de l'accompagnement sont également indiquées comme actives dans d'autres secteurs, notamment l'administration, l'hôtellerie, ou la restauration. L'affectation de personnel de soins et d'accompagnement à des activités hors du domaine des soins et de l'accompagnement diffère selon les établissements et les cantons, ce qui est susceptible de limiter les comparaisons régionales pour ce qui concerne la dotation en personnel de soins et d'accompagnement.

4.1.3 Caractéristiques du personnel

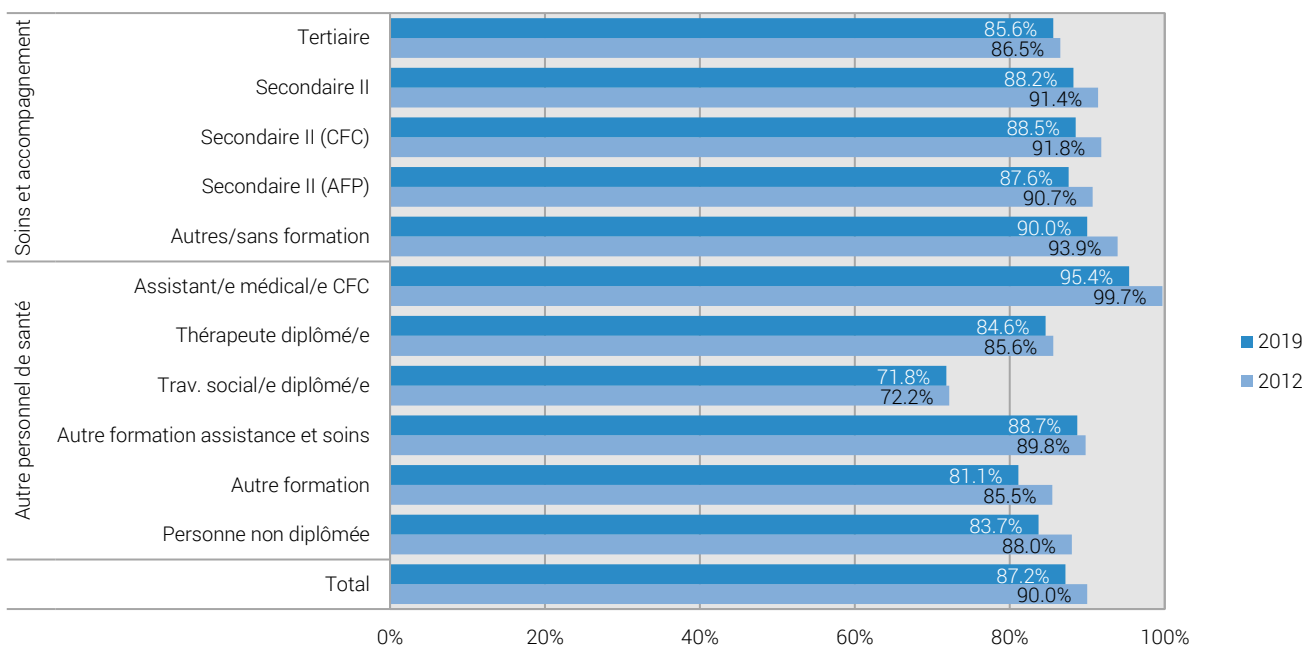
Sexe

Dans les établissements pour personnes âgées, l'effectif est essentiellement composé de femmes (87,2% en 2019, G 4.4). Entre 2012 et 2019, la proportion de femmes enregistre toutefois un recul de 2,8 points de pourcentage. La baisse de la part de femmes est la plus importante dans les catégories « Autre formation » et « Personne non diplômée ». Chez les soignants du degré tertiaire, cette tendance est plus contenue.

Âge

Des tendances opposées sont relevées concernant la composition par âge du personnel de soins et d'accompagnement (G 4.5). D'une part, il résulte des efforts entrepris dans le domaine de la formation un rajeunissement « par le bas » pour le personnel du degré secondaire II avec CFC. La part âgée de moins de 35 ans est ainsi passée de 43,9% en 2012 à 52,4% en 2019. D'autre part, il s'opère un vieillissement lié à l'avancée en âge des soignants du degré tertiaire. Chez ces derniers, la part âgée de 55 ans et plus est passée de 20,1% en 2012 à 28,0% en 2019. Cela signifie que 28,0% des infirmiers travaillant dans les établissements pour personnes âgées atteindront l'âge de la retraite à l'horizon 2029.

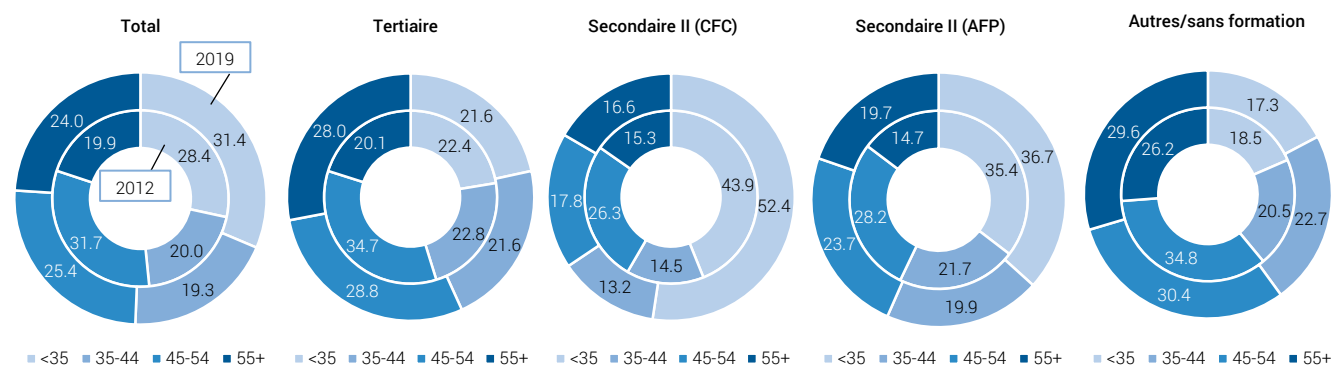
G 4.4 Établissements pour personnes âgées: Part de femmes en % (sur la base du nombre de personnes employées), Suisse, en 2012 et en 2019



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

G 4.5 Établissements pour personnes âgées Répartition par classe d'âge en % du personnel de soins et d'accompagnement (sur la base du nombre de personnes employées), Suisse, en 2012 et en 2019



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

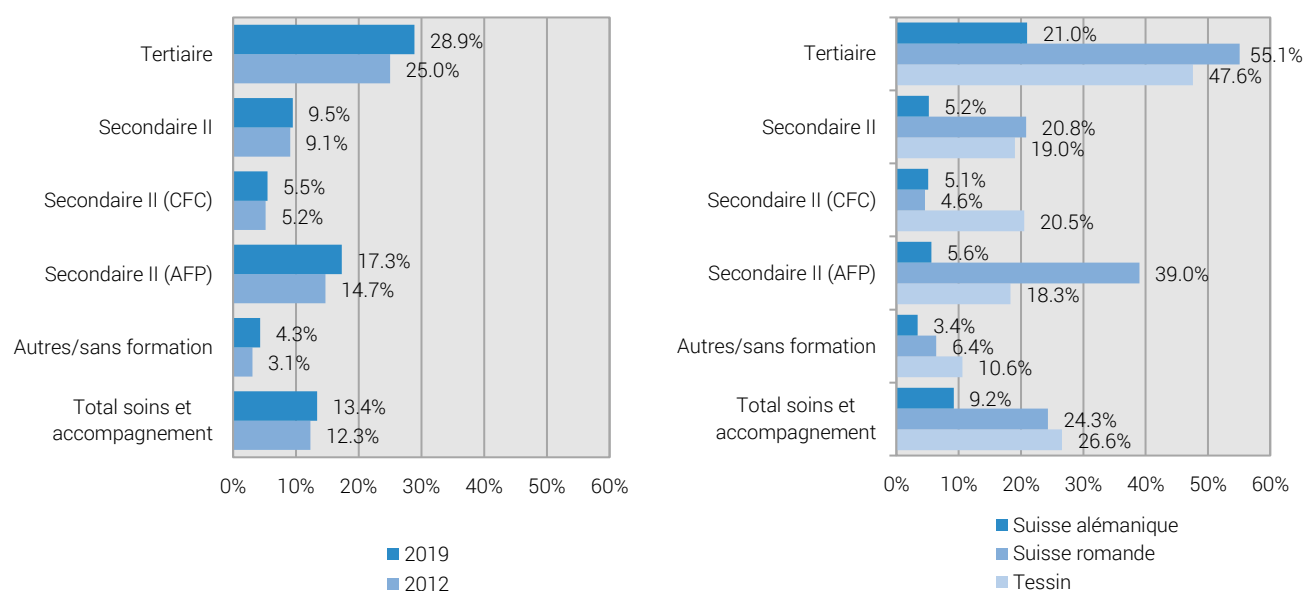
Origine du diplôme

Le personnel de santé disposant d'un diplôme étranger occupe une place particulièrement importante au sein des soignants du degré tertiaire. En 2019, ceux-ci représentent 28,9% de l'effectif, avec une importance croissante (2012: 25,0%, G 4.6). En Suisse

romande et au Tessin, les soignants du degré tertiaire avec un diplôme étranger représentent environ la moitié de l'effectif (55,1% et 47,6%) alors qu'en Suisse alémanique, cette part est de 21,0%.

Dans une moindre mesure, les parts de thérapeutes et de travailleurs sociaux formés à l'étranger sont également relativement élevées, avec une tendance à la hausse (21,4% et 16,1% en 2019, données non représentées).

G 4.6 Établissements pour personnes âgées: Part en % du personnel de soins et d'accompagnement formé à l'étranger (sur la base du nombre de personnes employées), Suisse, en 2012 et en 2019 et régions linguistiques, en 2019



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

4.1.4 Emploi du personnel de santé

Taux d'occupation

Entre 2012 et 2019, le taux d'occupation du personnel de soins et d'accompagnement a légèrement augmenté (de 71,7% à 73,6%, G 4.7). Cette tendance est particulièrement manifeste pour le personnel du degré secondaire II avec CFC et celui sans titre de formation formel. Par ailleurs, le personnel avec un titre obtenu à l'étranger présente un taux d'occupation de 80,5% contre 72,5% pour les diplômés suisses (données non représentées).

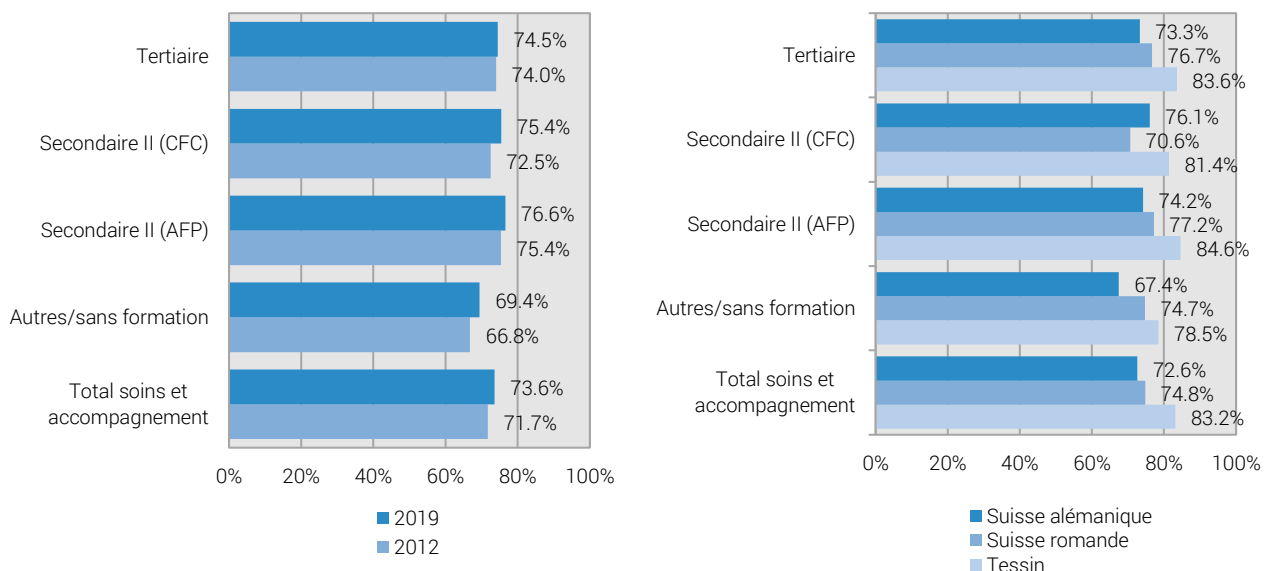
Le taux d'occupation du personnel de soins et d'accompagnement varie selon le degré de formation et la région linguistique. Pour le personnel du degré tertiaire, le taux d'occupation moyen se situe autour de 75% en Suisse alémanique et en Suisse romande. Pour le personnel du degré secondaire II avec CFC, le taux d'occupation moyen est de 70,6% en Suisse romande, de 76,1% en Suisse alémanique et de 81,4% au Tessin. À l'inverse, le taux d'occupation du personnel autre est plus bas en Suisse alémanique (67,4%) qu'en Suisse romande (74,7%). Au Tessin, le taux d'occupation du personnel de soins et d'accompagnement est plus élevé que dans les autres régions linguistiques pour tous les degrés de formation. Les résultats sont restés stables entre 2012 et 2019.

Taux d'entrée, de sortie et de rotation

En moyenne environ une personne du domaine des soins et de l'accompagnement sur cinq quitte chaque année son poste dans un établissement pour personnes âgées, que ce soit pour prendre un emploi dans une autre institution de santé ou pour d'autres motifs (**taux de sortie** de 21,9% en 2019, G 4.8). En raison de la croissance de l'effectif dans les établissements pour personnes âgées, le **taux d'entrée** (23,9%) est légèrement supérieur au taux de sortie. Dans l'ensemble, le **taux de rotation** du personnel de soins et d'accompagnement est passé de 20,3% en 2013 à 22,9% en 2019. Cette tendance indique une accélération du renouvellement de l'effectif. Il est important de relever cet effet car l'intégration et l'encadrement des nouveaux employés, en particulier des nouveaux diplômés, constitue une charge de travail supplémentaire pour le personnel.

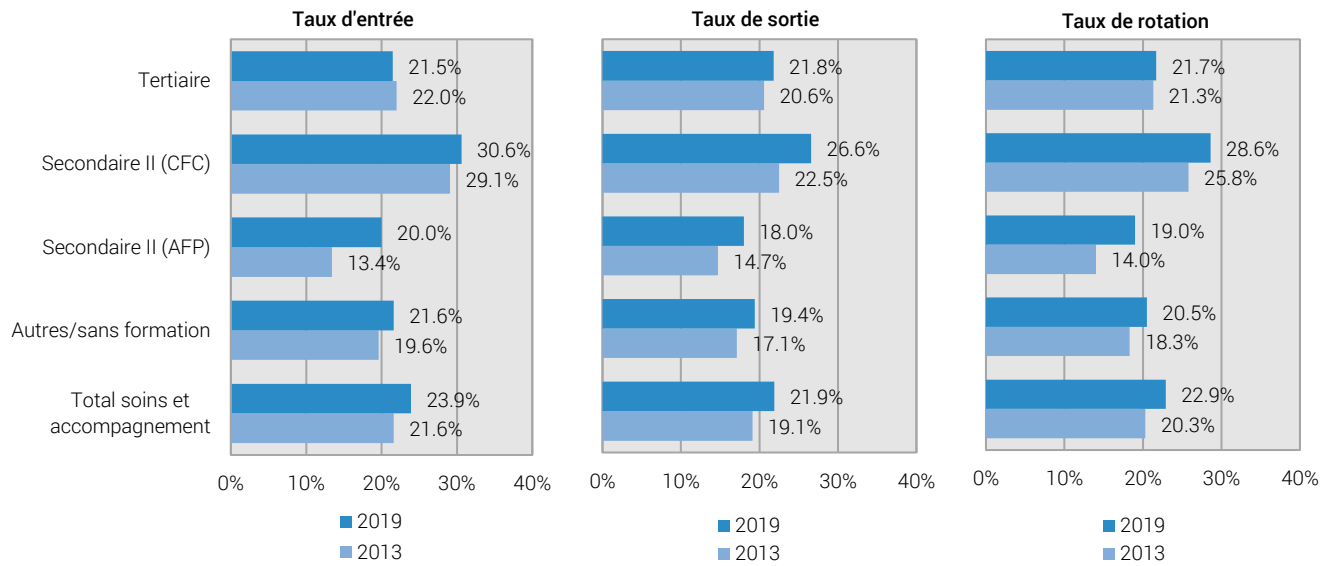
Au sein du personnel de soins et d'accompagnement, le taux de rotation annuel du personnel le plus élevé s'observe pour le degré secondaire II avec CFC, avec une légère croissance de cet effet entre 2012 et 2019. Cela s'explique notamment par la possibilité pour ces personnes de poursuivre leur parcours de formation au degré tertiaire. Pour le personnel du degré secondaire II avec AFP, la croissance du taux de rotation s'explique par l'arrivée des aides en soins et accompagnement, après l'introduction de la formation en 2010. Ceux-ci peuvent également poursuivre leur parcours de formation vers le degré secondaire II avec CFC.

G 4.7 Établissements pour personnes âgées: Taux d'occupation en % du personnel de soins et d'accompagnement, Suisse, en 2012 et en 2019 et régions linguistiques, en 2019



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

G 4.8 Établissements pour personnes âgées: Taux d'entrée, de sortie et de rotation en % du personnel de soins et d'accompagnement, Suisse, en 2013 et en 2019


Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

Part de personnel avec un contrat à durée déterminée

L'engagement de personnes au moyen d'un contrat à durée déterminée a progressé entre 2012 et 2019, la part de personnel disposant d'un tel contrat étant passée de 9,8% à 14,0% (G 4.9). On relève à ce sujet que de manière générale, l'activité de location de services a connu un essor en Suisse au cours de cette période⁸. Il est possible que cette tendance concerne également le secteur de la santé.

Le recours aux contrats à durée déterminée diffère selon la région linguistique. Il est le plus courant au Tessin (19,1% en 2019), suivi de la Suisse alémanique (14,3%), puis de la Suisse romande (11,9%).

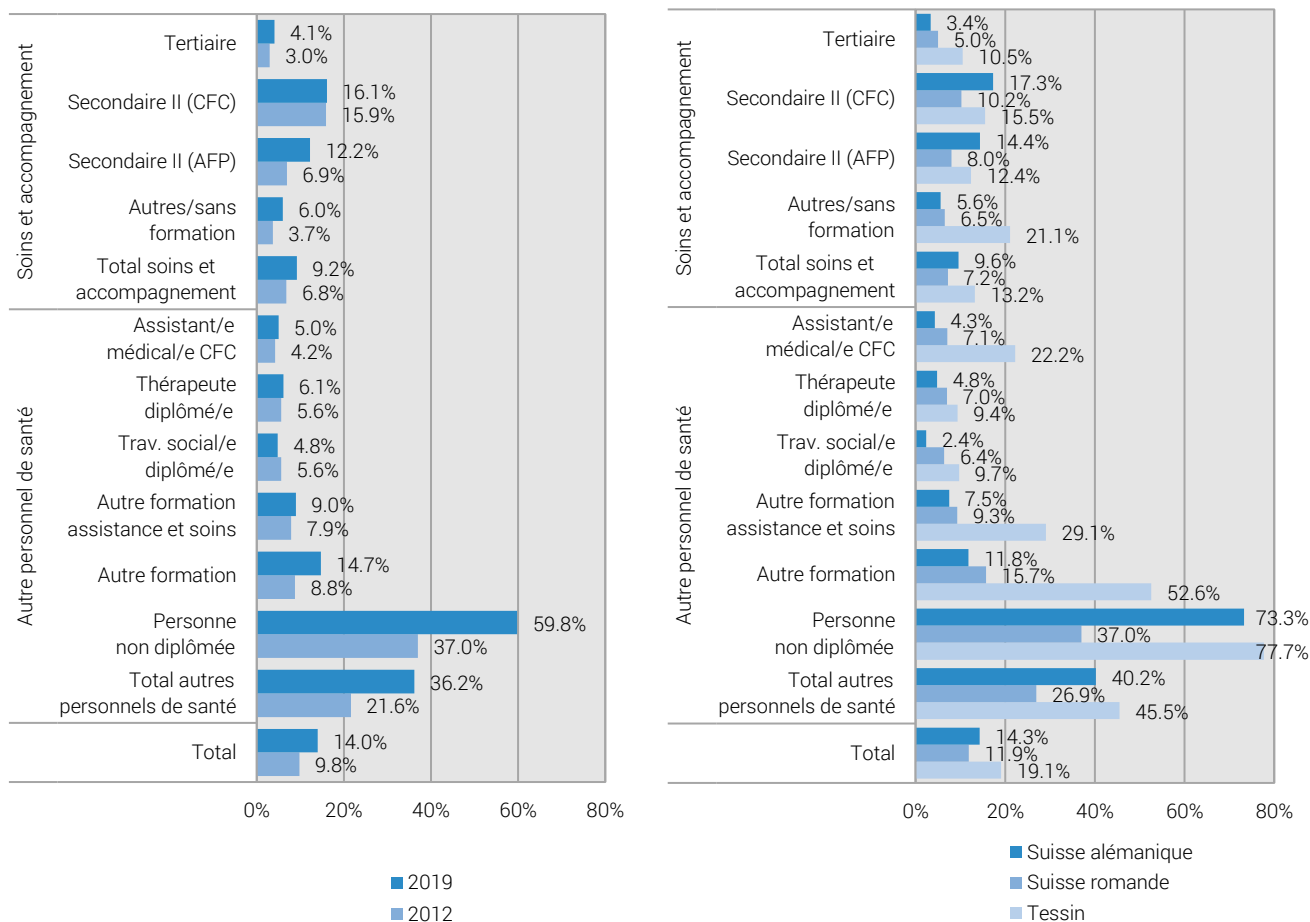
Cette forme d'engagement concerne particulièrement souvent les personnes non diplômées. Celles-ci représentent d'ailleurs 39% de l'ensemble du personnel de santé ayant un contrat à durée déterminée en 2019 (donnée non représentée).

La hausse de l'engagement à durée déterminée explique en partie la tendance à l'accroissement du taux de rotation de l'effectif décrite ci-dessus. Pour l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement, le taux de rotation est en effet de 57,6% en 2019 pour les personnes disposant d'un contrat à durée déterminée contre 19,6% pour celles avec un contrat à durée indéterminée (données non représentées).

⁸ Entre 2012 et 2019, le nombre de personnes dont les services ont été loués (tous secteurs d'activité confondus) est passé de 304 569 à

392 168 (Répertoire des entreprises de placement et de location de services).

G 4.9 Établissements pour personnes âgées: Part en % de personnel de santé disposant d'un contrat à durée déterminée Suisse, en 2012 et en 2019 et régions linguistiques, en 2019



Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 202

4.2 Projections sur les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement

Rappel méthodologique: les trois scénarios présentés pour les projections concernant les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement pour les EMS diffèrent aux niveaux des scénarios démographiques et épidémiologiques retenus. Les scénarios minimaux et maximaux rendent ainsi compte de l'étendue des variations possibles, en lien avec l'évolution démographique et épidémiologique. Les trois scénarios présentés supposent que les modalités de prise en charge dans le domaine des soins de longue durée resteront les mêmes à l'avenir (articulation entre la prise en charge en institution et à domicile). Ils postulent également une constance du grade-mix et des besoins de prise en charge des patients.

Partant de la situation en 2019, les besoins de personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements pour personnes âgées sont amenés à présenter une croissance allant de 16% à 36% à l'horizon 2029 et de 31% à 69% à l'horizon 2035, en fonction de l'évolution démographique ainsi que de la situation épidémiologique (T 4.2). L'écart entre les scénarios bas et élevé est relativement important car ceux-ci combinent les évolutions démographiques et épidémiologiques entraînant les hausses des besoins de personnel les plus modérées, respectivement les plus fortes.

Selon le scénario de référence, on peut estimer à environ 18 500 le nombre de personnes du domaine des soins et de l'accompagnement supplémentaires à l'horizon 2029, dont environ 5100 soignants du degré tertiaire. À l'horizon 2035, les EMS emploieraient 35 200 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement supplémentaires, dont 9800 soignants de degré tertiaire.

T 4.2 Établissements pour personnes âgées: Projections concernant les besoins de personnel de soins et d'accompagnement en 2029 et en 2035 selon le degré de formation

	2019	2029			2035		
		Scénario minimal	Scénario de référence	Scénario maximal	Scénario minimal	Scénario de référence	Scénario maximal
Tertiaire	20 100	23 200 <i>+3 200</i>	25 200 <i>+5 100</i>	27 300 <i>+7 300</i>	26 300 <i>+6 300</i>	29 800 <i>+9 800</i>	33 800 <i>+13 700</i>
Secondaire II	31 200	36 000 <i>+4 900</i>	39 100 <i>+7 900</i>	42 400 <i>+11 300</i>	40 800 <i>+9 600</i>	46 300 <i>+15 100</i>	52 400 <i>+12 200</i>
Autres/sans formation	20 900	24 200 <i>+3 300</i>	26 300 <i>+5 400</i>	28 600 <i>+7 700</i>	27 600 <i>+6 700</i>	31 300 <i>+10 400</i>	35 500 <i>+14 600</i>
Total soins et accompagnement	72 100	83 500 <i>+11 300</i> <i>+16%</i>	90 700 <i>+18 500</i> <i>+26%</i>	98 400 <i>+26 200</i> <i>+36%</i>	94 700 <i>+22 600</i> <i>+31%</i>	107 400 <i>+35 200</i> <i>+49%</i>	121 700 <i>+49 500</i> <i>+69%</i>

Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

Note: Le nombre de personnes supplémentaires par rapport à 2019 est indiqué en italique.

5 Effectif, évolutions récentes et projections dans les services d'aide et de soins à domicile

5.1 Effectif du personnel de santé en 2019 et évolutions depuis 2012

5.1.1 Effectif recensé et densité du personnel de soins et d'accompagnement

En 2019, on comptabilise 19 111 équivalents plein temps (EPT) en personnel de santé travaillant dans les services d'aide et de soins à domicile (SASD, T 5.1). Selon la statistique SPITEX, cela

correspond à 41 048 personnes employées. Comme ce nombre comprend l'ensemble du personnel de santé ayant travaillé au moins une fois au cours de l'année pour des services de soins à domicile, indépendamment de la durée des rapports de travail, le nombre de personnes effectivement actives au 31 décembre est ici estimé par déduction à partir du taux d'occupation observé dans les données du relevé structurel (cf. Chapitre 2.1.3). On peut ainsi estimer qu'un peu moins de 31 000 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement travaillaient au 31 décembre 2019 dans les SASD (T 5.2).

T 5.1 SASD: Personnel de santé (nombre d'EPT), Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Domaine	Niveau de formation/profession	Suisse			Suisse alémanique			Suisse romande			Tessin		
		2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)	2012	2019	Évolution (%)
Soins et accompagnement	Tertiaire	5 851	8 220	40,5	3 854	5 028	30,5	1 708	2 578	51,0	290	613	111,8
	Secondaire II	4 186	6 411	53,1	2 589	3 933	51,9	1 307	2 007	53,5	290	471	62,1
	Secondaire II (CFC)	3 200	4 936	54,3	2 040	3 279	60,8	921	1 372	48,9	239	285	19,2
	Secondaire II (AFP)	986	1 475	49,5	549	654	19,1	387	636	64,5	51	185	263,5
	Autres/sans formation	3 502	4 261	21,7	1 930	2 494	29,2	1 428	1 658	16,1	143	108	-24,5
	Total soins et accompagnement	13 539	18 891	39,5	8 373	11 455	36,8	4 443	6 244	40,5	723	1 192	64,8
Autre personnel de santé	Sage-femme	12	14	20,0	12	14	14,2	0	1	,	0	0	,
	Personnel médico-technique	108	152	40,7	6	6	6,9	102	146	42,6	0	0	0,0
	Personnel médico-thérapeutique	54	53	-2,6	53	48	-10,1	1	5	350,0	0	1	,
	Total	13 713	19 111	39,4	8 444	11 523	36,5	4 546	6 395	40,7	723	1 193	64,9

Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© Obsan 2021

T 5.2 SASD: Personnel de santé (nombre de personnes employées), Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

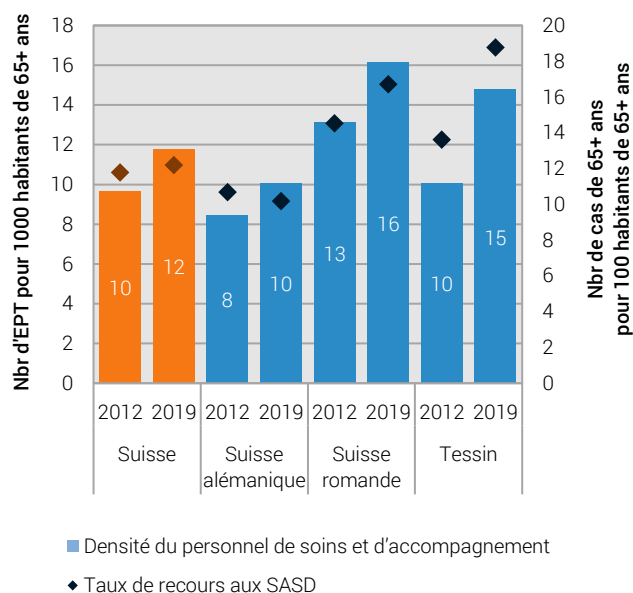
Domaine	Niveau de formation/profession	Suisse			Suisse alémanique			Suisse romande			Tessin		
		2012	2019	2019 révisé ¹	2012	2019	2019 révisé ¹	2012	2019	2019 révisé ¹	2012	2019	2019 révisé ¹
Soins et accompagnement	Tertiaire	12 630	16 735	12 824	9 061	11 349	8 229	2 994	4 278	3 694	575	1 108	901
	Secondaire II	8 936	13 163	10 513	6 000	8 702	6 924	2 389	3 579	2 884	547	882	705
	Secondaire II (CFC)	6 515	9 779	8 171	4 472	6 922	5 773	1 643	2 361	1 971	400	496	427
	Secondaire II (AFP)	2 421	3 384	2 342	1 528	1 780	1 151	746	1 218	913	147	386	278
	Autres/sans formation	9 055	10 707	7 440	5 615	7 326	4 715	3 125	3 174	2 551	315	207	174
Total soins et accompagnement		30 621	40 605	30 776	20 676	27 377	19 868	8 508	11 031	9 129	1 437	2 197	1 779
Autre personnel de santé	Sage-femme	40	32	.	40	30	.	0	2	.	0	0	.
	Personnel médico-technique	219	258	.	21	14	.	197	243	.	1	1	.
	Personnel médico-thérapeutique	160	153	.	157	140	.	3	12	.	0	1	.
Total		31 040	41 048	.	20 894	27 561	.	8 708	11 288	.	1 438	2 199	.

Sources: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) et Relevé structurel (RS), analyse Obsan © Obsan 2021
2019 révisé¹: nombre de personnes employées déduites des EPT recensés dans la statistique SPITEX et du taux d'activité observé dans les données du relevé structurel (voir chapitre 2.1.3)

Entre 2012 et 2019, les EPT en personnel de santé des SASD ont crû de 39,4%. Cette forte croissance des ressources reflète notamment l'expansion du secteur des SASD. La densité du personnel de soins et d'accompagnement, tous degrés de formation confondus, a ainsi augmenté dans les trois régions linguistiques

(G 5.1 et G 5.2). En Suisse romande et au Tessin, cela s'explique par la hausse du taux de recours aux SASD ainsi que par la hausse des besoins de soins des clients. En Suisse alémanique, le taux de recours aux SASD a plutôt diminué depuis 2012, mais les besoins de soins des clients ont augmenté.

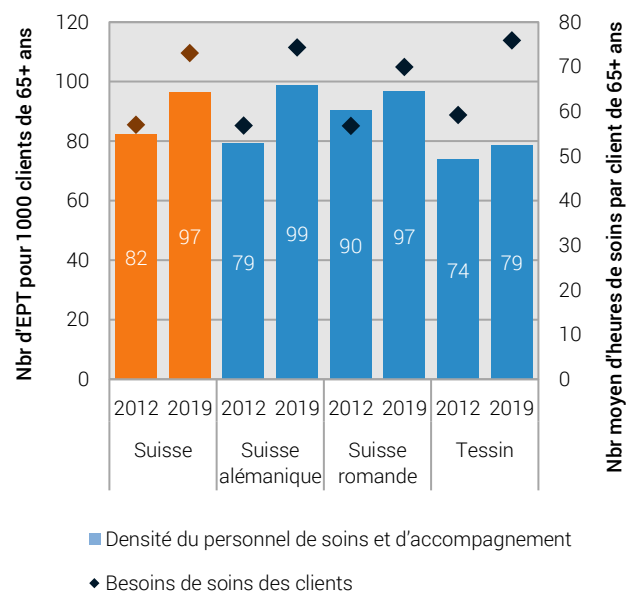
G 5.1 SASD: Densité du personnel de soins et d'accompagnement (nombre d'EPT pour 1000 habitants de 65+ ans) et taux de recours aux SASD, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019



Sources: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2021

G 5.2 SASD: Densité du personnel de soins et d'accompagnement (nombre d'EPT pour 1000 clients des SASD de 65+ ans) et besoins de soins des clients, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019



Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© Obsan 2021

5.1.2 Grade-mix du personnel

Les personnes engagées dans les services d'aide et de soins à domicile appartiennent essentiellement au domaine des soins et de l'accompagnement (98,9% des EPT en 2019). Pour ce qui concerne le grade-mix, la part des EPT correspondant à du personnel disposant d'une formation du degré tertiaire est de 43,5%; de 33,9% pour le degré secondaire II et de 22,6% pour le personnel sans formation formelle (G 5.3).

En Suisse alémanique et en Suisse romande, on observe une convergence depuis 2012 quant à la part d'EPT en personnel du degré tertiaire (respectivement 43,9% et 41,3% en 2019). Par contre, la part d'EPT pour le personnel du degré secondaire II avec CFC reste plus élevée en Suisse alémanique qu'en Suisse romande (28,6% et 22,0%).

Dans le canton du Tessin, le grade-mix est caractérisé par une tertiarisation de l'emploi, la part de soignants du degré tertiaire atteignant 51,4% des EPT en 2019 contre 40,0% en 2012.

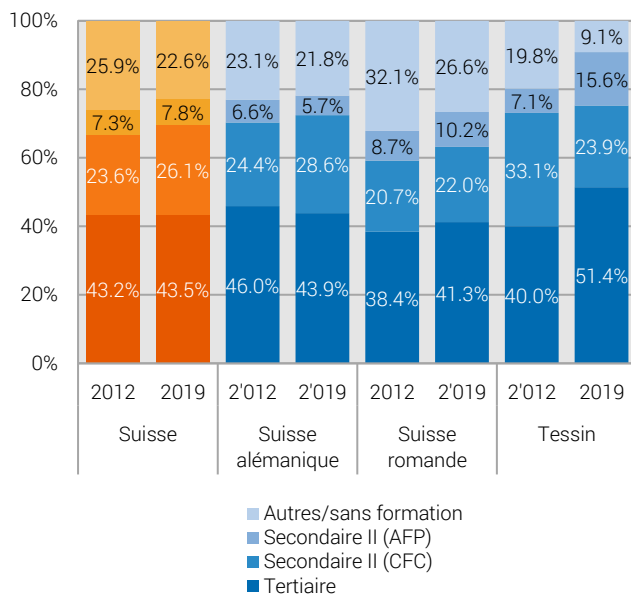
5.1.3 Emploi du personnel de santé

Taux d'occupation

Dans la statistique SPITEX, le taux d'occupation moyen du personnel de soins et d'accompagnement calculé est de 46,5% en 2019 (T 5.3). Ce taux est toutefois sous-estimé en raison du mode de décompte des personnes employées. Une analyse des données du relevé structurel suggère que ce taux est sous-estimé d'environ 15 points de pourcentage. Par exemple, le taux d'occupation du personnel soignant du degré tertiaire des SASD y est de 61,1% en Suisse alémanique, de 69,8% en Suisse romande et de

68,1% au Tessin. Pour l'ensemble de la Suisse, le taux d'occupation moyen obtenu est de 64,1% pour le personnel du degré tertiaire et de 61,4% pour l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement.

G 5.3 SASD: Grade-mix du personnel de soins et d'accompagnement (sur la base du nombre d'EPT), Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019



Sources: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) © Obsan 2021

T 5.3 SASD: Taux d'occupation du personnel de soins et d'accompagnement selon les données de la statistique SPITEX et du relevé structurel, en 2012 et en 2019

Domaine	Niveau de formation	Suisse			Suisse alémanique			Suisse romande			Tessin		
		2012 (SPITEX)	2019 (SPITEX)	2019 (RS)	2012 (SPITEX)	2019 (SPITEX)	2019 (RS)	2012 (SPITEX)	2019 (SPITEX)	2019 (RS)	2012 (SPITEX)	2019 (SPITEX)	2019 (RS)
Soins et accompagnement	Tertiaire	46,3	49,1	64,1	42,5	44,3	61,1	57,0	60,3	69,8	50,3	55,4	68,1
	Secondaire II	46,8	48,7	61,0	43,1	45,2	56,8	54,7	56,1	69,6	53,1	53,4	66,8
	Secondaire II (CFC)	49,1	50,5	60,4	45,6	47,4	56,8	56,1	58,1	69,6	59,9	57,5	66,8
	Secondaire II (AFP)	40,7	43,6	63,0	35,9	36,7	56,8	51,8	52,2	69,6	34,7	48,0	66,8
	Autres/sans formation	38,7	39,8	57,3	34,4	34,0	52,9	45,7	52,2	65,0	45,5	52,3	62,3
	Total soins et accompagnement	44,2	46,5	61,4	40,5	41,8	57,7	52,2	56,6	68,4	50,3	54,3	67,0

Sources: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) et Relevé structurel (RS).

© Obsan 2021

5.2 Projections sur les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement

Rappel méthodologique: les trois scénarios présentés pour les projections concernant les besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement pour les SASD diffèrent aux niveaux des scénarios démographiques et épidémiologiques retenus. Les scénarios minimaux et maximaux rendent ainsi compte de l'étendue des variations possibles, en lien avec l'évolution démographique et épidémiologique. Les trois scénarios présentés supposent que les modalités de prise en charge dans le domaine des soins de longue durée resteront les mêmes à l'avenir (articulation entre la prise en charge en institution et à domicile). Ils postulent également une constance du grade-mix et des besoins de prise en charge des patients.

Partant de la situation en 2019, les besoins de personnel de soins et d'accompagnement sont amenés à présenter une croissance se situant autour de 19% à l'horizon 2029 et autour de 30% à l'horizon 2035. Selon le scénario de référence, on peut estimer à environ 5900 le nombre de personnes du domaine des soins et de l'accompagnement supplémentaires à l'horizon 2029, dont environ 2600 soignants du degré tertiaire. À l'horizon 2035, les SASD emploieraient 9300 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement supplémentaires, dont 4000 de degré tertiaire.

Par rapport à l'évolution attendue des besoins de personnel dans les EMS, la croissance est ici plus modérée car on tient compte du fait que les SASD prennent également en charge des personnes âgées de moins de 65 ans, dont le nombre devrait augmenter moins rapidement. Dans un contexte de « virage ambulatoire » cf. Encadré 7, p.74), les besoins de personnel dans les SASD sont toutefois susceptibles d'augmenter plus rapidement que ce que prévoient les seuls scénarios démographiques et épidémiologiques composant le modèle.

T 5.4 SASD: Projections concernant les besoins de personnel de soins et d'accompagnement en 2029 et en 2035 selon le degré de formation

	2019*	2029			2035		
		Scénario minimal	Scénario de référence	Scénario maximal	Scénario minimal	Scénario de référence	Scénario maximal
Tertiaire	12 800	14 600 <i>+1 800</i>	15 400 <i>+2 600</i>	16 200 <i>+3 400</i>	15 500 <i>+2 700</i>	16 800 <i>+4 000</i>	18 200 <i>+5 400</i>
Secondaire II	10 500	12 000 <i>+1 500</i>	12 600 <i>+2 100</i>	13 200 <i>+2 700</i>	12 700 <i>+2 200</i>	13 800 <i>+3 300</i>	14 900 <i>+4 400</i>
Autres/sans formation	7 400	8 400 <i>+1 000</i>	8 900 <i>+1 400</i>	9 300 <i>+1 900</i>	8 900 <i>+1 500</i>	9 700 <i>+2 200</i>	10 500 <i>+3 000</i>
Total soins et accompagnement	30 800	35 000 <i>+4 200</i> <i>+14%</i>	36 700 <i>+5 900</i> <i>+19%</i>	38 500 <i>+7 700</i> <i>+25%</i>	37 100 <i>+6 300</i> <i>+20%</i>	40 100 <i>+9 300</i> <i>+30%</i>	43 200 <i>+12 500</i> <i>+40%</i>

Sources: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) et Relevé structurel

© Obsan 2021

2019*: pour le calcul des besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement, l'effectif révisé est utilisé comme base de calcul.

Note: Le nombre de personnes supplémentaires par rapport à 2019 est indiqué en italique.

6 Personnel de santé exerçant en pratique ambulatoire

Le recensement du personnel des hôpitaux, EMS et SASD permet de décrire relativement précisément le nombre de personnes du domaine des soins et de l'accompagnement travaillant en Suisse. Mais de nombreuses autres professions non médicales participent au système de santé. Selon les professions, il est plus ou moins fréquent que les professionnels travaillent en institution ou dans des cabinets ambulatoires. Les formes de pratique ambulatoire varient également (cabinets individuels ou de groupe, en pratique indépendante ou en emploi salarié, p.ex.). Cette diversité des formes de l'emploi rend particulièrement difficile le dénombrement des professionnels de la santé. En nous appuyant sur les différentes sources statistiques à disposition (cf. 2.1.4 et Encadré 3), nous cherchons ici à estimer le nombre de personnes actives dans diverses professions de la santé non médicales et dans la mesure du possible, de préciser les caractéristiques de l'emploi. Les professions décrites relèvent essentiellement du domaine médico-thérapeutique. Par rapport aux trois types d'institution considérés, les professionnels du domaine médico-technique exercent principalement en milieu hospitalier (voir 3.1). Les résultats sont synthétisés au tableau T 6.1.

Encadré 3 Potentiel et limites des bases de données utilisées

Données des associations professionnelles

- ⊕ Couvre également la pratique ambulatoire non renseignée par d'autres sources
- ⊖ Pas toujours possible d'identifier les membres actifs
- ⊖ Tous les professionnels ne sont pas forcément membres de l'association professionnelle

Registre national des professions de la santé

- ⊕ Renseigne quant au nombre de titres délivrés et de reconnaissances de diplômes étrangers
- ⊕ Renseigne quant au nombre d'autorisations cantonales de pratique délivrées
- ⊖ Pas possible d'identifier les personnes professionnellement actives
- ⊖ Variations cantonales possibles concernant les exigences en matière d'autorisation de pratique

Analyse du relevé structurel de l'OFS (2016-2018)

- ⊕ Couvre également la pratique ambulatoire non renseignée par d'autres sources
- ⊖ Marge d'erreur dans les résultats (échantillon de la population suisse)
- ⊖ Difficultés à identifier certaines professions

Statistiques administratives (KS, SOMED et SPITEX)

- ⊕ Indique le nombre de personnes travaillant dans les institutions de santé
- ⊖ Difficultés à identifier certaines professions
- ⊖ Doublons possibles pour les personnes avec plusieurs activités (salariées et indépendante)
- ⊖ La pratique dans des cabinets ambulatoires n'est pas couverte

6.1 Physiothérapeutes

Dans le registre national des professions de la santé (NAREG), 23 728 personnes disposant d'une formation de physiothérapeute sont enregistrées en 2020, dont un peu plus de la moitié dispose d'un diplôme Suisse (51,8%). L'analyse du relevé structurel indique pour 2016–2018 un total de 20 689 personnes formées en physiothérapie en Suisse. D'une part, la différence entre les deux sources peut être liée à l'écart temporel ainsi qu'à la marge d'erreur des données du relevé structurel. D'autre part, il est possible que certains professionnels aient quitté la Suisse depuis l'enregistrement de leur diplôme dans le registre NAREG.

Toujours selon les données du relevé structurel, 13 577 physiothérapeutes travaillent dans le système de santé suisse. Physioswiss, l'Association suisse de physiothérapie, recense pour sa part 9315 membres actifs. On peut donc estimer qu'environ les deux tiers des physiothérapeutes actifs sont membres de Physioswiss.

La statistique des hôpitaux enregistre 5029 physiothérapeutes et selon le relevé structurel, 9620 personnes travaillent dans le domaine ambulatoire. Environ un tiers des physiothérapeutes travaillerait donc en milieu hospitalier contre deux tiers en cabinet. Selon la statistique des membres de Physioswiss, 61,5% sont indépendants et 38,5% sont salariés (Physioswiss, 2019). Ces données sont cohérentes dans la mesure où une partie des physiothérapeutes exerçant en cabinet travaille de façon salariée dans des cabinets de groupe.

Selon les données du relevé structurel, 71,8% des physiothérapeutes travaillant dans le système de santé exercent en Suisse alémanique et 28,2%, en Suisse latine. À titre de comparaison, 72% des membres de Physioswiss sont recensés en Suisse alémanique, 23% en Suisse romande et 5%, au Tessin.

6.2 Ostéopathes

La FSO (Fédération Suisse des Ostéopathes) comptait en 2020 977 membres actifs. Sachant que le registre NAREG comptait cette année 1139 ostéopathes (dont 98,3% diplômés en Suisse), on peut supposer que la très grande majorité des ostéopathes actifs en Suisse sont membres de la FSO.

Avec 67,8% des membres de la FSO, la profession est particulièrement présente en Suisse romande. La Suisse alémanique et le Tessin comprennent respectivement 29,7% et 2,6% des ostéopathes affiliés. Une enquête réalisée sur la période 2016–2017 auprès des ostéopathes enregistrés dans NAREG (Vaucher et al., 2018) indique que ceux-ci travaillaient essentiellement en pratique privée (46% travaillaient exclusivement seuls) et rares étaient ceux travaillant à l'hôpital (1,5%). Par rapport aux autres professions de la santé, la part de femmes était plus basse (54%). Celles-ci travaillaient plus souvent à temps partiel que les hommes (55,4% vs 26,3%). 60,3% des répondants avaient 40 ans et plus.

6.3 Ergothérapeutes

Dans le registre NAREG, 5077 personnes disposant d'une formation d'ergothérapeute sont enregistrées, dont 64,6% avec un diplôme suisse. L'ASE (Association suisse des Ergothérapeutes) comptait début 2021 2252 membres actifs et estime qu'au total, environ 3'000 ergothérapeutes sont actifs en Suisse.

On relève qu'en 2019, 1501 ergothérapeutes sont enregistrés dans la statistique des hôpitaux. Les statistiques SOMED et SPI-TEX recensent pour la même année environ 1200 personnes du domaine médico-thérapeutique, dont une partie sont certainement des ergothérapeutes. Pour le domaine ambulatoire, l'ASE recense 1133 ergothérapeutes indépendants. Dans le registre NAREG, on recensait 1441 autorisations de pratique cantonale délivrées.

Au sein de l'ASE, 67,2% des membres actifs sont enregistrés en Suisse alémanique, 27,5% en Suisse romande et 4,9% au Tessin.

6.4 Logopédistes

L'activité des logopédistes peut être distinguée selon que ceux-ci traitent des enfants et adolescents ou des adultes. Pour les 0 à 20 ans, les départements cantonaux de l'instruction publique sont responsables de l'organisation ainsi que du financement des prises en charge. Pour les adultes, l'assurance maladie prend en charge les séances de thérapie logopédique sur prescription médicale.

Pour la Suisse alémanique, la DLV (Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband) rapportait à la fin de l'année 2020 2335 membres. La plupart travaillait auprès des enfants et adolescents et environ 370 membres prenaient en charge des adultes. Parmi ces derniers, 190 travaillaient en milieu stationnaire uniquement, 150 en cabinet ambulatoire uniquement, et 30 exerçaient simultanément dans les milieux stationnaire et ambulatoire.

En Suisse romande, l'ARLD (Association romande des logopédistes diplômés) recensait au 31 décembre 2019 926 membres. Dans le cadre d'un questionnaire adressé aux membres de l'ARLD ayant recueilli un taux de participation de 47%, 121 répondants ont déclaré travailler avec des adultes. L'activité à temps partiel est courante et la profession est très majoritairement féminine.

Pour la Suisse italienne, l'Associazione Logopedisti della Svizzera Italiana (ALOSI) compte au début de l'année 2021 95 membres actifs. L'association rapporte huit membres travaillant à l'hôpital et 29 membres travaillant en cabinet privé susceptibles de prendre en charge des adultes. La profession est quasi-exclusivement féminine.

6.5 Diététiciennes et diététiciens

En 2020, le registre NAREG comprenait 1969 personnes disposant d'un diplôme de nutrition et de diététique, dont 84,1% ayant acquis leur titre en Suisse. Parallèlement, l'ASDD (Association suisse des diététicien/ne/s) comptait 1095 membres actifs au 31 décembre 2019. Par ailleurs, selon une enquête effectuée en 2017 à laquelle ont participé 756 diététiciennes et diététiciens inscrits au registre NAREG, 11,2% n'exerçaient pas leur activité au moment de l'enquête (Mahlstein, 2018). Sur la base des données NAREG, on peut donc estimer qu'en 2020, environ 1750 diététiciennes et diététiciens exerçaient leur profession. Parmi les autres informations récoltées dans le cadre de l'enquête parue en 2018, les points suivants peuvent être relevés:

- 95% des répondants étaient des femmes.
- Parmi les répondants, un quart des personnes actives exerçaient plusieurs activités professionnelles (25,6%).
- Parmi les 21% exerçant deux activités professionnelles, 50% occupaient deux emplois salariés, 42%, un emploi salarié et une activité indépendante et 8%, deux activités indépendantes.
- Parmi les secteurs d'activités cités, le secteur clinique obtenait 48% des mentions et la consultation ambulatoire, 29%. 22% des secteurs d'activités mentionnés se situaient hors du système de santé au sens strict (formation, organisations privées et publiques, industrie).
- Parmi les répondants, 33% des personnes actives travaillaient à un taux d'activité de 80% à 100%, 27% à un taux de 60% à 80% et 40% à un taux inférieur à 40%.

6.6 Sages-femmes

La Fédération suisse des sages-femmes comptait début 2020 un total de 2953 membres actifs: 2239 en Suisse alémanique, 631 en Suisse romande et 83 au Tessin. Cet effectif est proche de celui observé dans le relevé structurel (2016–2018), lequel recense 3'090 sages-femmes travaillant dans le système de santé.

Dans le cadre d'une enquête menée en 2020 auprès des membres de la fédération des sages-femmes (taux de réponse de 50%), il a été relevé que parmi les sages-femmes actives dans le système de santé, 38% travaillaient comme indépendantes exclusivement, 14% étaient uniquement salariées et 49% conciliaient les deux modes d'activité. En complément, on peut mentionner que le registre NAREG enregistrait en 2020 2351 sages-femmes au bénéfice d'une autorisation de pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle délivrée par une autorité cantonale. Une telle autorisation est indispensable pour la pratique indépendante mais elle peut également être requise dans le cadre d'une activité salariée.

La profession est quasi-exclusivement féminine et l'enquête réalisée en 2020 observe une augmentation de la part des 50 ans et plus (37% des répondants en 2020).

6.7 Podologues

Pour la Suisse alémanique, la SPV (Schweizerischer Podologen-Verband) recense 778 membres, la majorité travaillant en pratique indépendante ou comme salariés dans un cabinet de podologie.

La SSP (Société Suisse des Podologues), active pour la Suisse romande, comptait au début de l'année 2021 345 membres actifs. La quasi-totalité de ces membres travaille en cabinet en tant qu'indépendant. La pratique au sein d'un EMS ou d'un hôpital existe mais celle-ci est rare. 87% des membres de la SSP sont des femmes.

En Suisse italienne, l'UPSI (Unione Podologi della Svizzera Italiana) compte 55 podologues en exercice: 90% sont des femmes et 60% ont entre 40 et 60 ans. La part travaillant à l'hôpital est estimée à 5%.

En complément, on peut mentionner que le registre NAREG enregistrait en 2020 1097 podologues au bénéfice d'une autorisation de pratique délivrée par une autorité cantonale: 760 pour la Suisse alémanique, 300 pour la Suisse romande et 37 pour le canton du Tessin.

6.8 Assistantes médicales et assistants médicaux

La SVA (Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen) recense en 2020 autour de 15 000 membres, dont environ 14 000 travaillant en cabinet médical et environ 1000, en milieu stationnaire. Dans le relevé structurel (2016–2018), environ 20 000 assistants médicaux et assistantes médicales sont recensés, 16 300 personnes en cabinet médical et 3400 en milieu hospitalier.

Les membres de la SVA sont essentiellement des femmes, souvent âgées de moins de 40 ans et le travail à temps partiel est fréquent.

6.9 Hygiénistes dentaires

La Swiss Dental Hygienists comptait à la fin de l'année 2020 1867 membres actifs: 1318 pour la Suisse alémanique, 462 pour la Suisse romande et 87 pour le canton du Tessin. 98% des membres de l'association étaient des femmes. En même temps, le registre NAREG comprenait en 2020 2599 inscriptions, dont 89,3% correspondant à des personnes diplômées en Suisse. Le nombre d'hygiénistes dentaires effectivement actifs en Suisse se situe donc vraisemblablement entre 1900 et 2600.

En considérant la langue de correspondance dans le registre NAREG, on peut supposer que la Swiss Dental Hygienists comprend une partie importante des hygiénistes dentaires exerçant en Suisse romande et au Tessin (français et italien comme langues de correspondance pour 579 et 124 inscriptions). Il est possible que la couverture de la Swiss Dental Hygienists soit

moins complète pour la Suisse alémanique (allemand comme langue de correspondance pour 1896 inscriptions).

6.10 Spécialistes en activation

La SVAT (Schweizerischer Verband der Aktivierungsfachfrauen/-männer) comptait début 2020 557 membres dont 373 membres actifs. En même temps, 692 personnes diplômées étaient enregistrées en 2020 dans le registre NAREG. La quasi-totalité des spécialistes en activation membres de la SVAT travaillent dans une institution. Or, au 31 décembre 2019, les hôpitaux suisses comptaient 468 spécialistes en activation: 409 en Suisse alémanique et 59 en Suisse romande. En tenant compte également des personnes exerçant en institution pour personnes âgées (qu'il n'est pas possible de dénombrer), on peut estimer que le nombre de spécialistes en activation actifs en Suisse se rapproche plutôt de l'effectif recensé dans le registre NAREG.

Bien que la formation de spécialiste en activation ne soit délivrée qu'en Suisse alémanique et au Tessin, les membres de la SVAT se répartissent tout de même entre les trois régions linguistiques (Suisse alémanique: 66% des membres, Suisse romande: 19% et Tessin: 15%).

6.11 Opticiennes et opticiens, optométristes

Dans le domaine de l'optique et de l'optométrie, on distingue les opticiennes et opticiens CFC du degré secondaire II et les optométristes au bénéfice d'un titre du degré tertiaire A (bachelor en haute école spécialisée, HES). Jusqu'en 2010, des titres d'opticien diplômé (examen professionnel supérieur) étaient également délivrés.

Selon une enquête menée en 2020, environ 5600 personnes travaillaient dans le secteur de l'optique et de l'optométrie (GfK Strukturanalyse 2020 – Optik Markt Schweiz): environ 500 au bénéfice d'un bachelor ou d'un master en optométrie (ou titre équivalent), environ 1500 opticiens diplômés (ou titre équivalent), environ 2500 opticiens avec CFC et environ 1100 autres employés. Parallèlement, l'AFPO (Association professionnelle pour la Formation initiale d'opticien-ne) recensait 897 apprentis opticiens au 15 novembre 2019.

La SSOO (Société Suisse pour l'Optique et l'Optométrie) représente les opticiens diplômés ainsi que les optométristes. Début 2020, la SSOO comptait 628 membres, dont 13 membres passifs et 55 étudiants. Ceux-ci se répartissent entre la Suisse alémanique (85%), la Suisse romande (15%) et le Tessin (3%).

Les membres de la SSOO travaillaient essentiellement dans le secteur de la pratique, c'est-à-dire dans des cabinets d'optométrie, des cabinets de lentilles de contact, des magasins d'optométrie ou des centres de soins de la vue et la plupart occupent des postes de direction ou sont propriétaires. De plus, environ 6 % travaillent dans des cabinets d'ophtalmologie ou des cliniques ophtalmologiques et environ 3% exercent dans l'industrie optique. Un tiers des membres de la SSOO sont des femmes.

6.12 Orthoptistes

L'association professionnelle des orthoptistes (Swiss Orthoptics) recense 205 membres actifs et estime qu'environ 100 personnes supplémentaires sont actives dans ce domaine sans être membres de Swiss Orthoptics. Les orthoptistes travaillent principalement dans le domaine ambulatoire et il est fréquent qu'un même professionnel exerce plusieurs activités à temps partiel. En raison de l'interruption pendant plusieurs années de la formation avant de passer au niveau ES (tertiaire B), il manque une cohorte d'âge moyen. Pour cette raison, la moyenne d'âge des orthoptistes est plutôt élevée.

T 6.1 Effectifs des personnels de santé exerçant en pratique ambulatoire, Suisse, autour de 2020

	Membres actifs de l'association professionnelle	Estimation du nombre de professionnels actifs dans le système de santé	Lieu d'activité	Répartition géographique			Part de femmes	Structure par âge	Pratique à temps partiel
				CH-D	CH-F	CH-I			
Physiothérapeutes	9 315	13 577 ^a	Environ un tiers en milieu hospitalier et deux tiers en pratique ambulatoire ^b	72% ^c 74% ^c	23% ^c 21% ^c	5% ^c 5% ^c	74% ^a 71% ^d	31% ont 50 ans et plus ^a	Taux d'activité moyen de 76% ^a
Ostéopathes	977	1 000 ^b	Activité essentiellement en cabinet privé ^c	29,7% ^c	67,8% ^c	2,6% ^c	54% ^d	60% ont 40 ans et plus ^e	Travail à temps partiel chez 55.4% des femmes et 26.3% des hommes ^e
Ergothérapeutes	2 252	3 000 ^c	Environ la moitié en milieu hospitalier et la moitié en pratique ambulatoire ^b	63,7% ^d 67,2% ^c	31,1% ^d 27,5% ^c	5,2% ^d 4,9% ^c	90% ^d 92% ^c	Environ 35% ont 50 ans et plus ^c	57% travaillent à plus de 50% ^c
Logopédistes	3 356	-	La majorité travaille avec des enfants et adolescents et une minorité avec des adultes ^c	48,9% ^d	46,5% ^d	4,6% ^d	97% ^d		Activité à temps partiel courante ^c
Diététiciennes et diététiciens	1 095	1 750 ^b	La pratique en secteur clinique est plus fréquente que la pratique ambulatoire, env. 10% sont actifs dans les deux secteurs ^f	64,9% ^d	31,7% ^d	3,4% ^d	95% ^c	21% ont plus de 50 ans ^f	Deux tiers travaillent à moins de 80% ^c
Sages-femmes	2 953	2 953 ^c	Environ la moitié travaille simultanément de façon salariée et indépendante, 38% uniquement de façon indépendante et 14% uniquement de façon salariée ^c	76% ^c	21% ^c	3% ^c	100% ^{a,c}	37% ont 50 ans et plus ^c	Taux d'activité moyen de 72% ^a
Podologues	1 178	1 097 ^d	Activité essentiellement en cabinet privé ^c	67,1% ^d	29,0% ^d	3,9% ^d	87% ^c	-	-
Assistantes médicales et assistants médicaux	15 000	20 000 ^a	La majorité travaille en cabinet médical et une minorité en milieu hospitalier ^c	75,0% ^a		25,0% ^a	99% ^a	Souvent âgés de moins de 40 ans ^c	Taux d'activité moyen de 70% ^a
Hygiénistes dentaires	1 867	1900-2600 ^b		70,6% ^c	24,7% ^c	4,7% ^c	98% ^d	-	-
Spécialistes en activation	373	500-700 ^b	Activité principalement à l'hôpital et dans une moindre mesure en EMS ^b	66,4% ^c	18,7% ^c	14,9% ^c	93% ^d	-	-
Opticiennes et opticiens diplômés		1 500 ^g	Activité principalement en cabinet ou en magasin ^c	53,8% ^d	38,0% ^d	8,2% ^d	44,9% ^d	-	-
Optométristes		500 ^g	Activité principalement en cabinet ou en magasin ^c	69,9% ^d	28,6% ^d	1,5% ^d	64,6% ^d	-	-
Orthoptistes	205	300	Activité principalement ambulatoire (90%-95%) ^c	80%-85% ^c	15%-20% ^c		99,9% ^c	Âge moyen élevé ^c	Cumul de plusieurs activités à temps partiel fréquent ^c

^a Relevé structurel (RS) 2016–2018

^b Mise en perspective de différentes bases de données

^c Données de l'association professionnelle, autour de 2020

^d Registre national des professions de la santé NAREG, 2020

^e Swiss osteo survey 2016–2017 (Vaucher et al., 2018)

^f Mahlstein, 2018

^g GfK Strukturanalyse 2020 – Optik Markt Schweiz

7 Formation

7.1 Évolutions récentes

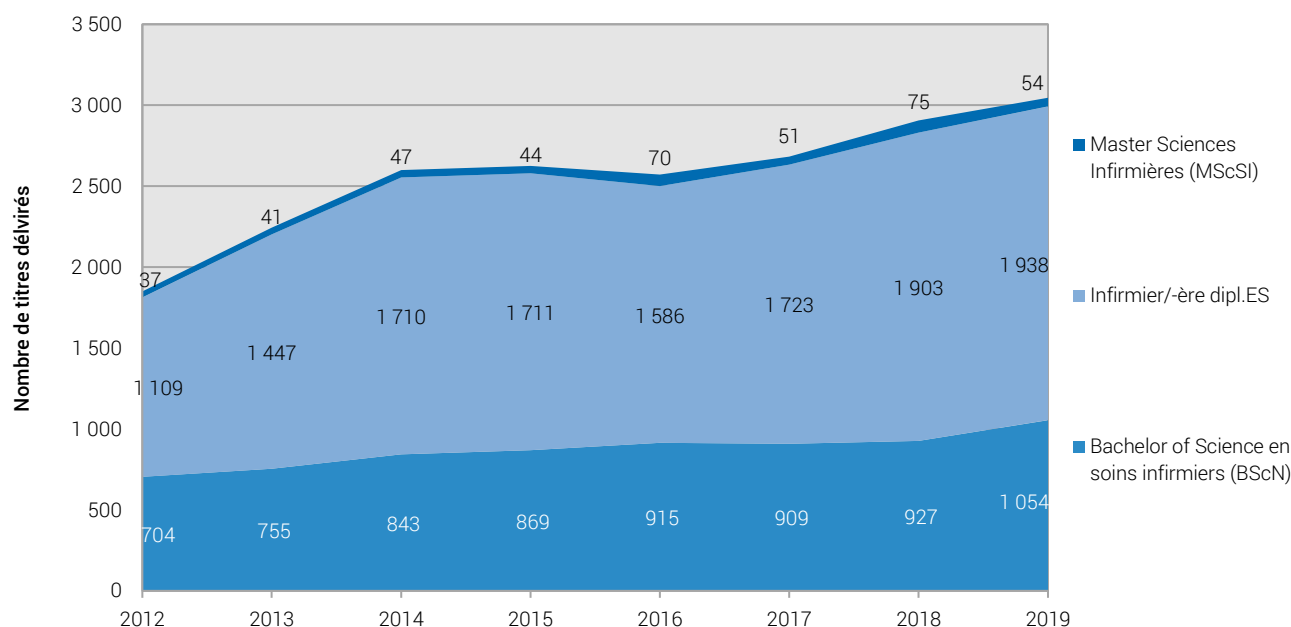
7.1.1 Soins et accompagnement

À tous les degrés de formation, le nombre de diplômés dans le domaine des soins et de l'accompagnement a suivi une hausse continue entre 2012 et 2019 (G 7.1 et G 7.2). Au degré tertiaire, dans les soins infirmiers, le nombre de diplômés est passé de 1813 à 2992 (ES et HES pris ensemble) avec une hausse particulièrement rapide du nombre de diplômés ES qui représentent 65% des titres en 2019. De plus, environ 50 titres Master en soins infirmiers ont été délivrés chaque année sur la période 2012-2019.

Au degré secondaire II, la formation d'assistant en soins et santé communautaire (ASSC) continue de se déployer, atteignant 4525 diplômés (CFC) en 2019 (+34% depuis 2012). Démarrée en 2011, la formation d'aide en soins et accompagnement (ASA) a pris son essor pour atteindre 1073 diplômés en 2019. À titre de comparaison, le nombre de diplômés d'aide-soignant auxquels se sont substitués les ASA était de 784 en 2010. Par contre, le nombre de titres d'assistants socio-éducatif (ASE) en options généraliste et accompagnement des personnes âgées semble avoir plafonné à un peu moins de 700 entre 2016 et 2018 et décroît en 2019.

Finalement, le nombre d'auxiliaires de santé formés par la Croix-Rouge suisse a également augmenté depuis 2012 et se maintient depuis 2016 autour de 4400 certificats délivrés chaque année.

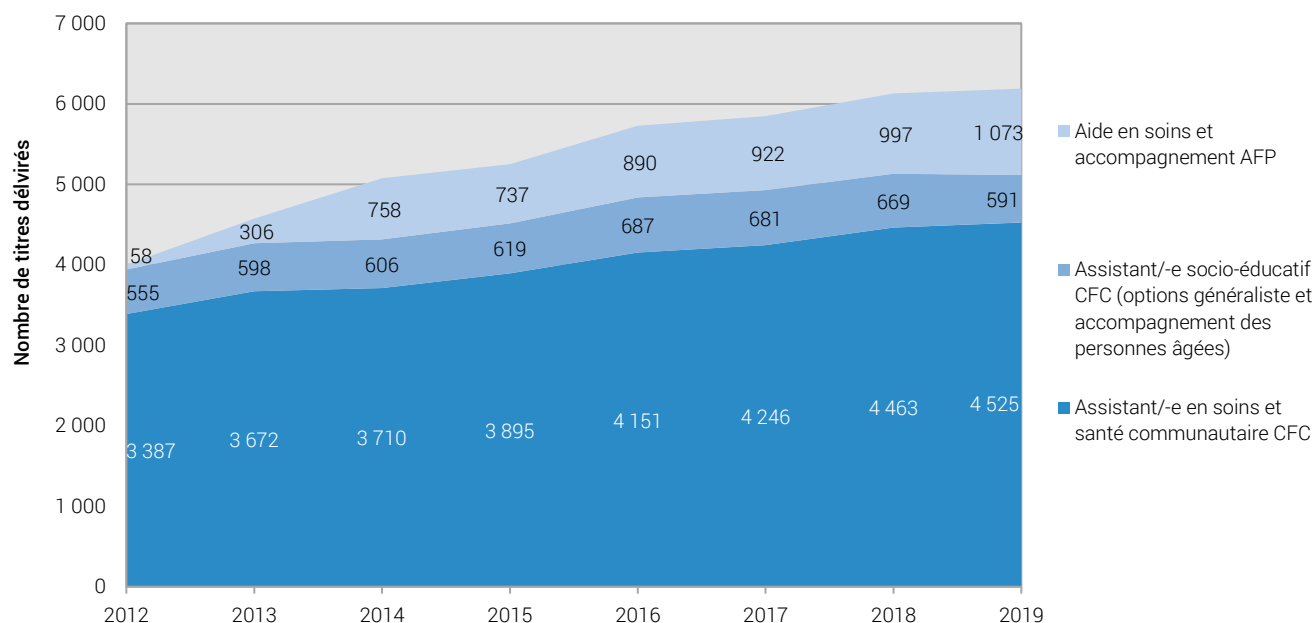
G 7.1 Formation: Diplômés dans le domaine des soins, degré tertiaire, de 2012 à 2019



Sources: OFS – Système d'information universitaire suisse (SIUS) et Statistique des diplômes (SBA)

© Obsan 2021

G 7.2 Formation: Diplômés dans le domaine des soins et de l'accompagnement, degré secondaire II, de 2012 à 2019



Source: OFS – Statistique de la formation professionnelle initiale (SFPI)

© Obsan 2021

En considérant ensemble les titres d'infirmier/ère ES et en soins infirmiers HES, les **taux de diplômés moyen** pour la période 2017-2019 en soins infirmiers sont assez proches en Suisse alémanique et en Suisse romande (33,1 et 29,4 diplômés pour 100 000 habitants, T 7.1). Au Tessin, le taux de diplômés est nettement plus élevé (53,4), ce qui peut s'expliquer par l'offre de formation comparativement plus élevée dans les filières ES et HES.

Au degré secondaire II, la Suisse alémanique est particulièrement orientée vers le profil d'ASSC (60,5 diplômés pour 100 000 habitants), complété par l'apport des ASA (12,0). Au Tessin, le taux de diplômés d'ASSC est un peu plus bas et le taux de diplômés des ASA plus élevé (18,7), ce qui tient notamment aux exigences cantonales liées aux mandats de prestation. En Suisse romande, l'éventail de compétences inclut également les ASE (22,8).

T 7.1 Formation: Taux de diplômés dans les formations du domaine des soins et de l'accompagnement par région linguistique, de 2017 à 2019

Degré de formation		Titre professionnel	Nombre de diplômés pour 100 000 habitants moyenne 2017-2019		
			CH-D	CH-R	CH-I
Tertiaire	HES	Bachelor of Science en soins infirmiers (BScN) ¹	4,6	27,6	21,8
	ES	Infirmier/ère dipl.ES ²	28,5	1,7	31,6
	Total degré tertiaire		33,1	29,4	53,4
Secondaire II	CFC	ASSC - Assistant/e en soins et santé communautaire CFC ²	60,5	29,3	41,2
		ASE - Assistant/e socio-éducatif CFC ^{2,3}	2,1	22,8	0,0
	AFP	ASA - Aide en soins et accompagnement AFP ²	12,0	9,8	18,7
Total degré secondaire II		74,5	61,9	59,8	

Sources: OFS – Système d'information universitaire suisse (SIUS), Statistique des diplômés (SBA) et Statistique de la formation professionnelle initiale (SFPI)

© Obsan 2021

¹ La répartition par région linguistique se base sur le canton de formation.

² La répartition par région linguistique se base sur le canton de domicile.

³ Uniquement options généraliste et accompagnement des personnes âgées

Activité de formation dans les institutions de santé

L'essor de la formation dans le domaine des soins et de l'accompagnement a également un impact sur les institutions de santé au sein desquelles se déroule le volet pratique de la formation. Pour les soins infirmiers, environ la moitié du cursus en ES s'effectue en stage pratique. En HES, la formation pratique est plus courte. Par exemple, à la HES-SO, 40 semaines de formation pratique sont prévues sur les trois ans que dure la formation. Quant au degré secondaire II, la grande majorité des personnes en formation suivent la voie duale prévoyant la formation en entreprise trois à quatre jours par semaine.

On peut ainsi estimer qu'entre 2012 et 2019, le nombre d'étudiants en soins infirmiers effectuant leur formation pratique au sein des hôpitaux et EMS (l'activité de formation en SASD est considérée comme mineure) est passé d'environ 3000 à 4000 personnes entre 2012 et 2019. Cela correspond à un passage du ratio « infirmiers en poste/étudiants ES/HES en soins infirmiers en stage » de 23,5 (2012) à 19,3 (2019) professionnels par stagiaire⁹.

Pour le degré secondaire II, le nombre d'apprentis ASSC et ASE (options généraliste et accompagnement des personnes âgées) suivant la voie duale est passé de 10 629 à 15 245 entre 2012 et 2019. Ainsi, environ la moitié de la croissance de l'effectif du personnel du degré secondaire II avec CFC enregistrée dans les hôpitaux et EMS entre 2012 et 2019 tiendrait en fait à l'engagement d'apprentis ASSC et ASE. Les modalités de formation pratique ont certainement évolué au cours de cette période car en 2012, l'encadrement de la formation par les paires était encore limité par le faible nombre de personnes certifiées. Mis en perspective avec le personnel de soins et d'accompagnement des degrés secondaire II¹⁰ et tertiaire des hôpitaux et EMS, le ratio « personnel de soins et d'accompagnement en poste/apprenti » est passé entre 2012 et 2019 de 9,6 à 7,5.

Les tâches d'accompagnement et d'encadrement du personnel en formation ont donc occupé une place croissante au sein des institutions de santé, tant du point de vue du nombre absolu de personnes à former, que du ratio entre personnes diplômées et en formation.

7.1.2 Autres professions de la santé

Avec des fluctuations d'une année à l'autre, la croissance du nombre de titres délivrés concerne globalement l'ensemble des professions de la santé (T 7.2). Le nombre de diplômés a particulièrement augmenté dans les domaines du sauvetage ainsi que de la technique opératoire. Dans le domaine médico-thérapeutique du tertiaire A, cette croissance du nombre de diplômés concerne également les hautes écoles appliquant un processus de régulation (sélection dans les admissions en fonction d'un nombre de places de formation offertes).

Les formations du domaine médico-thérapeutique du tertiaire A (p. ex. physiothérapie et ergothérapie) sont particulièrement prisées en Suisse latine. A l'inverse, le taux de diplômés en Suisse alémanique et au Tessin est en comparaison à la Suisse romande plus élevé pour plusieurs professions du domaine médico-technique (p. ex. technique en radiologie médicale et technique opératoire). Ces différences tiennent en partie à l'offre de formation inégalement répartie sur le territoire suisse. Le taux de diplômés pour les professions de sage-femme ainsi que dans les services de sauvetage sont par contre assez proches entre la Suisse alémanique et la Suisse romande.

De plus, les HES proposent également des formations au niveau Master pour plusieurs professions de la santé. En 2019, 44 titres Master ont été délivrés en physiothérapie et neuf en ergothérapie¹¹.

Les données du registre NAREG révèlent en outre que parmi les diplômés en sage-femme sur la période 2012-2019, plus d'un quart disposait au préalable d'un titre en soins infirmiers (26,4%, acquis en Suisse ou à l'étranger, données non représentées). Un phénomène similaire s'observe avec les diplômés en sauvetage, environ un cinquième des volées 2012-2019 disposait au préalable d'un titre en soins infirmiers (20,1% acquis en Suisse ou à l'étranger).

⁹ L'effectif du personnel infirmier (degré tertiaire) recensé dans les chapitres 3 et 4 ne comprend pas les étudiants ES/HES en soins infirmiers en stage.

¹⁰ Les apprentis sont inclus dans l'effectifs du personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II recensés dans les chapitres 3 et 4. Ceux-ci sont déduits pour le calcul du taux d'encadrement.

¹¹ Les 20 titres Master en ostéopathie sont indiqués dans le tableau T 7.2

T 7.2 Formation: Diplômés pour les sages-femmes et dans les domaines médico-thérapeutiques et médico-techniques, de 2012 à 2019

Domaine	Degré de formation	Titre professionnel	Titres délivrés en Suisse									Nombre de diplômés pour 100 000 habitants Moyenne 2017-2019 ²		
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	CH-D	CH-R	CH-I	
Sage-femme	Tertiaire A	Sage-femme	146	150	155	160	170	155	169	173	2,0	2,2	0,0	
Médico-thérapeutique	Tertiaire A	Physiothérapie	326	328	349	354	354	352	366	372	3,4	4,9	14,5	
		Ergothérapie	115	105	124	117	138	147	116	141	1,1	2,4	4,0	
		Nutrition et diététique	61	51	64	73	79	77	84	81	0,8	1,4	0,0	
		Ostéopathie ¹	0	0	0	0	0	0	0	20	0,0	0,3	0,0	
	Tertiaire B	Activation ES	24	54	40	49	55	57	52	62	0,8	0,1	1,9	
		Masseur médical BF	299	366	341	300	73	90	103	103	1,5	0,4	0,9	
		Orthoptique ES	8	1	1	8	2	13	3	9	0,1	0,1	0,0	
Médico-technique	Tertiaire A	Optométrie	25	15	23	31	30	20	45	30	0,5	0,0	0,0	
		Technique en radiologie médicale	44	46	70	51	53	38	64	57	0,0	2,4	0,0	
	Tertiaire B	Sauvetage ES	111	116	121	183	152	180	190	184	2,1	2,2	2,8	
		Technicien ambulancier BF	43	48	43	68	58	70	64	63	0,6	1,1	0,6	
		Analyses biomédicales ES	116	141	132	143	156	146	153	150	1,8	1,4	2,9	
		Technique opératoire ES	89	101	110	105	133	119	133	141	1,7	1,0	2,0	
		Technique en radiologie médicale ES	66	79	80	80	83	87	84	94	1,3	0,2	2,5	
		Hygiène dentaire ES	73	68	70	63	66	82	70	75	1,0	0,8	0,0	
		Podologie ES	33	12	10	52	21	25	50	15	0,3	0,3	1,3	
		CFC	Assistant médical CFC	857	948	878	915	872	961	919	988	12,6	6,8	15,1
Assistant dentaire CFC	838		877	881	867	879	899	923	886	11,5	8,5	8,3		
Assistant en podologie CFC	42		45	45	40	48	44	45	39	0,7	0,1	0,0		
Opticien CFC	857		948	878	915	872	961	919	988	15,1	2,1	1,1		

Sources: OFS – Système d'information universitaire suisse (SIUS), Statistique des diplômés (SBA), Statistique de la formation professionnelle initiale (SFPI) © Obsan 2021

¹ Le nombre de diplômés correspond au nombre de titres Master délivrés.

² La répartition par région linguistique se base, pour les formations du tertiaire A, sur le canton de la haute école spécialisée et pour les formations du tertiaire B et de type CFC, sur le canton de domicile des diplômés.

7.1.3 Formations continues

Au degré tertiaire, la formation peut également se poursuivre au-delà du diplôme (T 7.3). Les infirmiers diplômés peuvent se spécialiser dans un domaine particulier par des études post-diplôme (EDP). Ces formations continues durent généralement deux ans et débouchent sur un titre fédéral d'expert. Les formations d'expert/e en soins intensifs, en soins d'anesthésie et en soins d'urgence sont les plus prisées. En considérant également les études post-diplôme sans plan d'étude cadre, entre 450 et 500 titres sont délivrés chaque année depuis 2015.

Pour les personnes disposant d'un titre du degré tertiaire, il existe également depuis quelques années des possibilités de formation continue dans le domaine de la santé au niveau des **examens professionnels fédéraux supérieurs**. Les examens fédéraux donnent accès à un titre d'expert/e EPS. Dans le domaine de la santé, les deux examens fédéraux figurant au tableau T 7.4 sont actuellement proposés.

Sous la direction d'OdASanté, plusieurs examens professionnels supérieurs ont été développés dans le domaine des soins ces dernières années. Ces titres EPS remplacent les formations continues réglementées par l'ASI proposées jusqu'alors comme spécialisation de la formation spécialisée supérieure de niveau 1 (HöFa 1). Il s'agit des formations continues pour les spécialités suivantes:

- Expert/e en conseil de diabétologie EPS
- Expert/e en soins gériatriques et psychogériatriques EPS
- Expert/e en soins néphrologiques EPS
- Expert/e en soins d'oncologie EPS
- Expert/e en soins palliatifs EPS
- Expert/e en soins en psychiatrie EPS

Depuis août 2020, différents prestataires de formation proposent les premiers cours préparatoires aux examens individuels. Les premiers examens devraient avoir lieu dès 2022 au plus tôt.

T 7.3 Études post-diplôme: Diplômes dans le domaine des soins, de 2012 à 2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
EPD ES Soins intensifs	101	178	195	211	200	208	238	190
EPD ES Anesthésie	60	101	87	113	101	123	112	127
EPD ES Soins d'urgence	46	65	104	131	137	139	114	123
EPD ES Consultation en soins infirmiers (ar)	13	23	10	18	6	19	12	10
EPD ES Formation à la régulation d'urgences	0	0	0	0	0	5	0	3
EPD ES Soins médicaux, promotion de la santé et prévention (ar)	20	20	19	0	17	0	6	2
EPD ES Opération (ar)	6	5	10	6	0	6	0	0
Total	246	392	425	479	461	500	482	455

Source: OFS – Statistique des diplômes (SBA).
(ar): ancien droit.

© Obsan 2021

T 7.4 Examens fédéraux supérieurs dans le domaine de la santé, de 2012 à 2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Expert/e en prévention des infections associées aux soins, dipl.	0	88	20	21	5	22	6	16
Expert/e en analyses biomédicales et gestion de laboratoire, dipl.	0	0	0	54	38	18	18	13

Source: OFS – Statistique des diplômes (SBA).

© Obsan 2021

T 7.5 Brevets fédéraux dans le domaine de la santé, de 2012 à 2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Spécialiste soins de longue durée et accompagnement BF	0	0	0	0	0	207	192	304
Spécialiste en diagnostic neurophysiologique BF	74	20	2	18	0	17	0	24
Spécialiste en kinesthétique appliquée BF	0	0	0	0	0	0	0	23
Spécialiste en codage médical BF	35	20	45	20	23	23	21	17
Conseiller en maladies respiratoires BF	0	0	0	0	0	0	0	16
Conseiller en affections respiratoires et tuberculose BF	18	15	8	19	9	22	16	3
Technicien ambulancier BF	43	48	43	68	58	70	64	63

Source: OFS – Statistique des diplômes (SBA).

© Obsan 2021

Finalement, il existe différents types de **brevets fédéraux** dans le domaine des soins et de l'accompagnement donnant aux détenteurs d'un CFC accès à un titre du degré tertiaire (T 7.5). L'offre de formation s'est notamment étoffée avec la création en 2015 d'un brevet fédéral de spécialiste en soins de longue durée et accompagnement. De plus, un brevet fédéral d'assistant spécialisé en soins psychiatriques et accompagnement a été mis sur pied en 2019. Les premiers examens professionnels pour cette spécialisation ne sont pas non plus attendus avant 2022 au plus tôt.

7.2 Transitions de formation dans le domaine des soins

Les titres délivrés renseignent quant au nombre de personnes du domaine de la santé susceptibles d'intégrer le marché du travail. De manière générale, ce potentiel est amputé du nombre de personnes n'exerçant jamais leur profession, ou la quittant après une certaine période.

Plus spécifiquement, il n'est pas rare qu'une personne se forme successivement dans plusieurs professions du domaine de la santé. Les données du registre NAREG ainsi que celles du programme OFS «Analyses longitudinales dans le domaine de la formation» (LABB) permettent d'examiner la fréquence de certains parcours de formation.

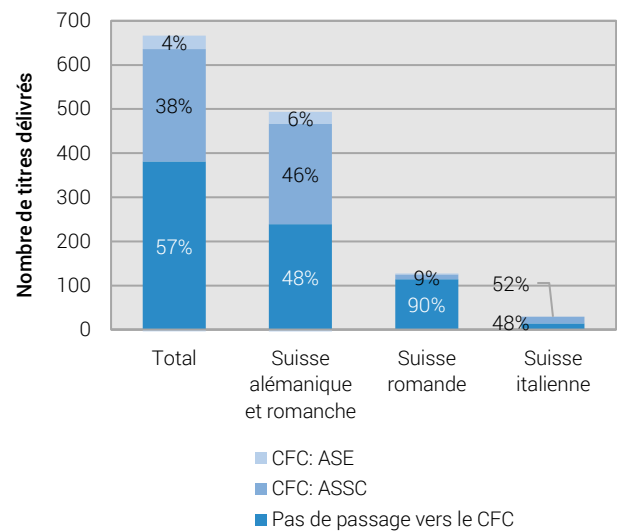
7.2.1 Trajectoires de formation des aides en soins et accompagnement

Conçue comme une formation à part entière, la formation d'aide en soins et accompagnement (ASA) constitue également une passerelle vers le degré CFC, en particulier dans le domaine de la santé.

En prenant 2018 comme année d'observation, la base de données LABB permet de voir combien des détenteurs d'un titre AFP d'ASA de la volée 2014 ont effectué une transition vers le degré CFC (G 7.3). La situation se décrit de la manière suivante: 57% des personnes n'avaient pas effectué de transition vers le degré CFC, 38% se sont orientées vers un CFC d'ASSC, 4% vers un CFC d'ASE et moins de 1% vers un autre type de CFC.

En Suisse alémanique et au Tessin, la formation d'ASA a servi de tremplin vers le CFC pour plus de la moitié des diplômés de 2014 (52%) alors qu'en Suisse romande, la grande majorité des détenteurs de ce titre n'ont pas poursuivi leur formation au degré CFC (90%).

G 7.3 Transitions éducatives à 4 ans des personnes ayant reçu un titre AFP d'ASA en 2014, par région linguistique



Source: OFS – Analyses longitudinales dans le domaine de la formation (LABB) © Obsan 2021
Étiquettes: distribution en % des transitions éducatives

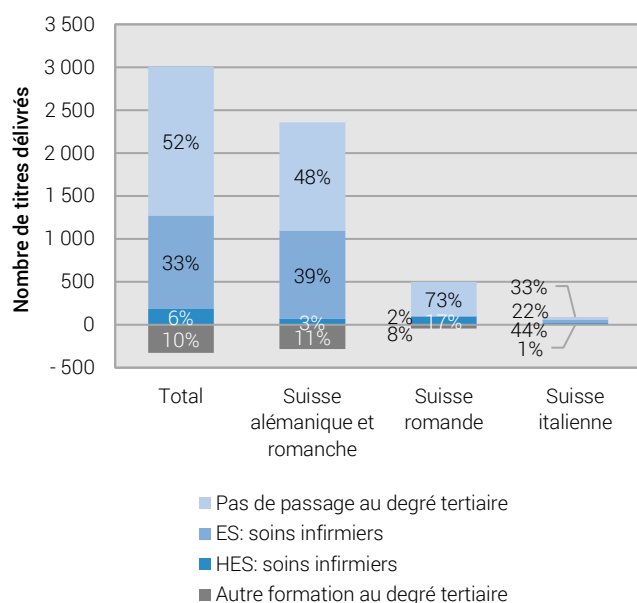
7.2.2 Trajectoires de formation des assistants en soins et santé communautaire

Pour les personnes ayant effectué une formation d'assistant en soins et santé communautaire (ASSC), il est possible de décrire les transitions sur une durée de six ans, en observant en 2018 quelles ont été les transitions des personnes certifiées en 2012. Dans l'ensemble, 52% n'ont pas effectué de transition au degré tertiaire et 37% se sont orientées vers une formation en soins infirmiers (32% en école supérieure et 5% en haute école spécialisée, G 7.4). Les 11% restants ont poursuivi leur formation au degré tertiaire dans un autre domaine de formation.

Les parcours de formation diffèrent selon la région linguistique. En Suisse alémanique où la formation d'ASSC est particulièrement répandue, 42% ont poursuivi leur formation dans le domaine des soins infirmiers. En Suisse romande, le passage au degré tertiaire est moins fréquent avec 18% de personnes enregistrées dans une formation en soins infirmiers. Cette différence peut notamment s'expliquer par l'exigence supplémentaire de réaliser une maturité professionnelle pour accéder à une formation en HES¹². Au Tessin, 64% des diplômés de 2012 se sont orientés vers une formation en soins infirmiers. Ce taux de transition élevé est peut-être à mettre en lien avec l'existence des deux voies de formation ES et HES dans le canton du Tessin.

¹² Dans l'ensemble, 13% de la volée 2012 des ASSC a obtenu une maturité professionnelle. Les données suggèrent que cette part est d'environ 11% en Suisse alémanique et qu'elle est supérieure à 20% en Suisse latine.

G 7.4 Transitions éducatives à 6 ans des personnes ayant reçu un titre CFC d'ASSC en 2012, par région linguistique



Source: OFS – Analyses longitudinales dans le domaine de la formation (LABB) © Obsan 2021

Étiquettes: distribution en % des transitions éducatives par région linguistique

Note: Les transitions vers une autre formation au degré tertiaire sont représentées par des effectifs négatifs car elles témoignent d'une perte dans le domaine des soins.

7.2.3 Trajectoires de formation des infirmières et infirmiers

Parmi les personnes enregistrées dans le registre NAREG avec un diplôme en soins infirmiers effectué en Suisse, 2,2%, soit 2055 personnes, ont ultérieurement acquis en Suisse un autre titre figurant dans le registre. Dans la moitié des cas, il s'agit d'un diplôme de sage-femme (50%) et 35% ont effectué une formation d'ambulancier. Ces transitions sont relativement rapides: près de la moitié (48,6%) ont effectué cette formation supplémentaire dans les cinq ans suivant l'acquisition de leur titre en soins infirmiers et les deux tiers (66,9%), dans les sept années suivantes.

Il est moins fréquent qu'un titre en soins infirmier soit acquis comme deuxième formation dans le domaine de la santé. Parmi les diplômés des soins infirmiers en Suisse, seuls 133 disposent d'un premier titre figurant dans NAREG (ambulancier, masseur médical, p.ex.).

De plus, 409 personnes formées dans les soins infirmiers à l'étranger ont ensuite effectué une formation dans une autre profession de la santé en Suisse et on recense 227 personnes ayant fait reconnaître en Suisse deux diplômes réalisés à l'étranger, dont l'un dans les soins infirmiers.

8 Migrations

8.1 Professionnels des soins

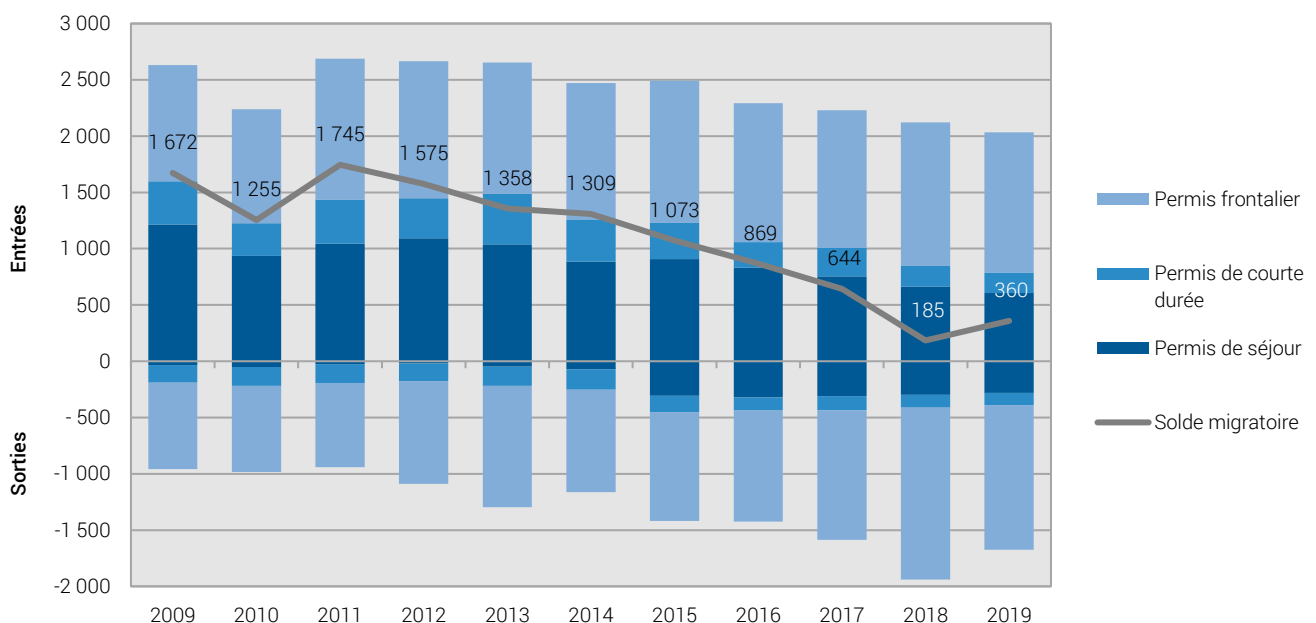
8.1.1 Solde migratoire

Le solde (ou bilan) migratoire correspond à la différence entre le nombre d'entrées et le nombre de sorties. Il renseigne sur la contribution annuelle du personnel migrant à l'effectif. Sur la période 2009-2019, la valeur maximale du bilan migratoire du personnel soignant du degré tertiaire s'observe en 2011, avec une contribution nette de 1745 personnes professionnels des soins étrangers (G 8.1). Depuis cette année, le solde migratoire a diminué chaque année, pour atteindre un seuil minimal de 185 personnes en 2018. En 2019, celui-ci augmente légèrement (360 personnes). Afin de saisir le moteur qui sous-tend ces évolutions, il est utile d'observer d'une part, dans quels domaines d'activité ont été engagés ces professionnels et d'autre part, quelle a été la dynamique de croissance de ces domaines.

8.1.2 Solde migratoire et contribution à la croissance de l'effectif

Globalement, les hôpitaux et cliniques ont été le principal domaine d'activité des professionnels des soins migrants (62% du solde migratoire sur la période 2009-2019, G 8.2). Ainsi, la baisse rapide du bilan migratoire depuis 2011 concerne essentiellement ce domaine. Parallèlement, les soldes migratoires au bénéfice des institutions médico-sociales et des soins ambulatoires (p. ex. SASD ou cabinets médicaux) ont également suivi une tendance à la baisse (respectivement 12% et 5% du solde migratoire sur 2009-2019). Par contre, le solde migratoire pour les personnes engagées par des agences privées de placement suit plutôt une tendance la hausse. En 2019, il s'agit même du secteur d'emploi affichant le solde migratoire le plus élevé (+183). On peut supposer que ce personnel soit, *in fine*, employé au sein des autres secteurs d'activité. Cette considération nuance le portrait dressé du recours aux professionnels des soins étrangers par les hôpitaux et EMS, et témoigne de changements dans les modalités d'emploi de ces personnes.

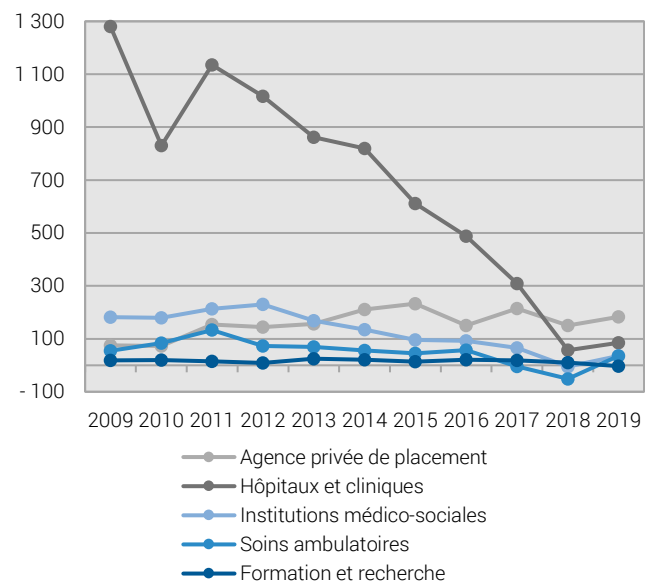
G 8.1 Professionnels des soins étrangers: Entrées, sorties et solde migratoire, selon le type de séjour, de 2009 à 2019



Source: SEM – Système d'information central sur les migrations (SYMIC)

© Obsan 2021

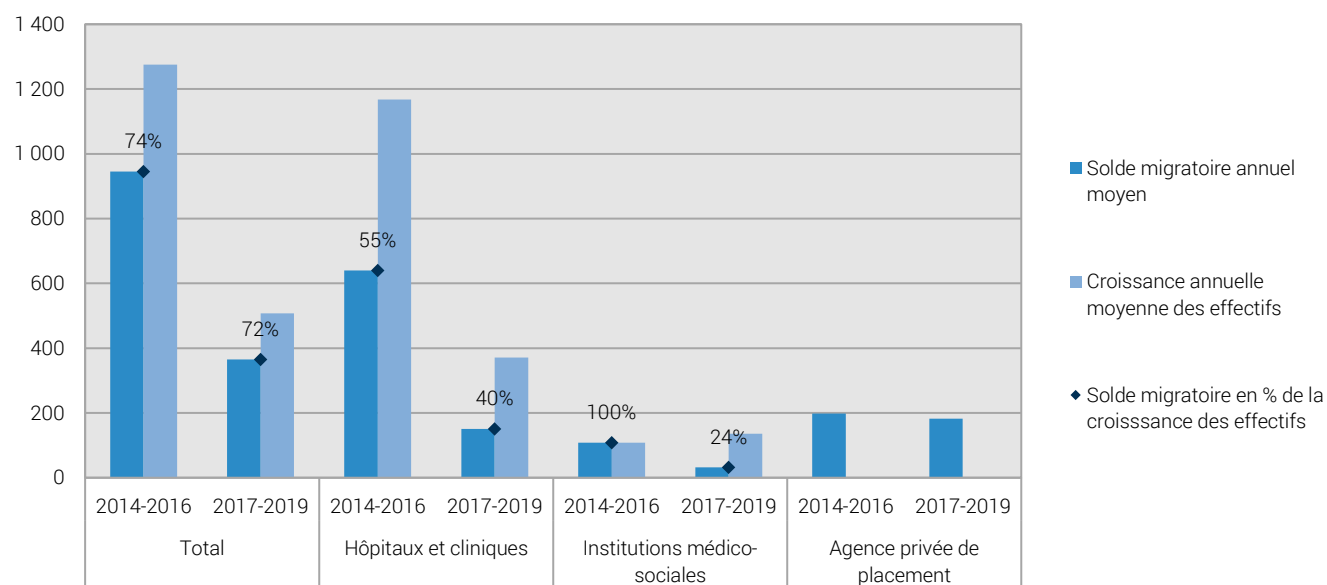
G 8.2 Professionnels des soins étrangers: Solde migratoire, selon le domaine d'activité, de 2009 à 2019



Source: SEM – Système d'information central sur les migrations (SYMIC) © Obsan 2021

Le rôle du personnel migrant s'illustre à travers la mise en perspective des **soldes migratoires** par secteur d'emploi et la **croissance de l'effectif** dans ces domaines d'emploi (G 8.3). Au sein des hôpitaux, la diminution du solde migratoire peut être mise en relation avec une baisse de la croissance de l'effectif. Sur les périodes 2014–2016 et 2017–2019, le solde migratoire correspond à environ la moitié de la croissance de l'effectif. Dans les EMS, le solde migratoire a couvert la croissance de l'effectif sur la période 2014–2016, mais ne représente que 24% de la croissance de l'effectif entre 2017 et 2019. En tenant également compte du solde migratoire revenant aux agences privées de placement, il apparaît que sur la période 2014–2016 comme sur celle de 2017–2019, le solde migratoire aurait représenté un peu moins des trois-quarts de la croissance de l'effectif au sein des hôpitaux et EMS.

G 8.3 Professionnels des soins étrangers: Solde migratoire et croissance de l'effectif, selon le domaine d'activité, de 2014 à 2019



Sources: SEM – Système d'information central sur les migrations (SYMIC) ; OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) © Obsan 2021

Par région linguistique

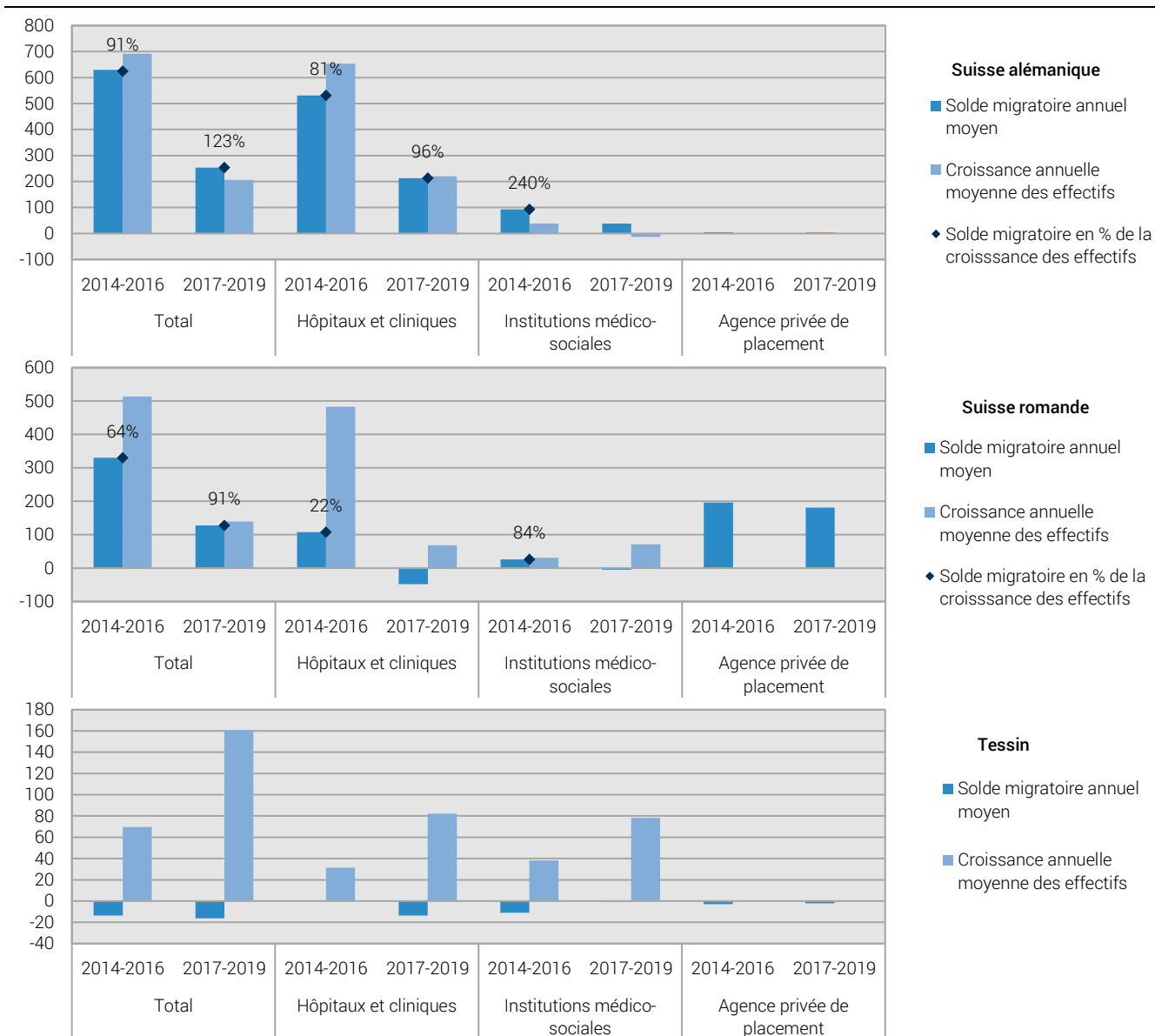
Si l'on examine le rôle de la migration par région linguistique, on constate qu'en **Suisse alémanique**, la croissance de l'effectif du personnel infirmier dans les hôpitaux a été dans une large mesure couverte par l'apport de la migration, le solde migratoire annuel moyen semblant s'ajuster d'une période à l'autre à l'évolution des besoins (G 8.4). Dans les EMS, l'apport du personnel étranger a dépassé la croissance de l'effectif, indiquant le rôle croissant de cette catégorie de personnel au sein de l'effectif.

C'est en **Suisse romande** que les agences privées de placement jouent véritablement un rôle dans l'emploi de personnel infirmier étranger. En excluant celles-ci de l'analyse, il apparaît au

premier abord que l'apport de la migration n'a contribué qu'à 22% de la croissance de l'effectif dans les hôpitaux entre 2014 et 2016, voire que leur nombre a diminué pendant la période 2017–2019. En tenant compte du personnel étranger employé par des agences privées de placement, le solde migratoire correspond à 64% de la croissance de l'effectif pour la période 2014–2016, et à 91% de cette croissance pour la période 2017–2019.

La situation est bien différente au **Tessin**, où avec un solde migratoire annuel moyen négatif pour les deux périodes, le canton semble avoir réduit sa dépendance envers le personnel migrant, tout en augmentant son effectif.

G 8.4 Professionnels des soins étrangers: Solde migratoire et croissance de l'effectif, selon le domaine d'activité, par région linguistique, de 2014 à 2019



Sources: SEM – Système d'information central sur les migrations (SYMIC) ; OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) © Obsan 2021

8.1.3 Rôle de l'immigration récente

Les données de la statistique des hôpitaux et de la statistique des institutions médico-sociales indiquent qu'en 2019, environ 30% des infirmiers diplômés de ces institutions disposaient d'un diplôme étranger (3.1.3 et 4.1.3). Selon les estimations maximales de l'effectif des professionnels des soins issus de l'immigration récente (cf. Encadré 4), environ un tiers de ces personnes serait venu en Suisse depuis 2015 (T 8.1). Cela signifierait que les deux tiers restants de détenteurs d'un diplôme étranger seraient installés en Suisse depuis plus longtemps, vraisemblablement au bénéfice d'un permis d'établissement. Plus globalement, ces résultats suggèrent que l'immigration récente représenterait 11% au maximum de l'ensemble des professionnels des soins exerçant au sein des hôpitaux et EMS.

Encadré 4 Estimation maximale de l'effectif en professionnels des soins issus de l'immigration récente

Les professionnels des soins immigrant vers la Suisse disposent essentiellement d'un permis frontalier (61% en 2019), d'un permis B (30%) ou d'un permis de courte durée pour une période supérieure à trois mois et inférieure à une année (8%). De plus, la grande majorité de ces migrants bénéficie de l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP). La durée de validité de l'autorisation de séjour pour frontalier correspond à la durée de l'engagement en cas de contrat de travail de moins d'un an et elle est de cinq ans lorsque le contrat de travail valide un engagement d'au moins un an ou plus. L'autorisation de séjour B est pour sa part valable cinq ans. Le permis de séjour de courte durée est délivré aux travailleurs exerçant une activité d'une durée inférieure à un an et supérieure à trois mois, en fonction de la durée du contrat de travail.

Il n'est pas possible de connaître la durée de séjour effective des professionnels de santé migrant en Suisse. Sur la base des critères définis ci-dessus, on peut toutefois formuler une estimation maximale du nombre de professionnels des soins étrangers issus de l'immigration récente engagés en 2019 dans les institutions de santé. On parle ici uniquement de l'immigration récente car on ne connaît pas le nombre de professionnels des soins au bénéfice d'un permis d'établissement C travaillant dans les institutions de santé en Suisse.

L'effectif rapporté dans le T 8.1 (estimation maximale) cumule ainsi le nombre de permis frontaliers et de permis B octroyés en 2019 et au cours des quatre années précédentes et le nombre de permis de courte durée octroyés en 2019.

T 8.1 Professionnels des soins étrangers: Rôle de l'immigration récente au sein de l'effectif (estimation maximale), en 2019

	Estimation maximale de l'effectif des professionnels des soins issus de l'immigration récente	Professionnels des soins avec un diplôme étranger	Part de l'immigration récente parmi les professionnels avec un diplôme étranger	Effectif total dans les institutions	Part de l'immigration récente parmi l'effectif total dans les institutions
Hôpitaux et cliniques	5 690	18 189	31%	61 061	9%
Agence privée de placement	1 630	-	-		
Institutions médico-sociales	1 158	5 807	20%	19 042	6%
Total	8 478	23 996	35%	80 103	11%
Soins ambulatoires	815				
Autres	707				
Formation et recherche	112				
Total	10 112				

Sources: SEM – Système d'information central sur les migrations (SYMIC) ; OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

8.2 Autre personnel de santé

Dans le domaine des soins et de l'accompagnement, les flux migratoires concernent également, mais dans une moindre mesure, le personnel ne disposant pas d'une qualification du degré tertiaire. Sur la période 2009–2019, un solde migratoire annuel moyen de 262 **personnes du domaine des soins et de l'accompagnement du degré secondaire II** (ou équivalent) et de 82 **autres soignants** est à relever (T 8.2). Au total, on peut estimer que près de 4700 soignants issus de l'immigration récente (estimation maximale) composent en 2019 l'effectif du personnel soignant des degrés secondaires II et autre au sein des institutions de santé.

Dans le registre SYMIC, les **professions de la thérapie** comprennent principalement les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Entre 2009 et 2019, le solde migratoire annuel moyen est de 385, principalement au bénéfice du domaine ambulatoire (par exemple cabinets, 60%) et dans une moindre mesure, des hôpitaux et cliniques (23%). L'effectif issu de l'immigration récente est estimé à un maximum de 3667 personnes.

Le poids de la migration est moindre dans le **domaine-mé-dico-technique** où un solde migratoire annuel moyen de 55 personnes est relevé. Il peut toutefois s'agir de profils qualifiés importants pour le bon fonctionnement des hôpitaux où ils sont principalement engagés (80% du solde migratoire moyen).

Avec un solde migratoire annuel moyen de 35 personnes, le rôle de la migration semble aussi particulièrement important pour les **sages-femmes**. L'effectif issu de l'immigrations récente est estimé à un maximum de 389 personnes, ce qui représente 13% de l'ensemble des sages-femmes actives en Suisse.

La catégorie « **autre personnel** » désigne ici les « Aides familiales, communales ou non ». Principalement actives dans le domaine ambulatoire (77%), il est possible que ces personnes délivrent en fait des services aux particuliers (par exemple comme aide à domicile). L'effectif concerné est toutefois relativement modeste (estimation maximale de l'effectif issu de l'immigration récente de 264 personnes).

T 8.2 Personnel de santé étranger: Caractéristiques des mouvements migratoires, moyenne sur la période 2009–2019, Suisse

Professions des soins du degré secondaire II		Autre personnel soignant	
Solde migratoire annuel moyen	262	Solde migratoire annuel moyen	82
% Agences privées de placement	60%	% Agences privées de placement	36%
% Institutions médico-sociales	22%	% Institutions médico-sociales	28%
% Hôpitaux et cliniques	21%	% Hôpitaux et cliniques	20%
Nombre annuel moyen d'entrées	791	Nombre annuel moyen d'entrées	176
Nombre annuel moyen de sorties	529	Nombre annuel moyen de sorties	94
Estimation max. de l'effectif issu de l'immigration récente (2019)	3 959	Estimation max. de l'effectif issu de l'immigration récente (2019)	739
Professions de la thérapie		Professions médico-techniques	
Solde migratoire annuel moyen	385	Solde migratoire annuel moyen	55
% Soins ambulatoires	60%	% Soins ambulatoires	80%
% Hôpitaux et cliniques	23%	% Hôpitaux et cliniques	9%
% Autre	15%	% Autre	8%
Nombre annuel moyen d'entrées	739	Nombre annuel moyen d'entrées	87
Nombre annuel moyen de sorties	354	Nombre annuel moyen de sorties	52
Estimation max. de l'effectif issu de l'immigration récente (2019)	3 667	Estimation max. de l'effectif issu de l'immigration récente (2019)	431
Sages-femmes		Autre personnel	
Solde migratoire annuel moyen	36	Solde migratoire annuel moyen	19
% Hôpitaux et cliniques	76%	% Hôpitaux et cliniques	77%
% Institutions médico-sociales	11%	% Institutions médico-sociales	15%
% Soins ambulatoires	8%	% Soins ambulatoires	6%
Nombre annuel moyen d'entrées	87	Nombre annuel moyen d'entrées	48
Nombre annuel moyen de sorties	52	Nombre annuel moyen de sorties	29
Estimation max. de l'effectif issu de l'immigration récente (2019)	389	Estimation max. de l'effectif issu de l'immigration récente (2019)	264

Source: SEM – Système d'information central sur les migrations (SYMIC)

© Obsan 2021

8.3 Reconnaissances des diplômes

Comme les données concernant les flux migratoires pour les personnels médico-techniques et médico-thérapeutiques ne permettent pas de distinguer les professions, il est utile d'également examiner les données ayant trait aux reconnaissances de diplômes. Celles-ci constituent plutôt un indicateur de l'intention de migrer. On s'attend alors à ce que le nombre de reconnaissances de diplômes soit supérieur aux migrations effectives, tous les individus ne concrétisant pas leur projet migratoire. Il est toutefois à noter que pour les professions de la santé non-universitaire, il n'est pas forcément indispensable de faire reconnaître son diplôme pour être engagé par une institution de santé en Suisse. Par contre, il peut s'agir d'une condition pour exercer sous sa propre responsabilité. Il n'est donc pas possible de savoir dans quel mesure les données sur les reconnaissances de diplômes reflètent les flux migratoires effectifs.

Le tableau T 8.3 rapporte le nombre de titres professionnels étrangers reconnus par la Croix-Rouge suisse. Il est complété par les reconnaissances de titres qui ne sont pas effectués par la Croix-Rouge suisse mais figurant dans le registre NAREG (concerne les logopédistes, les optométristes et les opticiens et opticiennes).

Pour les soins infirmiers, sur la période 2009–2019, on observe une tendance à la hausse du nombre de reconnaissances de diplômes effectuées (à l'exception de l'année 2017) qui contraste avec la tendance à la baisse de l'immigration observée.

Les reconnaissances de diplôme sont également en augmentation pour les sages-femmes. Il est à noter que pour les formations en soins infirmiers et de sage-femme, une reconnaissance automatique des diplômes européens est prévue par la directive 2005/36/CE.

Une tendance à la hausse du nombre de reconnaissances s'observe également pour les professions médico-techniques. En comparaison avec les technicien/nes en analyse biomédicale ainsi qu'en radiologie médicale, le nombre de reconnaissance de diplômes pour les technicien/nes en salle d'opération s'avère moindre.

Dans le domaine médico-thérapeutique, environ 400 physiothérapeutes ont chaque année fait reconnaître leur diplôme en Suisse entre 2011 et 2014. Il est possible que la hausse du nombre de reconnaissances observée à partir de 2015 s'explique en partie par la mise en œuvre du registre NAREG. Le nombre plus élevé de reconnaissances effectuées en 2019 peut s'expliquer par le renforcement des exigences pour l'obtention d'un numéro RCC permettant la facturation à l'assurance maladie de base.

Pour les logopédistes, opticiennes et opticiens, et optométriste, les personnes ayant obtenu ou fait reconnaître leur diplôme avant 2015 ne sont pas systématiquement recensées dans le registre.

Dans le domaine de l'optique, le nombre particulièrement élevé de reconnaissances de diplômes effectuées en 2018 et en 2019 peut finalement être relevé.

T 8.3 Personnel de santé étranger: Nombre de reconnaissances de diplômes, de 2009 à 2019

Domaine	Profession	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Soins	Soins infirmiers	1 458	1 257	1 892	1 791	2 073	2 380	2 626	2 677	2 069	2 660	2 405
Sage-femme	Sage-femme	47	47	65	59	73	75	90	125	125	135	103
Médico-technique	Analyses biomédicales	7	9	22	25	49	43	53	68	41	33	76
	Technique en radiologie médicale	4	22	26	33	63	58	58	52	66	67	76
	Technique opératoire	9	2	8	10	2	5	13	24	13	11	7
Médico-thérapeutique	Sauvetage	25	19	38	37	37	20	35	20	24	26	10
	Physiothérapie	382	326	414	399	414	435	520	614	532	460	701
	Ergothérapie	124	99	89	81	72	60	83	104	97	84	123
	Diététique	19	18	21	18	13	19	15	5	5	14	22
	Logopédie	10	7	8	11	7	9	59	70	61	62	54
	Massage médical	25	6	22	18	17	23	25	19	10	7	4
Optique	Podologie	4	6	2	7	11	13	11	14	12	17	12
	Optométrie	0	0	0	2	1	2	4	8	11	2	12
	Orthoptique	0	0	0	1	0	1	4	4	6	10	8
	Optique	70	76	135	50	13	36	105	65	74	142	196
Soins dentaires	Hygiène dentaire	11	4	4	21	11	29	11	25	19	26	19

Source: CRS - Registre national des professions de la santé (NAREG)

© Obsan 2021

9 Besoins et offre de relève

Ce chapitre vise à estimer **dans quelle mesure la relève du personnel de soins et d'accompagnement permettra de couvrir les besoins des institutions de santé à l'horizon 2029**. L'analyse se concentre ici sur le personnel des degrés tertiaire et secondaire II et prend pour point de départ l'année 2019. Afin d'obtenir une vision aussi complète que possible des facteurs susceptibles d'influencer l'offre et les besoins de relève, plusieurs scénarios et hypothèses composent notre modèle.

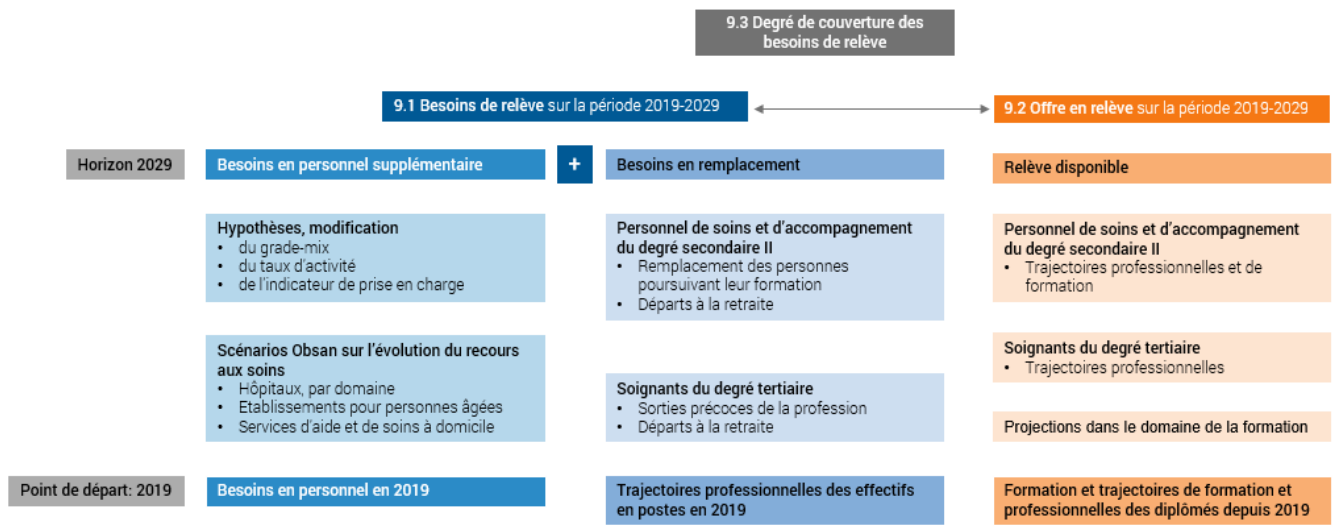
Pour le calcul des **besoins de relève**, on considère les **besoins de personnel supplémentaire**, liés à l'évolution du recours aux soins ainsi qu'aux caractéristiques de l'activité du personnel, et les **besoins de remplacement** liés départs à la retraite, aux sorties précoces de la profession et aux trajectoires de formation. **L'offre de relève** est définie par l'activité de formation (nombre de titres

délivrés), de laquelle est déduite la part de diplômés n'intégrant pas le marché du travail, n'exerçant pas sa profession au sein d'une institution de santé, ou poursuivant sa formation.

L'incertitude est inhérente à tout modèle de projection et les résultats obtenus ne permettent pas de préjuger de l'évolution réelle des besoins et de l'offre de relève. Ce modèle fournit toutefois des indications précieuses en présentant les évolutions attendues sous réserve que les hypothèses sous-jacentes se réalisent mais aussi la variabilité des futurs possibles ainsi que la contribution des différents facteurs à la variabilité des projections.

Dans ce chapitre, les résultats sont arrondis à la centaine. D'une part, ceux-ci sont rendus plus intelligibles et d'autre part, l'incertitude liée aux projections ne justifie pas un degré de précision à l'unité près.

G 9.1 Modèle de projection de l'offre et des besoins de relève entre 2019 et 2029



Modèle Obsan

© Obsan 2021

9.1 Besoins de relève à l'horizon 2029

9.1.1 Besoins de personnel supplémentaire

Le calcul des besoins supplémentaires de personnel de soins et d'accompagnement repose sur les **projections concernant le recours futur aux soins**. Celles-ci tiennent compte des évolutions envisagées quant à la croissance de la population (scénarios démographiques) et à son état de santé (scénarios épidémiologiques) pour la période 2019-2035.

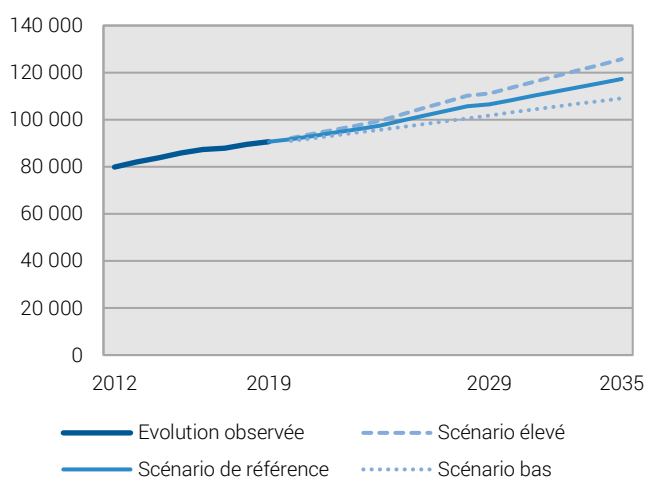
L'incertitude liée à la seule évolution démographique est un peu plus grande que celle se rapportant à la seule évolution épidémiologique (cf. T 9.1 et T 9.2). Le scénario de référence, qui associe les scénarios démographique et épidémiologique moyens

prévoit un besoin supplémentaire de 15 900 professionnels des soins du degré tertiaire et de 12 600 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement du degré secondaire II (G 9.2). En combinant le scénario bas quant à l'évolution de la population et une évolution épidémiologique favorable, le besoin supplémentaire est estimé à 11 200 personnes pour le degré tertiaire et à 8 300 personnes pour le degré secondaire II. Avec le scénario démographique élevé et une évolution épidémiologique défavorable, ce besoin supplémentaire est estimé à 20 600 personnes pour le degré tertiaire et à 17 100 personnes pour le degré secondaire II.

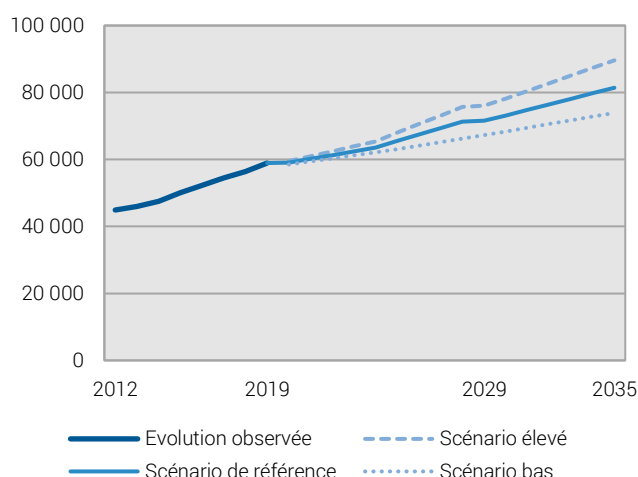
Les fourchettes hautes et basses représentent ici l'étendue de l'incertitude quant à l'évolution des besoins de personnel supplémentaire et peuvent être associées à des valeurs minimales et maximales.

G 9.2 Évolution des besoins de personnel de soins et d'accompagnement dans les institutions de santé, évolution observée (de 2012 à 2019) et scénarios de projections (de 2020 à 2035)

Soignants du degré tertiaire (personnes)



Personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II (personnes)



	Soignants du degré tertiaire					Personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II			
	Évolution observée		Projections (différence avec 2019)			Évolution observée		Projections (différence avec 2019)	
	2012	2019	2029	2035		2012	2019	2029	2035
	79 900	90 600			44 900	58 900			
Scénario bas			101 800	109 100	Scénario bas			67 300	73 900
			+ 11 200	+ 18 400				+ 8 300	+ 15 000
Scénario de référence			106 500	117 300	Scénario de référence			71 600	81 400
			+ 15 900	+ 26 700				+ 12 600	+ 22 500
Scénario élevé			111 200	125 700	Scénario élevé			76 100	89 600
			+ 20 600	+ 35 100				+ 17 100	+ 30 700

Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© Obsan 2021

9.1.2 Effets d'une modification du grade-mix, du taux d'activité et de la prise en charge des patients

Le calcul des besoins supplémentaires de personnel repose sur l'hypothèse que le taux d'activité, le grade-mix et les indicateurs de prise en charge (nb de personnes du domaine des soins et de l'accompagnement par cas [hôpitaux]/résident [EMS]/client [SASD]) resteront constant à l'horizon 2029. Afin d'évaluer l'effet d'une modification de chacun de ces paramètres sur les besoins futurs de personnel, différentes hypothèses sont intégrées au modèle de projection (cf. Encadré 5). Ces hypothèses présentent des évolutions relevant du domaine du possible. Elles sont toutefois présentées à titre indicatif et ne sont pas intégrées au calcul des besoins de relève.

Si les soignants du degré tertiaire occupaient une place plus importante au sein du **grade-mix** (substitution de deux points de pourcentage à du personnel du degré secondaire II), le besoin supplémentaire de personnel de ce niveau de formation à l'horizon 2029 serait de 20 200 personnes. Avec une diminution de deux points de pourcentage de ce type de personnel au sein du grade-mix, le besoin de personnel supplémentaire serait par

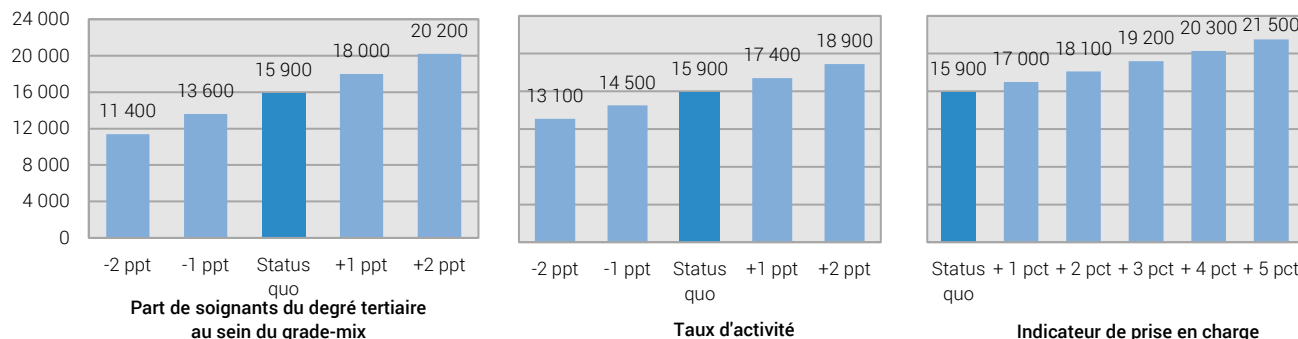
contre de 11 400 personnes. Pour le personnel du degré secondaire II, 16 900 personnes supplémentaires seraient nécessaires pour occuper une place plus importante au sein des équipes de soins, et 8 300 si la part de ce personnel diminuait (variation de deux points de pourcentage).

Si à l'horizon 2029, le **taux d'activité moyen** augmentait de deux points de pourcentage, les besoins supplémentaires en soignants du degré tertiaire augmenteraient de 13 100 personnes plutôt que de 15 900. Pour le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II, une telle hausse du taux d'activité ferait passer le besoin de personnel supplémentaire de 12 700 à 10 700 personnes. À l'inverse, une diminution de deux points de pourcentage du taux d'occupation moyen entrainerait un besoin supplémentaire de 18 900 soignants du degré tertiaire et de 14 600 personnes du degré secondaire II.

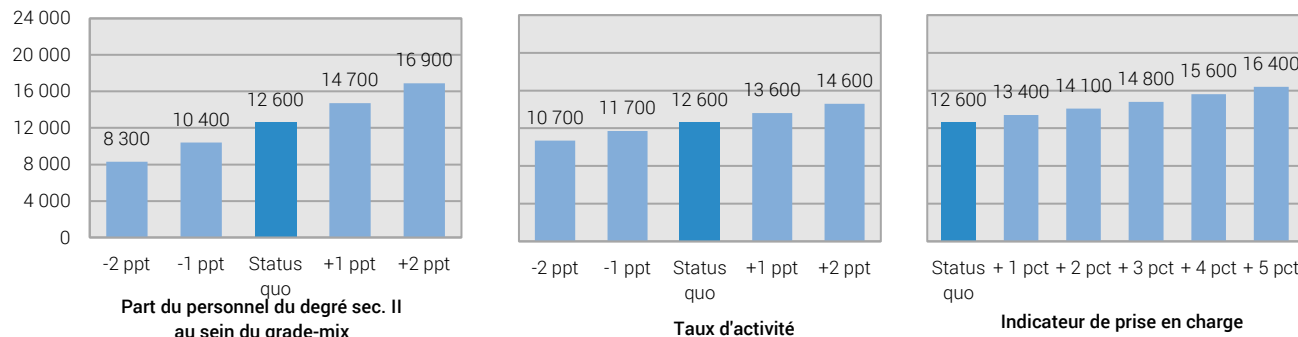
Finalement, si la hausse de la complexité des cas et des tâches en lien avec la prise en charge entraîne une hausse de cinq pourcents de **l'indicateur de prise en charge** (ratio « nb de personnes du domaine des soins et de l'accompagnement par cas/résident/client »), ce sont 21 500 soignants du degré tertiaire supplémentaires et 16 400 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement du degré secondaire II qui seront nécessaires à l'horizon 2029.

G 9.3 Besoins de personnel supplémentaire dans les institutions de santé sur la période 2019-2029, hypothèses concernant l'évolution du grade-mix, du taux d'activité et de la prise en charge des patients

Soignants du degré tertiaire (personnes)



Personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II (personnes)



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) © Obsan 2021

Scénarios épidémiologique et démographique de référence

Indicateur de prise en charge: nb de personnes des soins et de l'accompagnement par cas (hôpitaux)/résident (EMS)/client (SASD)

Encadré 5 Hypothèses concernant l'évolution du **grade-mix**, du **taux d'activité** et de la **prise en charge des patients**

Avec l'arrivée des nouvelles formations du degré secondaire II (ASSC et aides en soins et accompagnement), le **grade-mix** du personnel de soins et d'accompagnement a évolué ces dernières années. Ceux-ci se sont tant substitués à du personnel moins qualifié que plus qualifié (cf. G 12.2, p.97). D'une part, il est possible que dans les années à venir, le personnel de soins et d'accompagnement du secondaire II prennent une place encore plus importante au sein des équipes de soins. D'autre part, le potentiel de substitution est limité par les impératifs de sécurité des patients. De plus, l'augmentation des situations de soins complexes pourrait encore renforcer le besoin de personnel soignant du degré tertiaire. Les résultats présentés montrent les effets d'une substitution à l'horizon 2029 allant jusqu'à deux points de pourcentage entre les personnes du degré tertiaire et celles du degré secondaire II.

Les évolutions récentes indiquent une stabilité du **taux d'activité** dans les hôpitaux, et une légère hausse dans le domaine des soins de longue durée. En fonction des préférences du personnel, de la capacité des institutions à y répondre et du contexte économique, il est toutefois possible que ce taux évolue dans les années à venir. D'un côté, les horaires atypiques peuvent engendrer une fatigue expliquant un souhait de travailler à temps partiel. De plus, les contraintes légales quant aux temps de repos et de récupération peuvent rendre difficile l'emploi de personnel à temps complet. D'un autre côté, un contexte économique plus difficile pourrait inciter des personnes à augmenter leur taux d'activité. Les résultats présentent les effets d'une hausse ou d'une baisse allant jusqu'à deux points de pourcentage du taux d'activité.

Afin de rendre compte de l'activité du personnel, un ratio « nb de personnes du domaine des soins et de l'accompagnement par cas (hôpital)/résident (EMS)/client (SASD) » est calculé sur la base des données 2019. Ce ratio ne rend toutefois pas compte de tendances telles que l'accroissement de la lourdeur des cas, ou l'extension du périmètre des tâches des soignants. Sur la période 2012-2019, cet indicateur de prise en charge a effectivement diminué pour les hôpitaux et les établissements pour personnes âgées (voir T 14.11). Afin de rendre compte de l'effet d'une hausse des tâches liées à la **prise en charge des patients**, une hypothèse prévoyant une hausse allant jusqu'à cinq pourcents des besoins de personnel par cas/résident/client est présentée.

9.1.3 Besoins de remplacement

En considérant uniquement l'âge et le sexe du personnel de soins et d'accompagnement employé en 2019, le **départ à la retraite** de 20 800 soignants du degré tertiaire est attendu à l'horizon 2029, soit 23% de l'effectif en poste en 2019. Pour le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II, 11 600 départs à la retraite sont attendus à l'horizon 2029, ce qui correspond à 19% de l'effectif en poste en 2019.

Il s'agit toutefois d'également tenir compte des **sorties précoces de la profession**. Pour le **personnel soignant du degré tertiaire**, celles-ci peuvent être appréhendées grâce aux données du relevé structurel (voir chapitre 2.4.2). À l'horizon 2029, on estime ainsi que 14 300 soignants quitteront de façon précoce leur profession. Comme il s'agit en partie de personnes qui auraient atteint l'âge de la retraite jusqu'en 2029¹³, les départs effectifs à la retraite calculés se réduisent de 20 800 à 13 200 personnes. Dans l'ensemble, ce sont 27 500 soignants du degré tertiaire qu'il s'agira de remplacer à l'horizon 2029 si les taux de sortie par classe d'âge restent constants.

Des hypothèses sont de plus formulées pour rendre compte d'une hausse ou d'une baisse du taux de sortie précoce de la profession (environ +/-2,5 ppt par classe d'âge, voir chapitre 2.4.2). Dans l'hypothèse d'une meilleure fidélisation des soignants du degré tertiaire, un besoin de remplacement de 24 700 personnes est escompté. À l'inverse, une hausse des sorties de la profession pourrait entraîner le besoin de remplacer 30 300 soignants du degré tertiaire.

Pour le **personnel du degré secondaire II**, le taux de sorties précoces de la profession ne peut être calculé, faute de données disponibles. Sont tout de même inclus dans les besoins de remplacement, les 3000 employés des EMS du degré secondaire II désignés comme étant en formation car il est probable que ces personnes soient en **transition vers un titre du degré tertiaire**.

9.1.4 Besoins de relève

Les besoins de relève à l'horizon 2029 sont définis par l'**addition des besoins de personnel supplémentaire** (en lien avec les évolutions démographiques et épidémiologiques) **ainsi que des besoins de remplacement** des personnes quittant la profession (avant ou à l'âge de la retraite). Selon le **scénario de référence**, les besoins de relève à l'horizon 2029 en soignants du degré tertiaire sont estimés à 43 400 personnes, soit une moyenne d'environ 4300 personnes par année. Pour le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II, le besoin de relève calculé s'élève à 27 100 personnes, soit une moyenne d'environ 2700 personnes par année.

Pour le personnel du degré tertiaire, la **fourchette basse** associe d'une part les besoins de personnel supplémentaire définis par les scénarios démographiques et épidémiologiques entraînant la hausse la plus contenue des besoins de personnel et d'autre part

¹³ Le taux de sortie de la profession est de 47,3% chez les 55-59 ans et de 65,1% chez les 60-64 ans (cf. chapitre 2.4.2, p.14).

l'hypothèse optimiste prévoyant une diminution des sorties précoces de la profession. Il en résulte un besoin de relève à l'horizon 2029 de 35 900 soignants, soit près de 3600 personnes par année. Pour le personnel du degré secondaire II, la fourchette basse n'est influencée car par les scénarios démographique et épidémiologique retenus. Le besoin de relève correspondant est de 22 800 personnes, soit près de 2300 personnes par année.

Quant à la **fourchette haute**, elle associe pour les soignants du degré tertiaire les besoins de personnel supplémentaires découlant des scénarios démographiques et épidémiologiques entraînant la hausse la plus forte des besoins de personnel avec des besoins de remplacement augmentés par une hausse des sorties précoces de la profession. À l'horizon 2029, cette combinaison découle sur un besoin de relève de 50 900 soignants, soit près de 5100 personnes par année. Pour le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II, la fourchette basse, définie par les seuls scénarios démographique et épidémiologique, induit un besoin de relève de 31 600 personnes, soit un peu moins de 3200 personnes par année.

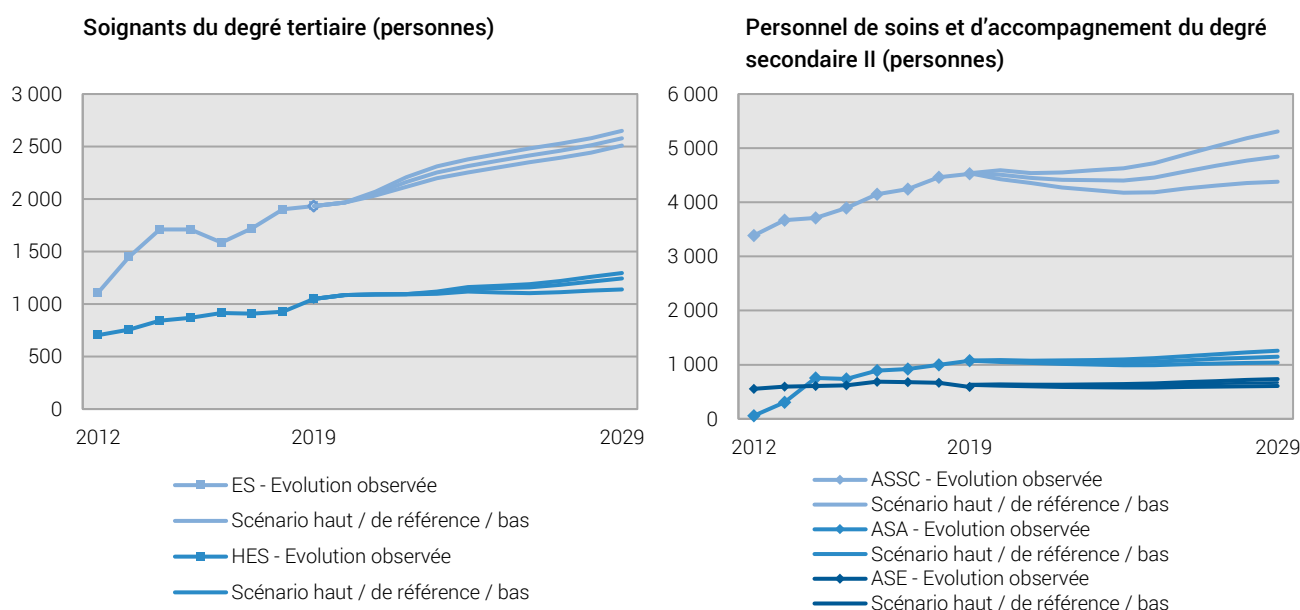
9.2 Offre de relève à l'horizon 2029

9.2.1 Projections dans le domaine de la formation

Au **degré tertiaire**, les personnes diplômées ES et HES dans le domaine des soins infirmiers constituent l'offre de relève brute. Le scénario de référence développé par l'OFS table sur l'octroi d'un total de 37 500 titres sur la période 2019-2029, 36 600 selon le scénario bas et 38 300 selon le scénario haut. Ces nombres correspondent à une hausse du nombre de titres délivrés d'environ 28% entre 2019 et 2029. Ces scénarios reflètent les évolutions démographiques attendues ainsi que les tendances observées dans les parcours de formation. Leur réalisation dans le domaine des soins infirmiers est toutefois conditionnée par les choix d'orientation des étudiants ainsi que par la disponibilité d'un nombre suffisant de places de formation pratique.

Au **degré secondaire II**, l'offre de relève brute se compose des diplômés pour les titres d'assistants en soins et santé communautaire (CFC), d'assistant socio-éducatif (options généraliste et accompagnement des personnes âgées) (CFC) et d'aide en soins et accompagnement (AFP). Ces trois formations prises ensemble, 6200 titres ont été délivrés en 2019. Le scénario de formation de référence prévoit qu'entre 2019 et 2029, le nombre de titres octroyés augmentera de 8%. Le scénario de formation élevé table sur une hausse de 18% alors que le scénario de formation bas prévoit une baisse de 3%. Sur la période 2019-2029, ce sont donc 68 800 titres du secondaire II dans le domaine des soins et de l'accompagnement qui devraient être délivrés selon le scénario de formation de référence, 72 300 selon le scénario de formation élevé et 65 300 selon le scénario bas

G 9.4 Scénarios de formation à l'horizon 2029 pour les professions des domaines des soins et de l'accompagnement



ASE: uniquement options généralistes et accompagnement des personnes âgées

Source: OFS – Perspectives de la formation

© Obsan 2021

9.2.2 Trajectoires professionnelles des soignants du degré tertiaire

Selon les données de l'enquête sur la formation professionnelle supérieure 2019 de l'OFS (eHBB 2019), 91,0% des personnes ayant acquis en 2018 un titre en soins infirmiers dans une ES exerçaient la profession d'infirmier/ère une année après l'obtention de leur diplôme.

Pour les diplômés en soins infirmiers des HES, ce taux d'entrée dans la profession à une année peut être estimé à 92,8% pour la volée 2014 (enquête auprès des personnes diplômées des hautes écoles suisses (EHA), OFS). Ce taux comprend les personnes exerçant comme infirmier/ère (84,3%) ainsi que celles actives en tant que « autre personnel soignant » (8,5%). On considère ici que les personnes se désignant comme « autre personnel soignant » exercent une activité correspondant à leur formation, mais ne se désignent pas comme « infirmier/ère », par exemple pour des questions de terminologie.

Il faut ensuite tenir compte du fait que ces personnes ne sont pas forcément engagées par les institutions de santé pour lesquelles les besoins de relève sont ici calculés. Une analyse des données de l'eHBB 2019 indique que les hôpitaux, établissements pour personnes âgées et SASD emploient 89,5% des infirmières et infirmiers entrés dans la profession, les 10,5% restants étant actifs dans d'autres types d'organisations (écoles, laboratoires médicaux, institutions pour personnes handicapées, p.ex.).

Dans l'ensemble, on peut ainsi estimer **qu'une année après l'obtention du titre en soins infirmiers (ES et HES), 82% des diplômés exercent leur profession au sein d'une institution de santé.**

Comme pour le personnel en poste, il s'agit finalement de tenir compte des sorties précoces de la profession. Celles-ci ne peuvent être approchées que de façon indirecte, sur la base des données EHA d'une part, et du relevé structurel 2016-18 d'autre part. Ainsi, si une année après le diplôme, 92,8% des diplômés exerçaient leur profession sur le marché du travail, ce pourcentage n'évolue que peu cinq ans après l'obtention du titre, passant à 91,4%. Les données du relevé structurel suggèrent néanmoins qu'entre les classes d'âge « 25-29 ans », « 30-34 ans » et « 35-39 ans », les sorties de la profession augmentent rapidement (voir chapitre 2.4.2). Pour le calcul de l'offre de relève, aucun taux de sortie annuel de la profession n'est appliqué dans les cinq ans suivant l'obtention du diplôme, et un taux de sortie de 5% est appliqué pour les cinq années suivantes.

En tenant compte non seulement des entrées dans la profession au sein des institutions de santé, mais également des sorties précoces de la profession, on peut ainsi estimer que **parmi les personnes diplômées sur la période 2019-2029, 77% seront effectivement disponibles pour les institutions de santé en 2029¹⁴.**

¹⁴ Une autre étude (Schaffert et Bänziger, 2021) rend compte d'un taux de maintien dans la profession plus élevé (horizon temporel de six ans) mais l'écart observé s'explique par des différences méthodologiques.

9.2.3 Trajectoires de formation et professionnelles du personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II

Dans le domaine des soins, la perméabilité du système de formation permet notamment aux détenteurs d'un titre du degré secondaire II de poursuivre leur formation au degré tertiaire. Cette fonction de tremplin joue un rôle important dans l'alimentation des filières de formation au degré tertiaire. Si les personnes effectuant de telles trajectoires ne sont pas perdues pour le domaine des soins, elles sont cependant à retirer de l'offre de relève disponible pour le degré secondaire II.

Les trajectoires de formation des **assistants en soins et santé communautaire** (ASSC) ayant obtenu leur diplôme en 2012 ont fait l'objet de plusieurs analyses. Selon les données du programme de l'OFS « analyses longitudinales dans le domaine de la formation » (LABB), 48% de ces diplômés avaient poursuivi leur formation au degré tertiaire dans les six années suivantes. Dans l'enquête réalisée par Trede et Grønning (2018), un taux de transition au degré tertiaire de 54% à quatre ans est observé. De plus, cette étude indique que 5% des répondants ne sont pas actifs sur le marché du travail (ni en formation) et que 15% ont changé de branche d'activité. Afin de calculer l'offre de relève effectivement disponible pour le système de santé, on retient donc ici, sur la base des résultats de Trede et Grønning, un taux de maintien dans la profession de 26% à cinq ans¹⁵.

Pour les **aides en soins et accompagnement**, les données LABB indiquent un taux de transition au degré supérieur comparable à celui des ASSC (43% dans les quatre ans pour la volée 2014). Afin d'également tenir compte des sorties du marché du travail et des changements de branche, un taux de maintien dans la profession de 26% est également appliqué, par analogie avec la démarche retenue pour les ASSC.

Quant aux **assistants socio-éducatifs** (options généraliste et accompagnement des personnes âgées), les données LABB indiquent un taux de passage au degré tertiaire de 23% dans les six années suivant le titre pour la volée 2012. Par analogie avec les ASSC, un taux de sortie du travail ou de changement de branche de 20% dans les quatre ans suivant le titre est également appliqué.

Dans l'ensemble, on estime que sur les 68 800 personnes qui selon le scénario de référence, seront formées au degré secondaire II dans le domaine des soins et de l'accompagnement sur la période 2019-2029, **21 600 composeront la relève effectivement disponible en 2029 au degré secondaire II pour les institutions de santé (soit 31% des titres délivrés)**. Ce nombre passe à 20 600 avec le scénario de formation bas et à 22 600 avec le scénario de formation élevé.

Il est à noter que ce calcul est une estimation qui ne tient pas compte des entrées et sorties de la profession au-delà des cinq ans suivant l'obtention du titre. De plus, les taux de transition vers

¹⁵ Les données disponibles permettent de faire évoluer le taux de maintien en emploi dans les cinq ans suivant le titre (41% un an après, 34% dans les deux ans, 28% dans les trois ans, 25% dans les quatre ans et 26% dans les cinq ans).

le degré de formation supérieur appliqués sont ceux observés pour la volée 2012. Comme ce domaine de formation est très dynamique, il est possible que les trajectoires de formation évoluent différemment à l'avenir.

9.3 Mise en perspective des besoins et de l'offre de relève à l'horizon 2029

9.3.1 Soignants du degré tertiaire

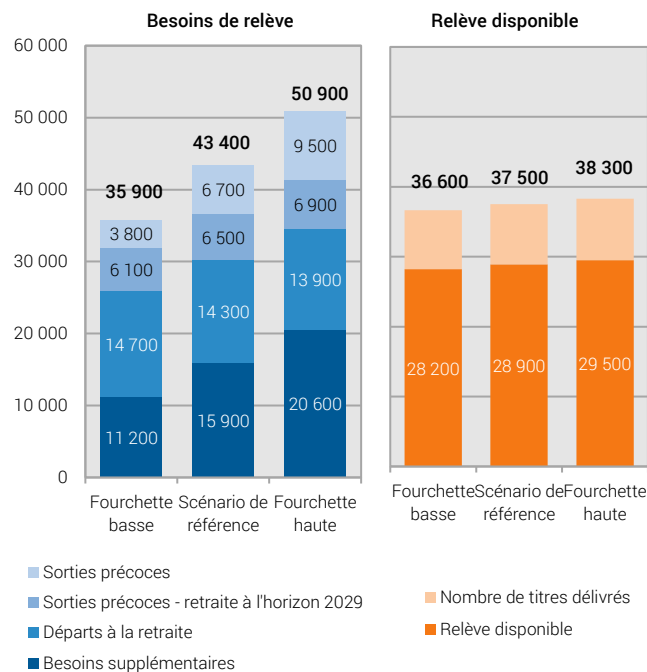
À l'horizon 2029, les scénarios de référence tablent donc sur un besoin de relève de 43 400 personnes pour une offre de relève de 28 900 personnes. Cela correspond à un **degré de couverture des besoins de 67%**. Dans les analyses précédemment menées, un degré de couverture de 43% du nombre de diplômés de 2014 comparé aux besoins annuels de relève à l'horizon 2025 a été calculé (CDS et OdaSanté, 2016). La méthodologie ayant été modifiée sur plusieurs points, ces résultats ne sont cependant pas comparables. Par exemple, le degré de couverture calculé en 2016 ne tenait pas compte de l'augmentation attendue du nombre de titres délivrés. La méthode de calcul des sorties précoces de la profession a également été affinée.

Selon le modèle développé, l'évolution démographique et épidémiologique de la population est susceptible de passablement faire varier les besoins de personnel supplémentaire. La fourchette envisagée va de 11 200 à 20 600 personnes supplémentaires nécessaires. À cela s'ajoute un besoin de remplacement incompressible avec les départs à la retraite de 20 800 personnes à l'horizon 2029. La propension à quitter prématurément la profession constitue un autre facteur susceptible de faire varier les besoins de relève.

Du côté de l'offre de relève, les différents scénarios de formation de l'OFS diffèrent relativement peu. Une plus grande incertitude caractérise les trajectoires d'entrée et de maintien dans la profession.

Ces résultats indiquent qu'en théorie, la Suisse devrait pouvoir former à l'horizon 2029 un nombre de soignants du degré tertiaire permettant de couvrir les besoins de personnel supplémentaire ainsi que les départs à la retraite. L'écart entre l'offre et les besoins de relève tient donc essentiellement aux sorties précoces de la profession et à la perte survenant entre l'acquisition du titre et l'entrée dans la profession dans une institution de santé.

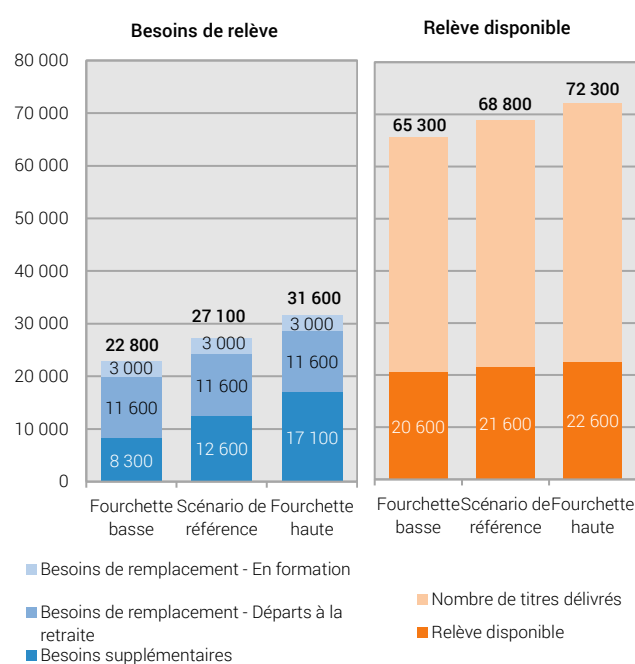
G 9.5 Besoins de relève et relève disponible entre 2019 et 2029: Personnel soignant du degré tertiaire



9.3.2 Personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II

Au degré secondaire II, les scénarios de référence débouchent sur un besoin de relève de 27 100 personnes pour une offre de relève disponible de 21 600 personnes. Le **degré de couverture des besoins est ici de 80%**. Dans les analyses précédemment menées, le degré de couverture calculé était de 75% (Dolder & Grünig, 2016) mais ici également, les différences méthodologiques ne permettent pas de comparer directement les résultats.

G 9.6 Besoins de relève et relève disponible entre 2019 et 2029: Personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II



Source: Modèle de projection Obsan

© Obsan 2021

La relève disponible devrait donc permettre de couvrir les besoins de personnel supplémentaire ainsi qu'une bonne partie des besoins de remplacement. Le taux de couverture dépend toutefois du nombre de personnes supplémentaires rendues nécessaires par les développements démographiques et épidémiologiques. Il faut également rappeler ici que les sorties précoces de la profession n'ont été prises en compte que du côté de l'offre de relève et non des besoins de remplacement. Le taux de couverture calculé est donc vraisemblablement surestimé.

En raison de la fonction de recrutement du degré secondaire II pour le degré tertiaire et parce que d'autres trajectoires professionnelles sont suivies, on estime que 31% des personnes formées dans les soins et l'accompagnement restent disponibles au degré secondaire II. L'hypothèse retenue pour les projections repose sur les trajectoires professionnelles et de formation observés pour la volée 2012 des ASSC. Toutefois, au vu du fort dynamisme caractérisant ce domaine de formation, il est possible que le taux de passage vers une formation du degré tertiaire évolue différemment à l'avenir, sans que l'on ne puisse se prononcer quant au sens de cette évolution. Des modifications des taux de passage au degré tertiaire sont susceptibles d'avoir un impact important sur l'offre disponible de personnel du degré secondaire II.

Encadré 6 Effets de la pandémie de Covid-19

En première ligne face à la pandémie de Covid-19, les soignants ont été mis sur le devant de la scène de façon inédite. Il est encore trop tôt pour évaluer quels seront les effets de cette pandémie sur l'offre et les besoins de personnel mais plusieurs pistes peuvent être esquissées.

D'un côté, la surmortalité survenue en 2020 et en 2021 pourrait diminuer les besoins de soins de longue durée dans les prochaines années. D'un autre côté, on observe que bon nombre de personnes souffrent de séquelles d'un « Covid long », avec un impact possible sur les besoins de prise en charge à moyen, voire long terme. De manière générale, l'augmentation des besoins de personnel est également influencée par la croissance démographique, laquelle est notamment en lien avec le dynamisme économique du pays, via l'immigration. Le degré de reprise économique à l'issue de la crise influencera donc également les besoins de personnel.

Une autre question concerne l'effet de la pandémie sur le taux de maintien dans la profession. La pénibilité accrue du travail pourrait inciter un plus grand nombre de personnes à quitter leur activité, mais un contexte économique tendu offrant moins d'opportunités professionnelles pourrait aussi favoriser le maintien en emploi. De la même manière, les aspirations en terme de taux d'activité pourraient évoluer, dans un sens comme dans l'autre. Une étude de l'université de Berne a montré que les défis rencontrés au cours de la première vague de Covid-19 avaient amené les soignants interrogés à éprouver une plus grande motivation au travail (Arnold et Posch, 2021). Cette enquête a également montré que la probabilité de rester en poste était plus élevée chez les personnes satisfaites des mesures mises en place par leur hôpital pour améliorer la situation au travail en lien avec le Covid-19, mais que cette probabilité était plus basse chez les personnes ayant été en situation de stress élevé au cours de cette période. Les soignants ayant entre-temps été confrontés à de nouvelles vagues, il est possible que ces appréciations aient depuis évolué.

Par ailleurs, l'impact de la pandémie sur la santé du personnel soignant n'est pas à négliger. Le stress et la fatigue cumulés au fil des mois pourraient découler sur une augmentation des arrêts maladie, notamment de longue durée.

Un dernier aspect concerne le possible attrait renforcé des formations dans le domaine des soins auprès des étudiants. Particulièrement mise en lumière au cours de l'année 2020, la profession est porteuse de sens et offre de bonnes perspectives d'emploi, ce qui pourrait attirer de nouveaux étudiants. La question du maintien en emploi de ces nouveaux étudiants, une fois confrontés aux réalités du terrain, pourrait se poser de façon accrue.

9.4 Limites des résultats

Il convient finalement de rappeler les différentes limites restreignant la portée des résultats présentés. Il s'agit avant tout de **limitations d'ordre méthodologique** en lien avec la précision des données sur lesquelles se base le modèle de projection de l'offre et des besoins de relève.

Cela concerne premièrement les **scénarios démographiques, épidémiologiques et de formation**. Par nature, tous les scénarios comportent une certaine incertitude, appelant à la prudence dans leur utilisation.

Deuxièmement, le modèle s'appuie sur plusieurs **enquêtes**, par exemple pour ce qui concerne les taux de sortie de la profession (enquête représentative) ou les taux d'entrée sur le marché du travail (enquêtes exhaustives volontaires). Ces données peuvent par exemple être influencées par un biais d'auto-sélection. De plus, en raison des différentes nomenclatures existantes, par exemple concernant la profession ou le domaine d'activité, les catégories d'analyse ne correspondent pas forcément exactement à celle utilisées dans le cadre de ce rapport. On considère toutefois que ces imprécisions ne remettent pas en cause le bien-fondé de l'utilisation de ces sources de données.

Troisièmement, un certain nombre d'hypothèses ont dû être formulées afin de construire le modèle. Sur le plan de l'**organisation du travail**, cela concerne par exemple, la constance du grade-mix, du taux d'occupation ou des besoins de personnel par cas/résident/client. Les hypothèses posées ont également trait à la constance des **trajectoires de formation et professionnelles** (entrée sur le marché du travail et maintien dans la profession). Il est en partie tenu compte de cette incertitude dans la présentation des résultats, en examinant l'effet d'une modification de certains de ces paramètres sur l'offre et les besoins de relève.

Plus en amont, une stabilité de l'**organisation du système de santé** est postulée. Or, tout changement structurel, par exemple dans le financement ou l'organisation de la prise en charge des patients est susceptible d'avoir un impact sur l'offre et les besoins de personnel de santé. Parmi les changements structurels possibles figure la question du « virage ambulatoire », thématique dans l'Encadré 7.

En raison de la multiplicité des éléments composant le modèle de projection et de leurs limites inhérentes, il est donc particulièrement important d'appréhender les résultats des projections avec prudence, ceux-ci étant conditionnés par la réalisation des différents scénarios et hypothèses.

En second lieu, l'analyse est limitée au niveau de l'**échelle d'analyse**. Si les résultats présentés procurent une image globale de l'offre et des besoins de relève en Suisse, il n'est pas possible de transposer les conclusions tirées à l'échelle régionale. Les cantons suisses sont en effet confrontés à des réalités bien différentes, que ce soit en terme de structure et de volume de formation ou de possibilités de recours à du personnel étranger. Les politiques liées à la formation et à l'emploi de personnel de santé mises en place à ce jour diffèrent également. Dans ce contexte, il semble donc souhaitable d'examiner la situation spécifique prévalant au sein des cantons. La réalisation de telles analyses est

toutefois rendue difficile par la mobilité intercantonale du personnel de santé pour la formation ou la prise d'emploi.

Encadré 7 Effets du « virage ambulatoire » sur les besoins de personnel de santé

Depuis plusieurs années, un « virage ambulatoire » s'est amorcé en Suisse. Celui-ci se manifeste à différents niveaux. Au sens strict, dans le domaine hospitalier, il a trait à la limitation de la prise en charge stationnaire avec un transfert de prestation vers le secteur ambulatoire (Roth et Pellegrini, 2020). En aval, un transfert vers les SASD est présumé, mais cet effet n'a pas encore fait l'objet d'études. Dans une conception plus large, le virage ambulatoire en milieu hospitalier peut également se référer à l'augmentation des besoins de SASD due au raccourcissement des durées de séjour. Ce transfert a été observé pour la période 2009-2013 (Widmer et Kohler, 2016). Le transfert vers des institutions de type centres de soins doit également être considéré, en particulier pour les patients gériatriques.

Dans le domaine des soins de longue durée, le « virage ambulatoire » désigne l'évolution des politiques de prise en charge consistant à privilégier la prise en charge à domicile à l'entrée en EMS (Dutoit et al. 2016).

Ces différents développements expliquent ainsi la croissance rapide du nombre de personnes travaillant dans les SASD observée pour la période 2012-2019 (cf. 5.1). Pour les années à venir, il faudrait savoir, d'une part, si ces processus de transfert vont se poursuivre et si tel est le cas, dans quelle mesure. D'autre part, on peut se demander quels seront les effets sur les besoins quantitatifs et qualitatifs en personnel de santé dans les différentes institutions de santé. La dimension qualitative est notamment abordée dans le cadre des projets en cours « Abschlüsse Pflege und Betreuung » d'OdASanté et « Gestion des nouvelles compétences des infirmières et infirmiers, requises à l'avenir en soins de longue durée pour la formation » de l'OFSP. De manière générale, ces développements semblent appeler à des besoins de personnel plus qualifié et plus spécialisé au sein des organisations de SASD.

Le virage ambulatoire aura donc certainement un impact sur les besoins futurs de personnel de santé. Toutefois, les enjeux liés à la formation doivent également être mentionnés. En effet, la formation pratique s'effectue à l'hôpital pour une grande partie du personnel soignant de façon à couvrir l'ensemble des champs d'étude. L'hôpital est également le principal lieu de formation pratique pour les professions médico-techniques. Le virage ambulatoire ayant pour effet de limiter le nombre de places de formation, les conditions de formation doivent donc être pensées dans ce contexte.

Finalement, **l'accent a été mis sur les professions du domaine des soins et de l'accompagnement**, avec une distinction par degré de formation (tertiaire et secondaire II). D'un côté, une analyse plus détaillée par degré de formation permettrait de pré-

ciser les compétences nécessaires et disponibles dans les années à venir. Cela vaut pour le degré secondaire II où plusieurs professions ont été considérées ensemble (ASSC, ASE, et ASA) mais aussi pour le degré tertiaire qui comprend de nouvelles voies de formation dans le domaine des soins (p. ex. brevet fédéral d'assistant/e spécialisé/e en soins de longue durée et accompagnement) ainsi que les différentes spécialisations (p. ex. Diplôme EDP

ES en anesthésie, en soins d'urgence ou en soins intensifs). D'un autre côté, il serait utile, à l'avenir, d'étendre le modèle aux professions médico-techniques et médico-thérapeutiques. Cela nécessiterait toutefois au préalable de disposer de données solides concernant le nombre de professionnels actifs et le recours à ces prestataires.

T 9.1 Besoins de relève et relève disponible entre 2019 et 2029: Personnel soignant du degré tertiaire

	Période 2019-2029		
	Fourchette basse	Données de référence	Fourchette haute
Besoins de personnel supplémentaire (combinaisons min. et max. des scénarios épidémiologique et démographique)	11 200	15 900	20 600
Scénarios démographiques (scénario épidémiologique de référence)	12 900	15 900	19 200
Scénarios épidémiologiques (Scénario démographique de référence)	14 800	15 900	17 400
Hypothèses (scénarios démographique et épidémiologique de référence)			
Modification du grade-mix (+/- 2 ppt à l'horizon 2029)	11 400	15 900	20 200
Modification du taux d'activité (+/- 2 ppt à l'horizon 2029)	13 100	15 900	18 900
Modification de la prise en charge des patients (baisse de 5% de l'indicateur de prise en charge à l'horizon 2029)		15 900	21 500
Besoins de remplacement (uniquement personnel en poste en 2019)	24 700	27 500	30 300
Dont départs à la retraite (sans sorties précoces)	20 800	20 800	20 800
Hypothèses sur les sorties de la profession (+/- 2.5 pp par classe d'âge dès 2019)	24 700	27 500	30 400
Dont sorties précoces	9 900	13 200	16 400
Dont départs à la retraite	14 700	14 300	13 900
Besoins de relève dans les institutions de santé (combinaisons min. et max. des besoins de personnel supplémentaire et des besoins de remplacement)	35 900	43 400	50 900
Relève disponible pour les institutions de santé (pour chaque scénario de formation)	28 200	28 200	29 500
Nombre de titres délivrés (scénarios de formation)	36 600	37 500	38 300
Trajectoires professionnelles (pour chaque scénario de formation)	28 200	28 900	29 500
Insertion sur le marché du travail	33 600	34 400	35 100
Activité dans une institution de santé	30 000	30 700	31 300
Sorties de la profession	28 200	28 900	29 500

Source: Modèle de projection Obsan

© Obsan 2021

T 9.2 Besoins de relève et relève disponible entre 2019 et 2029: Personnel de soins et d'accompagnement du degré sec. II

	Période 2019-2029		
	Fourchette basse	Données de référence	Fourchette haute
Besoins de personnel supplémentaire (combinaisons min. et max. des scénarios épidémiologique et démographique)	8 300	12 600	17 100
Scénarios démographiques (scénario épidémiologique de référence)	10 100	12 600	15 300
Scénarios épidémiologiques (scénario démographique de référence)	11 000	12 600	14 400
Hypothèses (scénarios démographique et épidémiologique de référence)			
Modification du grade-mix (+/- 2 ppt à l'horizon 2029)	8 300	12 600	16 900
Modification du taux d'activité (+/- 2 ppt à l'horizon 2029)	10 700	12 600	14 600
Modification de la prise en charge des patients (baisse de 5% de l'indicateur de prise en charge à l'horizon 2029)	-	12 600	16 400
Besoins de remplacement (uniquement personnel en poste en 2019)	14 500	14 500	14 500
Départs à la retraite	11 600	11 600	11 600
Personnes en formation	3 000	3 000	3 000
Besoins de relève dans les institutions de santé (combinaisons min. et max. des besoins de personnel supplémentaire et des besoins de remplacement)	22 800	27 100	31 600
Relève disponible pour les institutions de santé (pour chaque scénario de formation)	20 600	21 600	22 600
Nombre de titres délivrés (scénarios de formation)	65 300	68 800	72 300
Assistants en soins et santé communautaire (CFC)	47 500	50 000	52 600
Aides en soins et accompagnement (AFP)	11 300	11 900	12 500
Assistants socio-éducatifs (options généraliste et accompagnement des personnes âgées) (CFC)	6 600	6 900	7 300
Trajectoires professionnelles et de formation (pour chaque scénario de formation)	20 600	21 600	22 600
Assistants en soins et santé communautaire (CFC)	13 400	14 200	14 900
Aides en soins et accompagnement (AFP)	3 200	3 400	3 500
Assistants socio-éducatifs (options généraliste et accompagnement des personnes âgées) (CFC)	4 000	4 100	4 100

Source: Modèle de projection Obsan

© Obsan 2021

10 Situation actuelle et développements attendus dans le domaine des soins

10.1 Bases

Les rapports nationaux sur les besoins en effectifs 2009 et 2016 ont présenté les mesures prises dans les cantons pour conserver et recruter du personnel et promouvoir la formation pratique dans les professions de la santé non universitaires. Le présent rapport offre un aperçu actualisé de la situation.

Ce rapport est complété par une évaluation des développements attendus dans le domaine des soins et de leurs possibles effets sur les activités de formation au sein des établissements. Pour ce qui concerne les mesures, il se concentre sur la promotion de la formation pratique et du recrutement d'étudiants et d'apprentis dans les professions non universitaires de la santé, et évalue l'efficacité des mesures prises jusqu'ici.

Les résultats des chapitres 10 et 11 se fondent sur une enquête effectuée par la CDS auprès des cantons en janvier-février 2021. Un total de 21 cantons ont accepté de répondre, et la plupart ont choisi d'impliquer les associations cantonales, les institutions et/ou hôpitaux d'une certaine taille, ainsi que l'OrTra cantonale du domaine de la santé. Les réponses données ont été très diverses et dans certains cas, elles ont varié au sein d'un même canton. Dans ce type de cas, les réponses ont été comptabilisées par moitiés, raison pour laquelle on trouve des demi-cantons dans l'analyse des résultats.

L'enquête auprès des cantons a été complétée par un bref sondage effectué entre mars et avril 2021 auprès de sept associations professionnelles concernant la disponibilité du personnel qualifié et les mesures prises dans la pratique ambulatoire.

10.2 Situation actuelle en termes de recrutement dans le secteur institutionnel

La situation actuelle en termes de recrutement est jugée tendue par une majorité de répondants. Les postes ne sont repourvus qu'après un certain temps, moyennant un travail considérable. 1,5 canton annonce pour les hôpitaux et 3,5 pour les EMS et les services d'aide et de soins à domicile que l'on n'arrive pas à pourvoir les postes disponibles, et décrivent la situation du marché du travail comme très tendue. Seul 1,5 canton juge la situation non problématique pour les hôpitaux.

Pour décrire les conséquences de la pénurie de personnel dans les professions non universitaires de la santé, les participants ont été priés d'évaluer les affirmations ci-après.

- « Des postes restent vacants durant une période prolongée »: pour les hôpitaux, 17 cantons sont de cet avis, pour les EMS 16 et pour les services d'aide et de soins à domicile 16 également. Les évaluations sont proches dans les trois domaines de prise en charge.
- « Le recours à du personnel temporaire ou à des agences de recrutement est nécessaire pour pourvoir les postes »: pour les hôpitaux, 14 cantons sont de cet avis, pour les EMS 12 et pour l'aide et les soins à domicile 12 également. Là aussi, les évaluations sont proches dans les trois domaines de prise en charge.
- « Le nombre de collaborateurs détenteurs d'un titre étranger augmente »: 13 cantons sont de cet avis pour les hôpitaux, 11 pour les EMS et 11 également pour l'aide et les soins à domicile. Les évaluations sont proches dans les trois domaines de prise en charge.
- « Inadéquation entre le niveau de formation du personnel engagé et les besoins »: le taux d'approbation varie fortement entre les trois domaines de prise en charge sur ce point. Seuls 3,5 cantons partagent cet avis pour les hôpitaux et les cliniques, 7,5 pour l'aide et les soins à domicile et 10 pour les soins stationnaires de longue durée.
- « Le taux de rotation des effectifs augmente »: 9 cantons sont de cet avis pour les hôpitaux et les cliniques, 10 pour l'aide et les soins à domicile et 10 également pour les soins stationnaires de longue durée. Les évaluations sont proches les unes des autres dans les différents domaines de prise en charge.

Dans l'ensemble, le secteur le plus fortement touché par les difficultés de recrutement semble être celui des établissements pour personnes âgées, un constat que confirme l'étude Swiss Nursing Homes Human Resources Project 2018 (SHURP 2018) de l'Institut für Pflegewissenschaft de l'Université de Bâle (Züñiga et al., 2021). 96% des établissements interrogés font état de difficultés à recruter du personnel de soins. Un peu moins de la moitié du personnel de soins et d'accompagnement juge les effectifs suffisants pour effectuer le travail, contre 58% dans l'étude SHURP 2013. De plus, le personnel de soins et d'accompagnement rapporte plus souvent qu'en 2013 devoir, en raison de contraintes de temps ou de ressources limitées, rationner des activités de la vie quotidienne, telles que la réalisation de soins corporels ou discuter avec des résidents. Par ailleurs, le personnel rend compte d'une augmentation de la charge de travail administratif au cours de l'année écoulée. Cette évolution s'accompagne d'une dégradation du bien-être physique et psychique du personnel de soins et d'accompagnement.

10.3 Situation actuelle en termes de recrutement dans la pratique ambulatoire

Les associations ci-après ont été interrogées sur la situation du recrutement dans la pratique ambulatoire:

- Association professionnelle suisse des techniciennes et techniciens en analyses biomédicales (labmed)
- Association des logopédistes, représentée par la Conférence des associations professionnelles suisses des logopédistes (C-APSL)
- Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA (pendant alémanique de l'Association romande des assistantes médicales, ARAM)
- Association suisse des diététicien/ne/s (ASDD)
- Association suisse des ergothérapeutes (ASE)
- Physioswiss, Association suisse de physiothérapie
- Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) et Soins de longue durée Suisse.

Quatre de ces associations professionnelles (labmed, C-APSL, ASE et ASI) jugent la situation très tendue en termes de recrutement. Les trois autres la jugent tendue. Aucune association ne fait état d'une situation aisée en termes de recrutement. Le tableau T 10.1 permet de visualiser l'appréciation qui est faite des conséquences de ces difficultés de recrutement.

Les évaluations montrent que notamment dans les secteurs des analyses biomédicales et des soins de longue durée, mais également dans les autres secteurs d'activité ambulatoires, la situation est très tendue en termes de recrutement, avec des conséquences considérables.

T 10.1 Conséquences des difficultés de recrutement – appréciations des associations

	labmed	C-APSL	SVA	ASDD	ASE	Physioswiss	ASI et Soins de longue durée
Le nombre de collaborateurs détenteurs d'un diplôme étranger augmente	Oui	Oui	Oui	En partie	Oui	Oui	Oui
Des postes restent longtemps vacants	Oui	Oui	Oui	En partie	Oui	Oui	Oui
Le recours à du personnel temporaire ou à des agences de recrutement devient plus fréquent	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Il y a une certaine inadéquation entre le niveau de formation et les postes	Oui	Oui	Oui	En partie	Oui	Oui	Oui
Le taux de rotation des effectifs s'accroît	Oui	Oui	Oui	En partie	Oui	Oui	Oui

Légende: Oui (orange), En partie (gris), Non (bleu)

Source: Sondage de mars-avril 2021 auprès des sept associations professionnelles sur la disponibilité du personnel qualifié et les mesures prises dans la pratique ambulatoire

10.4 Évolution attendue dans les domaines de prise en charge et conséquences pour la formation pratique dans les établissements

10.4.1 Hôpitaux et cliniques (soins aigus, réhabilitation, psychiatrie)

La mutation perpétuelle que traverse le secteur de la santé se répercute aussi sur les conditions-cadres régissant la formation pratique dans les établissements. Pour pouvoir évaluer les développements à venir, les cantons ont été priés, dans le sondage de la CDS de janvier 2021, de donner leur avis sur les développements et défis ci-après (N=21):

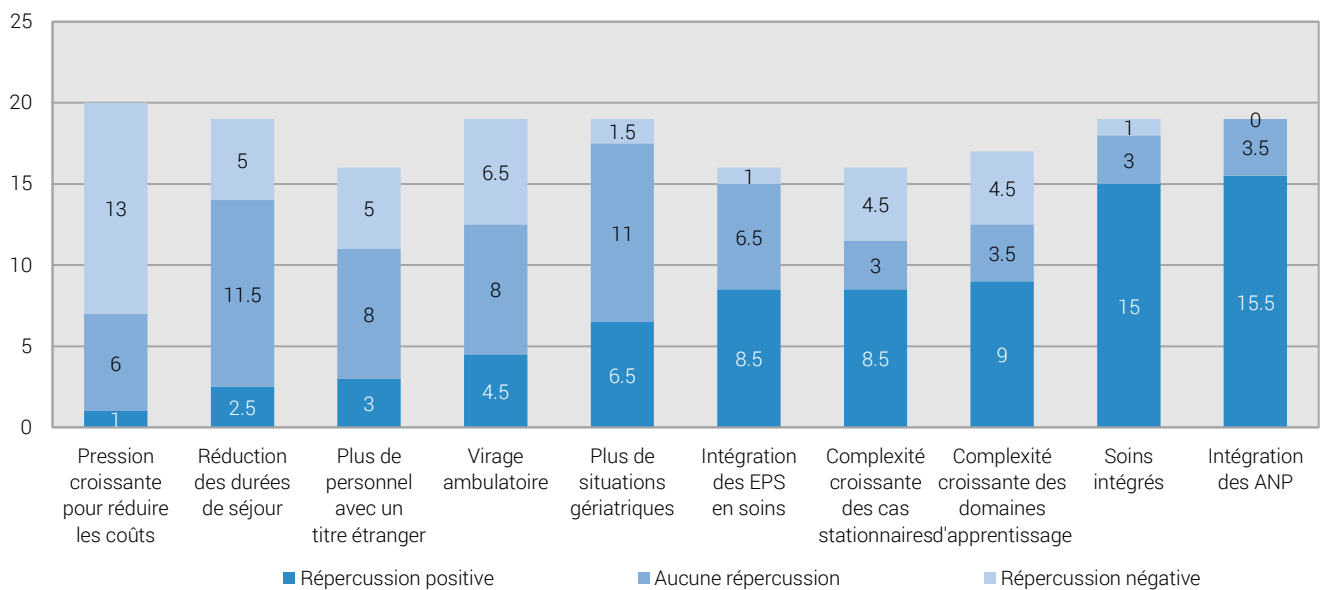
- Virage ambulatoire des prestations hospitalières: les 21 cantons confirment.
- Accroissement de la pression pour réduire les coûts: 20 cantons sont de cet avis.
- Intégration dans les équipes de profils professionnels avec pratique élargie (p.ex. *advanced nurse practitioners*, ANP): 18,5 cantons sont de cet avis.
- Augmentation des situations gériatriques: 18,5 cantons sont de cet avis.
- Complexité croissante des domaines d'apprentissage: 18 cantons sont de cet avis.
- Promotion des soins intégrés: 18 cantons sont de cet avis.

- Poursuite de la réduction des durées de séjour: 17,5 cantons sont de cet avis.
- Complexité croissante des cas hospitaliers: 16 cantons sont de cet avis.
- Intégration dans les équipes de détenteurs d'une formation continue EPS en soins: 12,5 cantons sont de cet avis.
- Nombre croissant de collaborateurs détenteurs de diplômes étrangers: 12,5 cantons sont de cet avis.

Une large majorité des cantons interrogés convient que les évolutions du paysage des soins dont il est question sont susceptibles de se produire. Pour le virage ambulatoire des prestations hospitalières, ils sont même unanimes.

Les cantons ont également été interrogés sur les effets que les évolutions attendues sont susceptibles d'avoir sur la formation au sein des hôpitaux et des cliniques. Les résultats sont présentés dans le graphique ci-après.

G 10.1 Répercussions attendues sur la formation au sein des hôpitaux et des cliniques



Source: Sondage de la CDS de janvier 2021 auprès des cantons
 Nombre de cantons: N=21

© Obsan 2021

Les réseaux de soins intégrés et le recours aux ANP devraient exercer un effet très positif sur la formation dans les hôpitaux. Les cantons considèrent par ailleurs que la complexité croissante des cas hospitaliers et des domaines d'apprentissage se répercute positivement sur la formation, tout comme l'introduction des examens fédéraux dans le domaine de la santé. La pression croissante sur les coûts devrait par contre s'avérer très négative pour la formation, tout comme, quoique dans une moindre mesure, le virage ambulatoire. Les appréciations sont dans l'ensemble neutres pour les autres facteurs.

Le déplacement vers le secteur ambulatoire observé dans les soins hospitaliers (selon la formule consacrée «l'ambulatoire avant le stationnaire») affecte non seulement le domaine des soins, mais aussi la formation du personnel. Cette préférence pour l'ambulatoire se répercute sur les possibilités de formation, du point de vue tant qualitatif que quantitatif. On va assister à une perte de vitesse, voire à la disparition de certains domaines de formation dans le secteur hospitalier, qu'il ne sera guère possible de transférer vers le secteur ambulatoire sans adaptation des contenus. Et ces contenus ne pourront être transférés que dans

une moindre mesure vers d'autres domaines de prise en charge. Si rien n'est entrepris, le potentiel de formation des hôpitaux souffrira aussi sur le plan quantitatif de ce «virage ambulatoire». Or si l'on veut couvrir les besoins croissants en places de formation, il sera nécessaire de renforcer les capacités de formation des établissements. Cela signifie un ratio plus élevé d'étudiants et d'apprentis par personnel formé, pour un nombre de cas et de situations de formation en recul dans le secteur hospitalier. Les répercussions en sont pour l'heure encore limitées, mais vont fortement s'accroître avec la généralisation de l'approche «l'ambulatoire avant le stationnaire». Les cantons, les établissements et les OrTra cantonales sont appelés à mettre au point de nouvelles stratégies visant à compenser cette réduction du potentiel de formation. Dans le cadre du projet «Titres de formation dans les

soins et l'accompagnement»¹⁶, la Haute école fédérale en formation professionnelle (HEFP) étudie actuellement sur mandat de l'OdASanté dans quelle mesure le déplacement des prestations se répercutera aussi sur les compétences exigées du personnel de soins et d'assistance.

10.4.2 Établissements pour personnes âgées

Les cantons ont aussi donné leur avis quant aux futurs développements et aux défis se posant pour les établissements pour personnes âgées. Leurs réponses sont synthétisées ci-après:

- Accroissement de la pression pour réduire les coûts: 20 cantons sont de cet avis.
- Complexité croissante des domaines d'apprentissage (soins palliatifs, démence): 20 cantons sont de cet avis.
- Réseaux de soins intégrés: 19 cantons sont de cet avis.
- Intégration dans les équipes de profils professionnels avec pratique élargie (p.ex. *advanced nurse practitioners*, ANP): 18 cantons sont de cet avis.
- Augmentation des soins requis par les résidents: 16,5 cantons sont de cet avis.
- Nombre croissant de collaborateurs détenteurs de diplômes étrangers: 15,5 cantons sont de cet avis.
- Intégration dans les équipes de personnes disposant d'une formation continue EPS en soins: 14 cantons sont de cet avis.

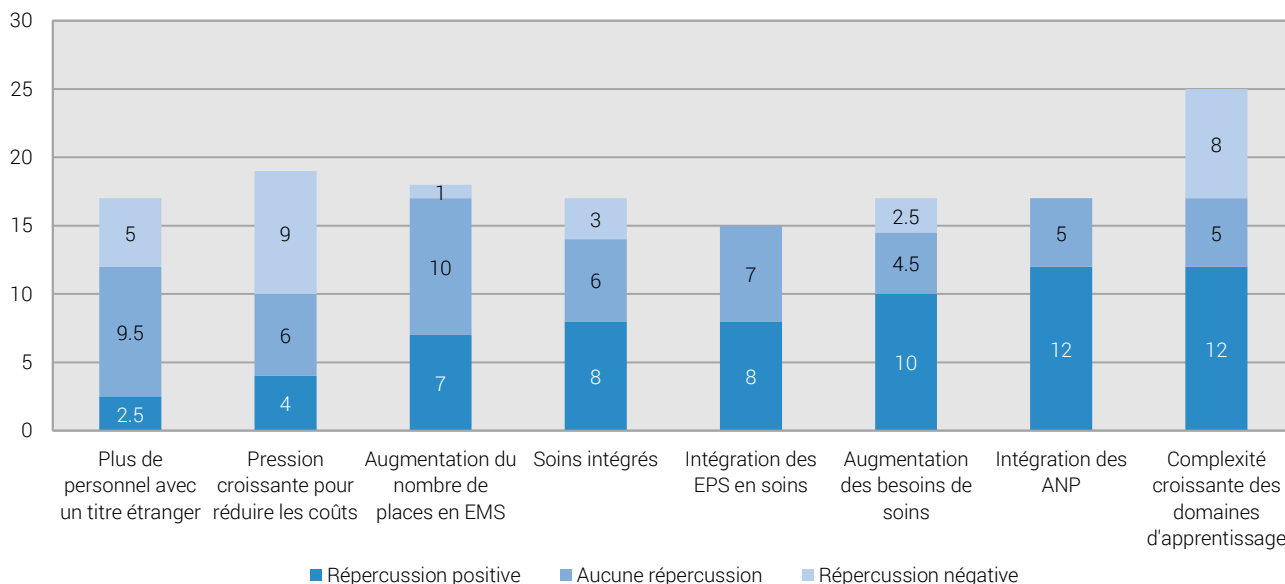
- Augmentation du nombre de places en EMS: 13 cantons sont de cet avis.

Une large majorité des cantons interrogés convient que les évolutions du paysage des soins dont il est question sont susceptibles de se produire. Pour la pression croissante pour réduire les coûts, ils sont même unanimes.

Pour les établissements pour personnes âgées également, les cantons ont été priés d'apprécier les effets sur la formation des développements attendus. Les résultats sont présentés dans le graphique G 10.2 ci-après.

Lorsqu'on examine les conséquences des développements en cours sur la formation dans le domaine des soins stationnaires de longue durée, on ne trouve pas les différences très marquées que l'on observe pour les hôpitaux. Dans les soins stationnaires de longue durée toujours, les effets du recours aux ANP et de l'introduction d'exams fédéraux sont majoritairement vus comme positifs, et l'on peut en dire autant de l'augmentation des besoins de soins et de la complexité croissante des domaines d'apprentissage. Les effets attendus de la pression croissante sur les coûts sont en majeure partie jugés négatifs. Seul un tiers environ des cantons interrogés estiment que l'augmentation du nombre de places en EMS aura des effets positifs sur l'activité de formation, quand bien même le potentiel de formation des établissements pour personnes âgées augmente. L'augmentation du nombre de détenteurs d'un titre étranger est majoritairement jugée comme sans incidence.

G 10.2 Répercussions attendues sur la formation dans les établissements pour personnes âgées



Nombre de cantons: N=21

Source: sondage de la CDS de janvier 2021 auprès des cantons

© Obsan 2021

¹⁶ Cf. <https://www.hefp.swiss/project/titres-de-formation-dans-les-soins-et-laccompagnement>

10.4.3 Aide et soins à domicile

Les cantons ont également été interrogés sur les développements attendus et les défis qui se posent dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. Leurs réponses sont présentées ci-après:

- Augmentation des besoins en soins: les cantons sont unanimes.
- Augmentation de la part des soins complexes et palliatifs: les cantons sont unanimes.
- Réseaux de soins intégrés: les cantons sont unanimes.
- Pression pour réduire les coûts: 20 cantons sont de cet avis.
- Intégration dans les équipes de profils professionnels avec pratique élargie (p.ex. *advanced nurse practitioners*, ANP): 17 cantons sont de cet avis.

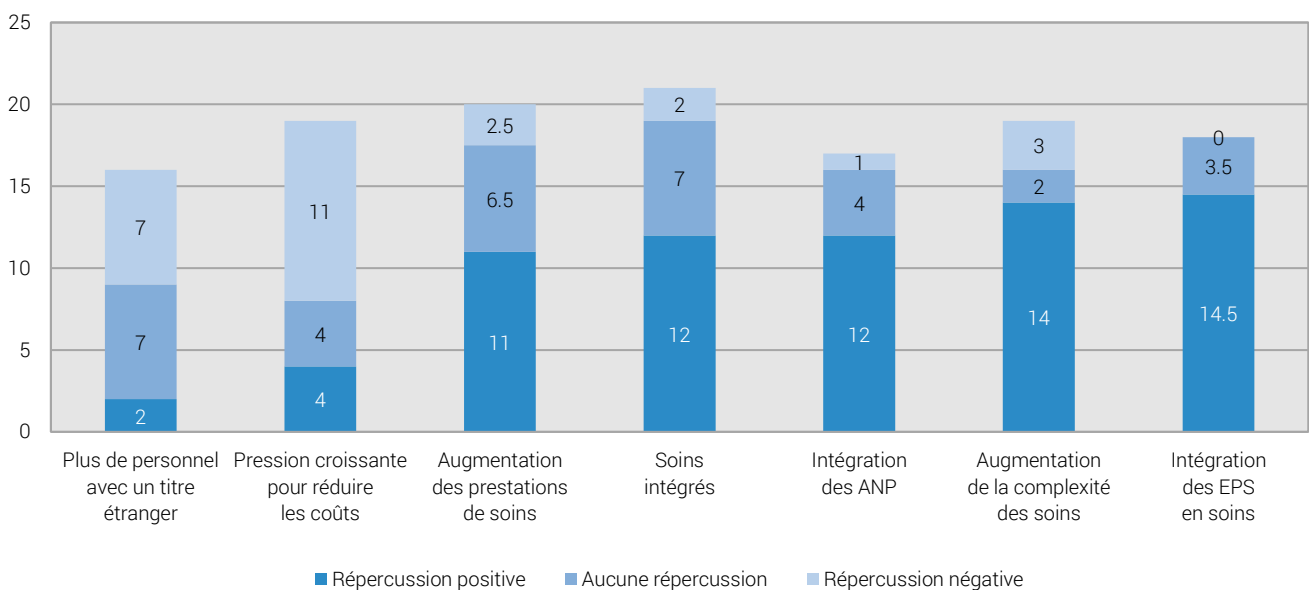
- Intégration dans les équipes de personnes disposant d'une formation continue EPS en soins: 15 cantons sont de cet avis.
- Accroissement du nombre de détenteurs d'un titre étranger: 14 cantons sont de cet avis.

Une large majorité des cantons interrogés convient que les évolutions du paysage des soins dont il est question sont susceptibles de se produire.

Les avis concernant l'effet des développements attendus sur l'activité de formation dans les services d'aide et de soins à domicile (SASD) sont présentés dans le graphique G 10.3 ci-dessous.

Pour cinq des sept changements attendus, les cantons estiment qu'ils auront un effet majoritairement positif sur l'activité de formation dans les SASD. Quant à la pression sur les coûts, les cantons pensent qu'elle aura un fort effet négatif sur l'activité de formation. Pour ce qui est de l'augmentation du nombre de détenteurs d'un titre étranger, enfin, la plupart des SASD estiment qu'elle n'aura pas d'incidence sur l'activité de formation.

G 10.3 Répercussions attendues sur la formation dans le domaine de l'aide et des soins à domicile



Source: Sondage de la CDS de janvier 2021 auprès des cantons
Nombre de cantons: N=21

© Obsan 2021

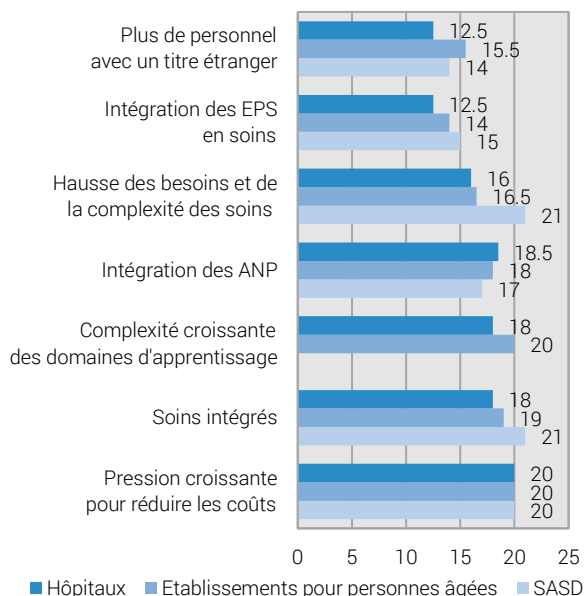
10.4.4 Synthèse pour les trois domaines de prise en charge

Les trois domaines de prise en charge partagent des perspectives similaires pour ce qui est des développements touchant l'ensemble des domaines (G 10.4).

C'est sur la probabilité que la pression sur les coûts continuera de croître et la complexité des domaines d'apprentissage de s'accroître que l'on trouve le plus large consensus. Dans ces deux domaines, ces évolutions sont déjà tangibles.

Concernant les réseaux de soins intégrés, c'est dans le domaine de l'aide et des soins à domicile que les attentes sont les plus fortes, puis dans les soins stationnaires de longue durée; les hôpitaux entretiennent le moins d'attentes en la matière. Il se pourrait que ces attitudes reflètent les différences structurelles entre les trois domaines de prise en charge. Pour ce qui est de l'accroissement des besoins en soins et en soins complexes, c'est parmi les prestataires de soins à domicile que l'on attend les développements les plus marqués, et dans ce domaine que les défis sont les plus importants.

G 10.4 Comparatif des perspectives pour les différents domaines de prise en charge



Source: sondage de la CDS de janvier 2021 auprès des cantons
Nombre de cantons: N=21

C'est pour les tendances « introduction de nouveaux examens fédéraux dans le domaine de la santé » et « recours accru aux détenteurs d'un titre étranger » que l'on trouve le moins de confirmations. Les nouveaux cursus de formation continue EPS en soins sont peu connus et l'on ne trouve pas encore de diplômés de ces cursus. Le potentiel de recrutement pour des détenteurs d'un titre étranger est limité, ce qui restreint le potentiel de développement.

Pour les effets de ces développements sur l'activité de formation aussi, les évaluations des différents domaines de prise en charge se rejoignent (T 10.2).

T 10.2 Évaluations des trois secteurs de soins concernant les développements touchant l'ensemble des secteurs

	Hôpitaux	EMS	Soins à domicile
Réseaux de soins intégrés	positif	positif	positif
Augmentation des besoins en soins et en soins complexes	positif	positif	positif
Complexité croissante des domaines d'apprentissage	positif	positif	pas de réponse
Recours à de nouveaux profils (ANP, examens fédéraux)	positif	positif	positif
Plus de diplômés étrangers	neutre	neutre	neutre
Pression croissante sur les coûts	négatif	négatif	négatif

Source: sondage de janvier 2021 auprès des cantons

Les réseaux de soins intégrés mènent également une activité de formation intégrée. Ils sont donc assimilables à un réseau de formation, à même d'exploiter toutes les synergies qu'offre la collaboration entre les établissements pour la formation. Il est par ailleurs probable qu'ils exercent un effet positif sur le recrutement de personnel qualifié.

L'avis exprimé par les cantons selon lequel la complexité croissante des domaines d'apprentissage se répercutera positivement sur l'activité de formation est quelque peu surprenant et doit être compris dans un sens qualitatif. En effet, des domaines d'apprentissage plus complexes peuvent renforcer l'attrait de la formation et du domaine d'activité, notamment celui des soins stationnaires de longue durée; et dans les cantons qui définissent leur clef d'attribution des postes en fonction des besoins en soins, la complexification des situations de soins fait augmenter la part de personnel qualifié, ce qui se traduit par de meilleures conditions pour l'activité de formation. Étant donné toutefois le renforcement de la pression sur les coûts, la complexité croissante des domaines d'apprentissage n'est pas sans poser certains problèmes en lien avec l'activité de formation.

La mise en place de nouveaux profils professionnels avec un niveau de qualification élevé devrait permettre de renforcer l'attrait de la formation et le potentiel de formation des établissements.

L'effet de l'augmentation du nombre de détenteurs d'un titre étranger sur l'activité de formation prête quelque peu à controverse, mais dans l'ensemble il est évalué comme neutre. Parmi les facteurs décisifs, on trouve la langue ainsi que les différences culturelles, notamment dans l'approche des soins. Ces facteurs jouent surtout un rôle là où l'on emploie du personnel allophone, avec des origines culturelles différentes. Dans les cantons proches de la frontière nationale, en Suisse romande ou au Tessin par exemple, le recours à un grand nombre de frontaliers lève le problème de la langue.

On ne peut guère s'étonner que la pression croissante sur les coûts soit considérée comme un facteur critique. Comme mentionné plus haut, l'effet de ce facteur est sensiblement accentué par la complexification croissante des situations de soins.

11 Champs d'action et mesures

Pour répondre aux besoins en personnel de santé, une approche prometteuse consiste à agir simultanément sur les quatre leviers que sont le recrutement, la formation, le maintien et le déploiement de collaborateurs. Les mesures prises dans l'un de ces domaines ne peuvent toutefois porter pleinement leurs fruits que si des efforts comparables sont également consentis dans les autres: intéresser des personnes à un cursus de formation suppose que l'on dispose de suffisamment de places d'études et de stage; à l'inverse, les établissements ne peuvent remplir leur fonction formatrice qu'à condition de pouvoir rassembler suffisamment d'intéressés. À eux seuls, le recrutement et la formation ne sauraient cependant garantir la relève. Il importe surtout que les diplômés intègrent effectivement le marché du travail et s'y maintiennent en tant que professionnels de la santé. Cela n'exclut nullement qu'ils évoluent dans leur carrière professionnelle: ils peuvent se spécialiser, assumer de nouvelles fonctions (de direction ou de formation, p. ex.) ou changer de domaine de prise en charge. Le domaine des soins offre de nombreuses possibilités à cet égard. Pour ce qui est du déploiement du personnel, il est essentiel d'assurer la couverture des besoins dans les divers secteurs de soins et d'exploiter au mieux les compétences des uns et des autres. Le principe s'applique au niveau des établissements, mais aussi à l'ensemble du système, l'idée étant d'assurer une prise en charge intégrée. Au final, un déploiement optimal du personnel contribue à la satisfaction des collaborateurs et, ainsi, à leur maintien dans la profession.

Et il ne faudrait surtout pas oublier que les mesures sont toujours mises en œuvre dans un contexte donné. Les acteurs évoluent dans un cadre juridique, structurel et financier clairement défini, qui n'offre pas une marge de manœuvre infinie pour exploiter les interventions potentielles. Les milieux politiques et les autorités sont tenus d'offrir aux établissements et aux autres intervenants des conditions-cadres leur permettant non seulement de former suffisamment de professionnels de la santé, mais aussi de proposer à ces professionnels des conditions de travail adéquates, de nature à les motiver à demeurer dans la profession (cf. G 11.1). Il faut par ailleurs se rappeler d'une part que les champs d'action et les mesures sont interdépendants et se renforcent mutuellement et, d'autre part, que les mesures doivent être portées par plusieurs acteurs et mises en œuvre de manière concertée.

Les quatre champs d'action et les gammes de mesures correspondantes sont décrits en détail dans le présent chapitre. Pour présenter les mesures actuellement appliquées dans les do-

maines du recrutement et de la formation, et pour évaluer leur efficacité, nous nous sommes fondés sur les réponses fournies par les directions cantonales de la santé dans le cadre d'un sondage réalisé par la CDS en janvier/février 2021 (cf. 10.1). Nous illustrons ces résultats par des exemples tirés de la pratique (cf. encadrés bleus). Ces derniers ont été choisis au hasard et nous ne prétendons pas à une quelconque exhaustivité.

G 11.1 Vue d'ensemble des champs d'action

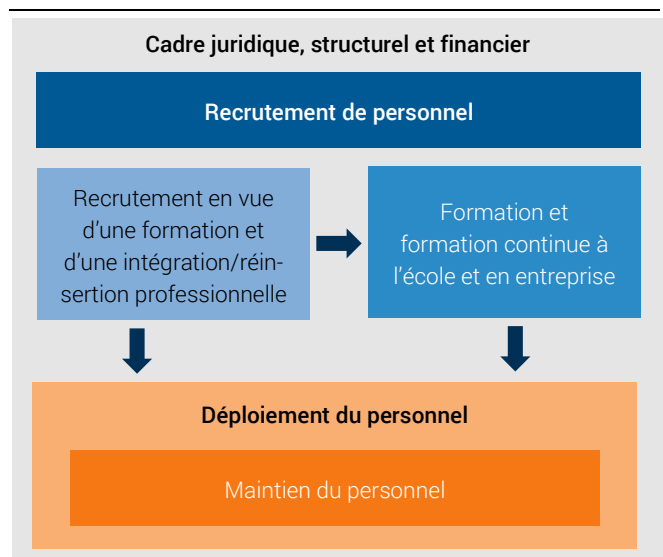


Illustration originale (CDS/Obsan)

© Obsan 2021

11.1 Champ d'action « recrutement en vue de la formation et de l'entrée dans la profession »

Les mesures prises dans ce domaine ont pour but d'exploiter au mieux le potentiel de recrutement de personnel dans les professions de la santé. L'accent est mis sur la communication relative aux professions et sur l'exploitation optimale des potentiels de recrutement spécifiques.

11.1.1 Communication et marketing des professions de la santé

Mesures dans les domaines de la communication et du marketing des professions de la santé

Les mesures de communication et de marketing concernant les professions de la santé ont pour but d'intéresser un public choisi à une formation dans ce domaine. Les groupes cibles comprennent les jeunes en âge de choisir une profession, les adultes souhaitant réorienter leur carrière et les personnes déjà actives dans le domaine qui désirent acquérir un niveau de qualification plus élevé.

Les moyens utilisés comprennent des imprimés, ainsi que des supports électroniques allant du site Internet aux réseaux sociaux, en passant par les spots publicitaires. Soigner l'image des professions de la santé fait également partie du marketing des professions au sens large.

Nombre de cantons entretiennent une collaboration spécifique avec les offices d'orientation professionnelle, sous forme d'échanges réguliers, de participation à des salons de métiers, de collaborations au sein de diverses commissions ou encore de mise au point de stratégies de communication. Certains cantons organisent des bourses aux places de formation et/ou des manifestations d'information sur les carrières professionnelles.

Tous les cantons ou presque mènent une politique active d'information et de marketing des professions de la santé. La plateforme «professionsante.ch» de l'organisation nationale faîtière OdASanté favorise une communication ciblée fondée sur une identité commune.

La majorité des cantons ayant participé au sondage jugent très efficaces les mesures en matière de communication et de marketing des professions. Certains font néanmoins état de difficultés à pourvoir les postes de formation dans les établissements de soins de longue durée. Les défis ne consistent pas uniquement à intéresser suffisamment de personnes aux professions de la santé, mais aussi à renforcer l'attrait des formations dans le domaine des soins de longue durée et des services d'aide et de soins à domicile (SASD).

Encadré 8 Recrutement dans les soins de longue durée: la campagne nationale «Une carrière empreinte d'humanité»

Les organisations sectorielles CURAVIVA Suisse, Spitex et OdASanté se sont alliées en 2019 pour lancer une campagne nationale en faveur des soins de longue durée. Intitulée «Une carrière empreinte d'humanité», cette campagne met en avant les avantages et les possibilités d'une carrière dans les soins de longue durée. Elle se fonde sur le site Internet soins-longueduree.ch, qui recense de nombreuses informations sur le quotidien des soignants, les filières de formation et les professions dans ce secteur. Que ce soit du point de vue des soignants ou des patients, c'est l'être humain qui est au centre des préoccupations. La campagne vise à faire découvrir aux intéressés le travail passionnant et enrichissant dans les soins de longue durée. Le film «La vie de Rosemarie, née en 1930» a reçu plusieurs distinctions et suscité un très large écho, puisqu'il a jusqu'ici été visionné 584 000 fois.

Outre le site Internet, la campagne utilise les réseaux sociaux pour atteindre les groupes cibles. Elle bénéficie du soutien financier du Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'éducation (SEFRI).

<https://soins-longueduree.ch>

Stages dans le monde de la santé

Il existe de nombreux moyens pour donner, aux jeunes surtout, un premier aperçu du monde de la santé. Des stages de découverte et d'orientation professionnelle permettent aux intéressés de se faire une idée du quotidien des professionnels de la santé. Des journées portes ouvertes et des stands d'information dans les salons de la formation permettent aux visiteurs de se familiariser avec les professions de la santé et aux établissements de se présenter aux personnes potentiellement intéressées. Les championnats des métiers constituent quant à eux l'occasion pour le public de découvrir des métiers spécifiques. Très appréciées par le public, ces diverses manifestations contribuent à faire connaître les professions de la santé et à en diffuser une image positive. Elles contribuent ainsi favorablement à leur marketing.

De telles possibilités existent dans la plupart des cantons, qui fournissent souvent un appui financier. La plupart des cantons ayant répondu au sondage estiment que ces activités sont elles aussi très efficaces.

11.1.2 Accès facilité à la formation et au perfectionnement

Accès facilité à la formation d'aide en soins et accompagnement (ASA)

La formation d'aide en soins et accompagnement AFP constitue le niveau de formation élémentaire, et ne peut en principe pas être allégée. Il est en revanche possible de faciliter l'accès à cette formation grâce à des programmes préparatoires appropriés, qui comprennent les préapprentissage pour personnes présentant des difficultés d'apprentissage et les programmes de préqualification pour personnes en cours de reconversion, mais aussi une attitude plus ouverte lors du recrutement et de la sélection des candidats à la formation. La moitié environ des cantons qui se sont prononcés font état de ce type d'offres.

Le centre de formation Gesundheit Zentralschweiz XUND propose un cursus spécifique de qualification et d'intégration intitulé «Perspektive Pflege», destiné aux réfugiés reconnus et aux personnes admises à titre provisoire¹⁷. Il a pour but d'offrir à ces personnes une passerelle vers une formation professionnelle dans le domaine des soins.

Formation allégée destinée aux aides en soins et accompagnement désireux de suivre une formation d'assistant en soins et santé communautaire

Selon la législation sur la formation professionnelle, les établissements de formation peuvent, sur demande individuelle, alléger un cursus au niveau CFC. Les allègements sont accordés dans tous les cas, mais ces cursus restent exigeants. Dans certains cantons, une entrée en deuxième année, adaptée aux besoins individuels, est possible, alors que d'autres prévoient un soutien ciblé par les établissements et les prestataires de formation aux étudiants ayant suivi un cursus allégé. Certains prestataires de formation proposent encore une autre forme d'allègement: des cursus préparatoires (en règle générale sur une année).

Programmes de formation raccourcis pour l'obtention d'un diplôme ES en soins infirmiers

La plupart des prestataires de formation proposent aux assistants en soins et santé communautaire CFC et aux titulaires de certificats équivalents des formations raccourcies sur deux ans à plein temps, qui débouchent sur un diplôme ES en soins infirmiers. Cette solution réduit le temps nécessaire à une qualification supplémentaire. De même, la fondation Careum propose aux titulaires de l'examen professionnel fédéral Soins de longue durée et accompagnement un cursus de dix-huit mois à plein temps, qui conduit également au diplôme ES en soins infirmiers¹⁸.

11.1.3 Attirer des personnes en reconversion ou en réinsertion professionnelle

La pandémie de coronavirus n'a pas eu le même impact sur les différentes branches de l'économie. Alors que certains secteurs connaissent un boom, d'autres ont enregistré un fort recul de leur chiffre d'affaires, recul qui les a contraints à réduire les horaires de travail, voire à licencier. S'il est encore trop tôt pour évaluer les répercussions à long terme, on peut s'attendre à une augmentation du nombre de personnes souhaitant ou devant se réorienter professionnellement durant cette période économiquement incertaine. Le secteur de la santé devrait s'efforcer d'exploiter ce potentiel, en offrant des formations spécifiques. Nous en présentons quelques possibilités ci-après.

Formation d'assistant en soins et santé communautaire avec augmentation du salaire versé pendant la formation

Divers cantons offrent des formations destinées aux adultes désireux de devenir assistants en soins et santé communautaire (ASSC). Il existe certes des recommandations concernant la rémunération au cours de l'apprentissage. En Suisse alémanique, le salaire est en principe fixé et versé par l'établissement.

Les cantons de Genève et du Valais versent un complément de salaire aux adultes suivant une formation. Les cantons du Jura et de Vaud offrent aux auxiliaires de santé Croix-Rouge une filière de qualification supplémentaire vers le titre d'ASSC sans réduction de salaire. Le canton de Berne verse quant à lui aux établissements un forfait plus élevé pour la formation d'adultes, pour autant que ces établissements versent un salaire mensuel d'au moins 2800 francs aux personnes en formation.

Formations spécifiques pour les assistants en soins et santé communautaire

La palette des formations spécifiques proposées menant au titre d'assistant en soins et santé communautaire est large et révèle des orientations différentes selon les cantons. Les offres comprennent des formations initiales raccourcies pour adultes, des formations modulaires pour adultes également, ainsi qu'une formation modulaire en cours d'emploi selon l'art. 32 OFPr, avec procédure de validation et acquisition ciblée de compétences. Un autre canton encore propose un cours de culture générale (ECG) du soir d'une durée d'un an et demi.

¹⁷ Cf. <https://xund.ch/bildungsangebote/entwicklung-innovation/perspektive-pflege/>

¹⁸ Cf. <https://www.careum-bildungszentrum.ch/de-ch/hoehere-fachschulen/hoehere-fachschule-pflege-fuer-fage-mit-eidg-berufspruefung/interessiert.html>

Formation tertiaire en cours d'emploi

Les formations tertiaires en cours d'emploi sont destinées à deux groupes de personnes: les actifs adultes au bénéfice d'une certaine expérience professionnelle ou d'une formation dans le domaine de la santé et les personnes en cours de reconversion, qu'il s'agit d'intéresser et recruter.

Pour abaisser les obstacles matériels à la qualification complémentaire de degré tertiaire, divers prestataires proposent des cursus modulaires à temps partiel destinés aux assistants en soins et santé communautaire avec expérience professionnelle souhaitant obtenir un diplôme ES en soins infirmiers. Les prestataires romands offrent diverses formations équivalentes en soins infirmiers au niveau HES («bachelor en cours d'emploi»). Elles sont conçues de façon à permettre une activité professionnelle à temps partiel.

Encadré 9 Formation en cours d'emploi pour l'obtention d'un diplôme ES en soins infirmiers: l'exemple du centre de formation de Bâle-Ville.

Le centre de formation dans les professions de la santé de Bâle-Ville (BZG Basel-Stadt), cofinancé par les deux Bâles dans le cadre d'un contrat intercantonal, propose une formation de reconversion à temps partiel aux personnes désireuses d'obtenir un diplôme ES en soins infirmiers. Elle est destinée aux personnes avec charge de famille et à celles dans l'impossibilité de suivre une formation à plein temps.

Le programme de reconversion à temps partiel se compose de blocs théoriques et pratiques et dure entre 2,5 et 4 ans, selon la formation antérieure. Sa durée est modulable en fonction du taux d'occupation convenu avec l'établissement où est effectuée la formation pratique (entre 60 et 80%).

Ce modèle doit sa grande souplesse à l'approche dite de la «formation hybride» (*blended learning*), qui associe l'enseignement en présentiel et l'étude à distance sur PC. Le cursus à temps partiel permet de trouver des solutions individuelles et de concilier famille, activité professionnelle et formation.

https://www.bzgb.ch/ausbildungen/teilzeitausbildung_pflege_hf/

Formation tertiaire en cours d'emploi avec augmentation du salaire versé pendant la formation

Il arrive que des candidats renoncent à une qualification de degré tertiaire pour des raisons financières. Ces personnes possèdent en général déjà un titre professionnel du degré secondaire II et ont travaillé durant quelques années, en obtenant une rémunération correspondante. Pour beaucoup, il n'est pas envisageable de se contenter durant deux ou trois ans d'une allocation de formation ne couvrant pas le coût de la vie. Comme dans d'autres branches, certains établissements soutiennent leurs collaborateurs qui entreprennent une formation de degré supérieur. Les étudiants restent en poste durant leur formation (à plein temps) et accomplissent leurs stages pratiques en leur sein. Durant cette formation, ils touchent un salaire plus élevé que ne le justifierait la charge de

travail assumée. En règle générale, les arrangements de ce type sont conclus à condition que le collaborateur reste au sein de l'établissement pendant une période donnée à l'issue de sa formation. C'est une bonne chose en soi que les établissements encouragent leur personnel à se former et contribuent ainsi à assurer la relève. Sans une réglementation générale en la matière, on risque de voir surtout les institutions d'une certaine taille, dotées de moyens financiers à leur mesure, arriver à attirer un grand nombre d'étudiants alors que les prestataires de petite taille (dans le secteur des SASD, p.ex.) ne parviendront pas à offrir des salaires concurrentiels à leurs collaborateurs en formation. C'est pourquoi certains cantons participent à la rémunération de ces derniers.

En Suisse romande, les étudiants touchent, en plus de leur salaire, un dédommagement versé par la haute école spécialisée, au titre de leur «bachelor en cours d'emploi». Dans les Grisons, le canton verse une rémunération supplémentaire de 500 francs par mois aux personnes qui suivent une formation ES en soins infirmiers en cours d'emploi et qui ont 26 ans révolus. Dans le canton de Vaud et en Valais, il existe aussi des formations tertiaires en cours d'emploi en soins infirmiers, pour lesquelles le canton finance un supplément de salaire. Les hôpitaux soleurois versent à dix étudiants par an des suppléments fixés selon des critères prédéfinis (étudiants tardifs), au titre d'une formation ES en soins infirmiers, et le canton rembourse une partie de ce supplément. L'hôpital cantonal d'Aarau offre un salaire de formation à un nombre limité de collaborateurs entreprenant une reconversion professionnelle, ainsi qu'un mentorat au cours des trois premiers mois de formation.

Cours destinés aux personnes souhaitent se réinsérer dans le domaine des soins infirmiers

De nombreux cantons proposent des cours aux personnes désireuses de se réinsérer dans le domaine des soins infirmiers. Les cours sont donnés en majeure partie par des prestataires de formation, dans certains cas par les établissements de soins. Dans beaucoup de cantons, ils bénéficient d'un appui financier des pouvoirs publics. Le SEFRI soutient les programmes cantonaux d'encouragement à la réinsertion dans les soins infirmiers sur la période 2018 à 2022 (cf. Encadré 10). À titre d'exemple (inter)cantonal d'encouragement, la plateforme «wiedereinsteigen.ch» des cantons de Suisse centrale propose divers conseils et cours, un sondage en ligne en guise de bilan des compétences, une checklist ainsi qu'une vue d'ensemble des établissements de soins régionaux (cf. Encadré 11).

Encadré 10 Soutien financier de la Confédération aux programmes cantonaux de réinsertion

La Confédération veut contribuer à une meilleure exploitation du potentiel personnel qualifié domestique et dans ce cadre, elle encourage le retour en emploi des professionnels des soins infirmiers n'ayant pas travaillé dans le domaine des soins pendant une longue période. À cet effet, le SEFRI participe depuis 2018, et pendant cinq ans au maximum, aux coûts des cours ou programmes de réinsertion dans la même mesure que le canton. Cette mesure vise à promouvoir les offres de réinsertion soutenues par le canton et à maintenir les coûts à un niveau bas pour les participants. Le SEFRI peut également contribuer au développement d'un nouveau programme de soutien cantonal dans le cadre du financement de projets. Les contributions sont versées exclusivement aux cantons.

Encadré 11 Réinsertion professionnelle dans les soins infirmiers – le programme de soutien de la Suisse centrale

Les cantons de Suisse centrale (LU, OW, NW, SZ, UR et ZG) ont profité de l'offre de soutien financier de la Confédération pour concevoir un programme commun de soutien à la réinsertion dans les soins infirmiers. Le programme est basé sur la reconnaissance du fait que les conditions requises pour une réinsertion réussie sont très personnelles et dépendent de différents facteurs. C'est pourquoi le programme ne se limite pas à une série de cours: outre les portraits de quatre femmes de Suisse centrale ayant réussi leur réinsertion professionnelle, les personnes intéressées trouvent sur wiedereinsteigen.ch une offre de consultation personnelle, une enquête en ligne permettant de déterminer la situation actuelle, une check-list sur la réinsertion professionnelle et un aperçu des établissements de santé régionaux. En outre, il est possible de demander une aide pour suivre un cours de formation continue adapté.

Le programme de soutien est parrainé par XUND OdA Gesundheit Zentralschweiz, CURAVIVA Zentralschweiz Bildung, Spitex Zentralschweiz et SBK Zentralschweiz et bénéficie du soutien financier des cantons de Suisse centrale.

www.wiedereinsteigen.ch

11.2 Champ d'action «promotion de la formation pratique»

Outre la capacité à recruter des étudiants, l'un des facteurs déterminants de notre capacité future à former davantage de professionnels de la santé réside dans la disponibilité de places de formation dans les établissements (places d'apprentissage et de stage). Le manque de places de stage est la raison principale pour laquelle la disponibilité des places d'études de degré tertiaire est limitée dans un grand nombre de filières. Il est dès lors capital que les établissements de tous les secteurs de soins offrent autant de places de formation que possible, dans toute la gamme des professions de la santé et des spécialisations.

Rapport coût-bénéfice

Pour comprendre pourquoi le secteur des soins ne forme pas par lui-même une relève suffisante, il est utile de se pencher sur le rapport coût-bénéfice de l'activité de formation pour les établissements. Selon une étude de la Haute école fédérale en formation professionnelle (HEFP) examinant le rapport coût-bénéfice des formations professionnelles initiales dans les diverses branches d'activité, une majorité d'établissements dégagent un bénéfice net de 3000 francs en moyenne par place de formation et par année (Gehret et al., 2019). Il en va tout autrement de l'apprentissage d'ASSC: seuls les établissements de type hospitalier dégagent un bénéfice, à hauteur de 2250 francs en moyenne par personne sur toute la durée de la formation. Les SASD en revanche doivent assumer des coûts nets de 14 500 francs par année et les établissements pour personnes âgées plus de 2000 francs. Alors que les établissements formant des apprentis en soins et santé communautaire assument des coûts annuels nets de 100 francs en moyenne par apprenti, former des aides en soins et accompagnement rapporte quelque 8000 francs nets sur les deux années que dure la formation, du fait notamment de la part relativement élevée de travail productif fourni par les apprentis en cursus AFP. De plus, la moitié environ des établissements de formation peuvent offrir un poste à leurs apprentis formés, économisant du même coup les coûts usuels de recrutement et d'intégration.

Pour les formations du degré tertiaire (ES et HES), on ne dispose pas d'analyses comparables fournissant des données probantes pour les coûts et les bénéfices nets. Une étude des cantons de Saint-Gall et de Zurich s'est penchée sur les prestations productives des étudiants et sur les prestations de formation fournies au titre de ces étudiants dans les filières de soins infirmiers HES, sage-femme HES et soins infirmiers ES. Les relevés montrent que les étudiants fournissent, selon l'année de formation, entre 6 et 7,5 heures de prestations productives par journée de stage. En même temps, l'encadrement assuré par le personnel spécialisé n'est pas négligeable lui non plus, puisqu'il équivaut à 1,5 heure par jour en moyenne. Une précédente étude, commanditée par le canton de Berne, était du reste parvenue à des résultats comparables pour ce qui est des prestations de formateurs. Comme pour la formation professionnelle initiale, les conditions structurelles des établissements de formation jouent elles aussi un rôle important dans les formations de degré tertiaire. Un SASD

supporte nécessairement des coûts de personnel plus élevés au titre de l'encadrement des personnes en formation qu'une structure hospitalière.

Hormis la perspective purement économique, de nombreux arguments plaident pour que les établissements s'engagent résolument dans l'activité de formation. Les étudiants et les stagiaires leur apportent des connaissances et un savoir-faire toujours renouvelés, sans oublier que leur point de vue extérieur et leur capacité à remettre en question les procédures établies tendent à apporter des optimisations. Mais le principal avantage reste encore que les étudiants et stagiaires continuent souvent de travailler dans l'établissement qui les a formés, qui s'économise ainsi le travail d'intégration correspondant. Les établissements de formation prisés par les étudiants et les stagiaires sont généralement des employeurs attrayants, et vice-versa.

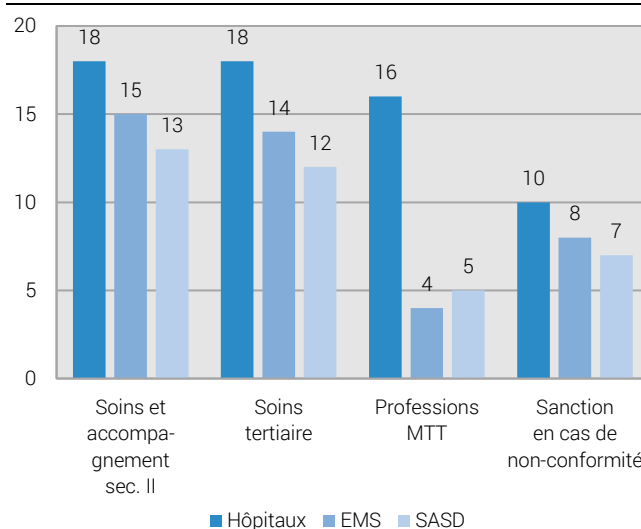
11.2.1 Obligation de formation

L'obligation imposée par les cantons aux établissements de former du personnel de santé permet d'augmenter sensiblement le nombre de places de formation. L'accroissement du nombre de personnes qui ont soit entamé soit terminé une formation ces dernières années confirme l'efficacité de la mesure. Sans l'augmentation du nombre de places de formation qu'elle a entraînée, il n'aurait pas été possible d'accroître autant les effectifs d'étudiants et de stagiaires.

La plupart des cantons ajoutent à cette obligation un certain nombre de directives relatives au nombre de personnes à former en fonction du potentiel propre à chaque établissement et/ou de la planification cantonale des soins. Cette approche permet de répartir solidairement la charge que représentent les tâches de formation sur l'ensemble des établissements, en tenant compte des capacités propres à chacun, et d'atténuer ainsi quelque peu les inégalités en termes de répercussions économiques de l'activité de formation.

La plupart des cantons ayant participé au sondage imposent une obligation de formation aux établissements de soins présents sur leur territoire, cette obligation s'appliquant en premier lieu au secteur hospitalier (18 cantons pour les formations dans les professions de soins) (G 11.2). Les EMS sont astreints à assumer des tâches de formation au degré secondaire II et au degré tertiaire dans 15 et 14 cantons respectivement, et les mêmes obligations valent pour les SASD dans 13 et 12 cantons respectivement. Par ailleurs, 16 cantons obligent leurs hôpitaux et leurs cliniques à former du personnel médico-technique et médico-thérapeutique et 13 cantons imposent une obligation de former des sages-femmes. Dans plus de la moitié des cantons ayant répondu à cette question, le non-respect de ces obligations entraîne des sanctions financières, le plus souvent sous la forme de malus reversés aux établissements formant plus que la moyenne. Les autres cantons appliquent uniquement des mesures incitatives.

G 11.2 Cantons imposant une obligation de formation (N=21)



Source: enquête de la CDS auprès des cantons, janvier 2021

© Obsan 2021

Les cantons estiment que l'obligation de formation est une mesure efficace pour accroître le nombre de personnes en formation et que les outils destinés à évaluer le potentiel des établissements en termes de formation ainsi qu'un contrôle annuel avec analyse des écarts constituent des compléments intéressants. Quelques cantons jugent pour leur part qu'il n'y a pas assez d'intéressés pour les formations en soins infirmiers ES et HES.

Par rapport à l'état des lieux dressé en 2016, le principal changement réside dans l'augmentation du nombre de cantons qui imposent une obligation de formation aux EMS et aux SASD.

Il faut garder à l'esprit que les places de formation initiale et de formation continue dans certaines disciplines spécifiques (soins d'anesthésie, soins intensifs et soins d'urgence, médecine nucléaire, radio-oncologie) ne sont proposées que dans certains établissements de grande taille, offrant ces prestations. Le virage ambulatoire et l'externalisation croissante des prestations diagnostiques vers des institutions et des laboratoires privés réduisent le nombre d'établissements auxquels les cantons peuvent imposer une obligation de formation, sauf si ces derniers se sont dotés de bases légales permettant de le faire.

Certains établissements hautement spécialisés ou de petite taille, dans le domaine des soins de longue durée et de l'aide et des soins à domicile par exemple, peuvent rencontrer des difficultés pour couvrir la gamme complète des contenus de formation exigés. C'est dans ce type de cas que les modèles de réseaux de formation révèlent toute leur utilité (cf. Encadré 12).

Encadré 12 Tâche commune, responsabilités partagées: le réseau de formation en soins AR/AI et le réseau d'établissements formateurs SPICURA

La constitution d'un réseau de formation permet aux établissements qu'il fédère de mettre en commun leurs ressources et de profiter de synergies. Elle est particulièrement intéressante pour les établissements hautement spécialisés ou de petite taille, qui ne parviennent pas à couvrir à eux seuls toute la gamme des contenus de formation exigés. Selon sa structure, un tel réseau peut également assumer d'autres tâches relevant du recrutement et de la formation, et décharger ainsi encore davantage les établissements.

Réseau de formation en soins AR/AI

La progression du nombre de personnes âgées ou très âgées et la complexité croissante des situations posent des exigences toujours plus poussées aux soignants des EMS, tout comme en matière de formation des infirmiers diplômés au sein des établissements. Pour garantir un niveau de formation satisfaisant, tant en termes de qualité que de quantité, six EMS des cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures et d'Appenzell Rhodes-Extérieures se sont regroupés en 2015 pour former un réseau de formation. Leur nombre est entretemps passé à huit.

Le bureau de coordination du réseau est chargé de superviser les activités en matière de formation des établissements affiliés. Pour l'organisation de stages externes, le réseau collabore avec différents partenaires, comme le réseau hospitalier d'Appenzell Rhodes-Extérieures, et avec divers SASD.

<http://www.ausbildungsverbund-pflege.ch/>

Réseau d'établissements formateurs SPICURA

Le réseau SPICURA, constitué d'EMS et de SASD formateurs, a été fondé en 2011. Issu de la fusion de l'organisation CURAVIVA du canton de Zurich et du réseau zurichois d'organismes d'aide et de soins à domicile, il avait pour but d'exploiter au mieux les synergies afin de dispenser une formation complète aux apprentis ASSC, tout en réduisant la charge de travail assumée par chacun des établissements affiliés.

SPICURA coordonne et supervise les efforts des établissements au titre de la formation et de l'assurance qualité; il se charge d'obtenir les autorisations nécessaires et supervise la collaboration avec les établissements de formation affiliés, l'école, l'OrTra cantonale, les parents et le canton. La rotation annuelle entre les établissements permet aux personnes en formation d'acquérir une vue d'ensemble des types de structures et des domaines d'activité.

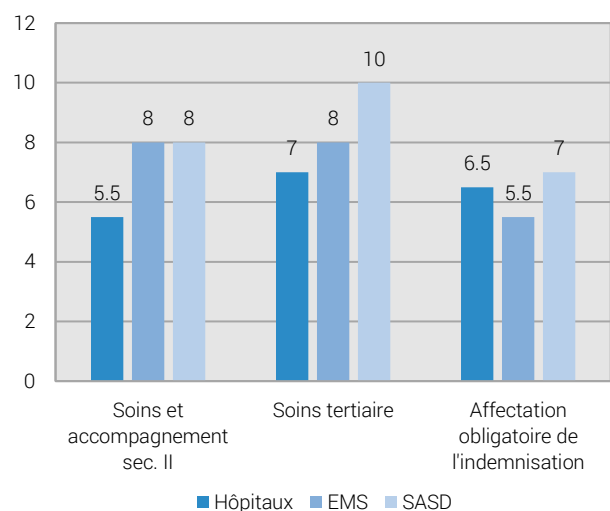
<https://www.spicura.ch/>

11.2.2 Indemnisation des prestations de formation

Le financement des prestations de formation fournies par les établissements est réglé différemment dans chaque domaine de soins. Dans le domaine hospitalier, les coûts de formation du personnel non universitaire (à la différence des coûts de formation initiale et de formation postgraduée pour les professions médicales) font partie des coûts imputables en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), et sont donc rémunérés par le biais des forfaits par cas. En ce qui concerne les EMS et les SASD, les coûts de formation ne sont pas pris en compte dans les tarifs de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et sont donc financés indirectement par le biais du financement résiduel par les cantons et les communes. Pour résumer, les établissements sont rémunérés pour leur activité de formation non pas expressément, sur la base de leurs prestations, mais indirectement, par intégration dans des groupes de coûts (forfaits par cas, financement résiduel).

Le graphique G 11.3 regroupe les réponses des cantons concernant une indemnisation de l'activité de formation expressément basée sur les prestations pour les hôpitaux, les EMS et les SASD, ainsi que pour les formations des degrés secondaire II et tertiaire. Le fait que les établissements ne sont expressément rémunérés pour leur activité formative que dans moins de la moitié des cantons ayant répondu au sondage s'explique par la réglementation en matière de financement. La plupart des établissements bénéficiant d'une indemnisation explicite au titre de la formation sont tenus d'affecter expressément les fonds reçus à la formation (indemnisation liée aux objectifs).

G 11.3 Cantons indemnisant expressément les établissements pour leur activité de formation (N=21)



Source: Enquête de la CDS auprès des cantons, janvier 2021

© Obsan 2021

Un financement explicite suppose que l'on connaisse le détail des coûts de formation. C'est pour acquérir une meilleure vision de ces coûts que la CDS a commandité il y a quelques années la mise au point d'un modèle permettant d'établir les coûts nets assumés par les établissements au titre de la formation pratique selon un mode de calcul harmonisé. Tenant compte aussi bien des bénéfices que des coûts, le modèle a permis d'émettre des recommandations pour l'indemnisation de la formation pratique. Les montants recommandés doivent être compris comme des montants minimaux dans les systèmes d'indemnisation et les éventuels mécanismes de compensation pour les coûts de la formation (systèmes de bonus-malus).

Exemples tirés de la pratique des cantons

Les cantons romands indemnisent les établissements du secteur de la santé et du social pour les prestations de formation des étudiants de la HES-SO, via un fonds de formation pratique alimenté par les cantons de résidence de ces étudiants. Le fonds sert à dédommager les établissements assurant la formation pratique pour une partie de leurs coûts d'encadrement (rémunération des praticiens formateurs). L'avantage de cette solution est qu'elle permet à la HES de se positionner face à ces établissements en tant qu'acheteuse de prestations (de formation). Tous les établissements (hôpitaux, EMS, SASD, cabinets privés) sont expressément indemnisés pour le travail accompli au titre de l'encadrement et de la formation des étudiants.

Quelques cantons romands indemnisent également les établissements pour les autres niveaux de formation. La Direction générale de la santé (DGS) du canton de Vaud applique ainsi depuis 2013 aux hôpitaux vaudois un système d'incitation à la formation pratique des degrés CFC, ES et HES. Les établissements sont rémunérés à hauteur d'environ 120 francs par jour d'encadrement. Le canton de Vaud ne connaît pas de système de malus. Pour les EMS, il applique depuis 2015 un système d'incitation à la formation pratique aux niveaux AFP et CFC. Là aussi, les établissements sont indemnisés pour leur travail d'encadrement. Quant aux SASD, la DGS leur alloue un budget au titre de la formation. D'autres cantons romands versent aussi des indemnités aux établissements: le canton de Fribourg subventionne les salaires des apprentis ASSC travaillant dans les EMS et les SASD.

La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne applique depuis 2012 un modèle élargi de formation et de formation continue dans les professions non universitaires de la santé. Le «modèle bernois» oblige les établissements à dispenser dans la mesure de leurs possibilités une formation pratique dans les diverses professions de la santé. Les prestations de formation font l'objet d'une indemnisation liée aux objectifs et sont mises en évidence dans le cadre des systèmes de financement existants. Un système de bonus-malus a par ailleurs pour fonction d'assurer une compensation financière entre les établissements, selon qu'ils ont fourni davantage ou moins de prestations de formation que convenu. Ce modèle a permis non

seulement d'augmenter sensiblement le nombre de places de formation au sein des établissements ces dernières années, mais indirectement aussi d'améliorer la qualité de la formation, car la reconnaissance financière des prestations de formation favorise la stabilité des taux d'encadrement. Plusieurs cantons ont décidé de s'inspirer du modèle bernois et l'ont adopté dans sa totalité ou en partie.

La formation dans les cabinets ambulatoires

À l'exception de la Suisse romande, pour les places de formation pratique de la HES-SO, et du canton de Berne, les cabinets privés ne sont en principe pas indemnisés pour l'encadrement de leurs stagiaires. Cela concerne avant tout les formations de physiothérapeute, d'ergothérapeute, de sage-femme et de diététicien. Les cabinets privés ne peuvent pas non plus inclure les prestations productives de leurs stagiaires dans les prestations remboursées par l'AOS, étant donné que celle-ci ne prend en charge que les prestations fournies par du personnel formé et en possession du diplôme correspondant. Les cabinets ne sont donc pas rémunérés pour la prise en charge de stagiaires, raison pour laquelle les HES peinent grandement à trouver des stages en cabinet pour leurs étudiants. Les HES éprouvent ainsi des difficultés en termes de recrutement (la hausse du nombre de places de formation ne peut être décrétée en l'absence de places de stage correspondantes) mais également pour ce qui est du contenu de la formation. Les stages se déroulant aujourd'hui presque exclusivement dans le secteur stationnaire ou institutionnel, ils ne reflètent que partiellement la réalité que les étudiants trouveront une fois leur diplôme ou leur certificat en poche. Une motion déposée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSN) (16.3264), qui voulait instaurer la possibilité d'inclure (à un taux réduit) les prestations fournies par les stagiaires dans les cabinets et dans le domaine extrahospitalier dans les prestations à charge de l'AOS, n'a pas, mais de peu, passé la rampe lors des débats parlementaires de 2016.¹⁹ Malgré un besoin criant du point de vue des cantons, les stages extrahospitaliers demeurent donc très rares pour les professions mentionnées.

11.2.3 Création de conditions-cadres favorables pour la formation pratique

Outre l'obligation de fournir des prestations de formation et leur indemnisation, il existe un certain nombre de mesures à même de faciliter et d'encourager l'activité de formation au sein des établissements de santé. Sur les 21 cantons interrogés, 19 indiquent ainsi que les établissements de santé présents sur leur territoire bénéficient d'un soutien pour organiser et coordonner leurs activités de formation. Quelques cantons ont délégué cette tâche à

¹⁹ Cf. <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163264>

l'OrTra cantonale, par le biais d'un mandat de prestations. Les mesures suivantes sont mises en œuvre dans les cantons (liste non exhaustive):

- création de réseaux de formation regroupant les EMS et/ou les SASD pour la formation ES en soins infirmiers et pour d'autres formations;
- financement et mise en place par le canton du programme de séquences Training et Transfert en cabinet médical (LTT-Praxis) pour la formation ES en soins infirmiers;
- financement/subventionnement des cours interentreprises (CIE) par le canton;
- offre et/ou financement par le canton d'une formation pour formateurs;
- mise sur pied par l'OrTra cantonale d'une formation pour formateurs, afin de préparer et d'accompagner les futurs ASSC au cours du processus de qualification;
- soutien et coordination des établissements par l'association cantonale d'aide et de soins à domicile en vue du recrutement d'apprentis ASSC et d'étudiants ES;
- mise à disposition d'un outil électronique de gestion des candidatures pour assister les établissements dans le recrutement d'apprentis.

Un autre moyen d'améliorer les conditions-cadres consiste à favoriser la coopération interentreprises et l'échange d'expériences, et c'est sur ce volet que s'engagent la plupart des cantons ayant répondu au sondage. Certaines associations de branche cantonales proposent ainsi des plateformes d'échange et des offres d'appoint destinées aux établissements. Il arrive aussi que les établissements initient eux-mêmes divers types de coopérations:

- groupes d'échange d'expériences et rencontres régionales formation professionnelle/praticiens formateurs, mis sur pied par l'OrTra cantonale ou les organisations sectorielles des cantons;
- groupes de travail gérés de manière centrale, destinés aux responsables de la formation en soins infirmiers ES au sein des SASD, organisés par l'association cantonale d'aide et de soins à domicile; conseil concernant les questions d'organisation et de pédagogie;
- offre de la HES-SO dans les cantons concernés: cours pour praticiens formateurs au sein des établissements de Suisse romande accueillant des stagiaires HES;
- commissions de formation créées par les OrTra cantonales, réunissant des représentants de tous les domaines de prise en charge et des établissements de formation, qui abordent et traitent des sujets brûlants;
- bureaux régionaux, financés par le canton et gérés par les associations, offrant une formation pratique axée sur la coopération entre les établissements.

À elles seules, de bonnes conditions-cadres ne suffisent cependant pas lorsque les organismes responsables et la direction des établissements ne valorisent pas assez le travail de formation. La promotion de la relève doit être reconnue et encouragée au niveau

des cantons, des organisations sectorielles et des établissements, et considérée comme faisant partie intégrante de la mission des établissements.

Encadré 13 Ancrage structurel de la coopération entre les lieux de formation: «XUND» en Suisse centrale et l'Espace santé-social dans le canton de Vaud

OdASanté et le Centre de formation de Suisse centrale se sont réunis en 2017 sous la bannière commune XUND. Le centre de formation ainsi constitué est financé par les centres régionaux de soins pour personnes âgées, les hôpitaux, les SASD et leurs associations faitières correspondantes. Cette structure étroitement imbriquée permet de dispenser une formation pratique couvrant un large champ thématique, en étroite collaboration avec les établissements et les domaines de prise en charge. Cette mise en commun des ressources a permis d'accroître l'attrait des professions de la santé, de lancer de nouvelles offres et d'augmenter continuellement le nombre de places de formation. Aujourd'hui, XUND fait plus que simplement construire des passerelles. Il constitue une base prometteuse pour élargir encore les contenus de la formation.

<https://xund.ch/>

Une coopération similaire est née en juin 2021 dans le canton de Vaud, fruit de l'union entre l'OrTra Santé-Social Vaud et le Centre d'information des professions santé-social (CiPS). L'Espace santé-social Vaud, nouvellement créé, regroupe des faitières d'employeurs, des associations d'employés et les institutions de formation des niveaux secondaire II et tertiaire. Cette nouvelle plateforme a pour but de regrouper les activités dans les domaines de l'information et du marketing des professions, de la formation et de la réinsertion et de mieux les concilier avec les besoins du monde du travail. L'organisation entend soutenir les entreprises dans leurs activités de formation et de promotion de la réinsertion.

<https://ortravd.ch/>

<https://www.cips.ch/>

Le rôle clef du praticien formateur

Les membres du groupe d'accompagnement du présent rapport ont plusieurs fois rappelé l'importance du rôle des praticiens formateurs dans les établissements. Ces spécialistes spécifiquement formés assurent le suivi et l'accompagnement des apprentis et des étudiants durant leur stage, et sont leur interlocuteur direct. Or on observe un taux de fluctuation relativement important au sein de ces praticiens formateurs et la recherche de spécialistes compétents s'avère souvent difficile.

Si les effectifs d'apprentis et d'étudiants dans le secteur des soins poursuivent leur hausse, il faudra trouver davantage de spécialistes à même de les accompagner dans la partie pratique de leur formation. La prise en charge des apprentis et des étudiants

représente une fonction clef, qu'il importe de soutenir aussi largement que possible. La direction des établissements assume une lourde responsabilité en la matière. Le temps et les ressources nécessaires doivent être réservés pour le travail de formation et les grilles salariales tenir compte des fonctions supplémentaires que sont la formation pratique et la direction d'équipes, et les rémunérer en conséquence.

11.3 Champ d'action «maintien du personnel»

11.3.1 Objectifs et marge de manœuvre

Quelle que soit la branche d'activité, il est essentiel de pouvoir retenir les personnes formées, surtout en temps de pénurie de personnel qualifié. Ce principe s'applique à double titre dans le domaine de la santé. D'une part, les efforts consentis pour recruter et former du personnel resteront vains si les personnes formées quittent le secteur de la santé après quelques années de pratique, voire qu'elles n'exercent jamais la profession apprise. D'autre part, il n'est pas possible, pour diverses raisons, d'accroître les effectifs à volonté (cf. 11.3.2). Les efforts supplémentaires en matière de formation ne peuvent qu'en partie compenser les sorties précoces.

Nombre d'études ont été consacrées à la question de la situation des collaborateurs dans les professions de la santé, afin d'identifier les raisons pouvant les amener à rester dans la profession ou à la quitter.

Nous nous sommes déjà penchés en détail sur les études consacrées aux motivations des uns et des autres dans le cadre du rapport national 2016, et avons continué d'observer l'évolution de la situation depuis. Parmi les études considérées, il faut mentionner le rapport final SHURP 2018, publié en avril 2021, qui examine la qualité de la prise en charge et la situation du personnel dans les EMS de Suisse alémanique et de Suisse romande (Zúñiga et al., 2021), ainsi que l'étude d'intervention nationale «Work-related stress among health professionals in Switzerland», connue sous l'acronyme STRAIN. Cette étude a été menée de 2017 à 2021 dans toutes les régions linguistiques du pays, sous la direction de la Haute école spécialisée de Berne (Peter et al., 2020) et a réuni plus de 160 hôpitaux de soins aigus, cliniques de réadaptation, services psychiatriques, EMS et SASD. Elle avait pour but d'analyser les facteurs de stress, les réactions au stress ainsi que les effets à long terme du stress subi sur le lieu de travail dans différentes professions et à divers niveaux hiérarchiques.

Le présent rapport résume les principales conclusions de ces études. Comme dans l'édition précédente, cette synthèse tient compte du fait que les résultats ne sont pas entièrement congruents, ce qui s'explique par le fait que chaque étude part d'une problématique différente et adopte un point de vue qui lui est propre. Malgré ces différences, une tendance se dessine: l'irrégularité des horaires de travail, avec des services la nuit et le week-end, et la surcharge, tant physique qu'émotionnelle, inhérentes aux professions de la santé restent les éléments ressentis comme les plus pénibles.

Dans l'ensemble, les facteurs ci-après semblent être déterminants dans la décision de rester dans la profession ou de la quitter, étant entendu que chacun d'eux est pondéré différemment selon les personnes. L'énumération ci-après ne reflète dès lors en rien leur ordre d'importance:

- identification avec l'établissement, appréciation et soutien témoignés par les supérieurs directs;
- organisation du travail, charge de travail, sens donné aux tâches concrètes;
- réponse de l'établissement à la surcharge physique et émotionnelle du personnel;
- culture de l'établissement dans les relations avec la clientèle et le personnel, climat régnant au sein des équipes;
- possibilité de concilier travail, famille et loisirs;
- perspectives de développement du personnel;
- conditions d'engagement, telles que salaire et réglementation des vacances ou des congés.

Les considérations exposées dans ce chapitre ont pour but de livrer des pistes quant aux possibilités existant à l'échelon tant des établissements que du secteur d'activité pour influencer de manière positive sur ces facteurs, c'est-à-dire d'encourager les intéressés à rester dans la profession. Si elles n'ont pas fondamentalement changé depuis l'édition 2016, les diverses mesures envisageables à cette fin ont chacune gagné ou perdu en importance, ce que vont illustrer les exemples ci-après.

11.3.2 Mesures au niveau des établissements

La gamme des mesures pouvant être prises au niveau des établissements est vaste. La liste ci-après est donnée à titre indicatif et ne prétend pas à l'exhaustivité.

- Ancrer les questions de personnel et de formation au niveau stratégique et leur répondre par des décisions et des mesures prises à cet échelon. La mise à disposition d'effectifs suffisants au bénéfice des qualifications requises constitue un facteur de succès de premier plan.
- Reconnaître que les supérieurs directs sont les principaux interlocuteurs des équipes et jouent le rôle de modèle. Outre la gestion des situations au quotidien, leur cahier des charges recouvre des tâches exigeantes comme la planification de carrière, la reconnaissance du travail accompli et le renforcement de l'esprit d'équipe. Des formations ciblées peuvent les soutenir dans ces tâches. Une autre possibilité, pour alléger la pression et renforcer ou élargir leurs compétences, pourrait consister à constituer des équipes de direction de deux ou trois personnes à chaque niveau hiérarchique, de manière à répartir les tâches de gestion, de formation et d'expertise technique/développement des soins.
- Mettre l'accent sur le développement du personnel et les mesures d'encouragement. Il importe notamment d'adopter des stratégies claires en matière de développement du personnel, de les faire connaître et de les appliquer de manière systématique. La planification de carrière est par exemple un élément essentiel du développement du personnel et doit faire partie

intégrante des entretiens avec les collaborateurs. La pratique de l'hôpital universitaire de Zurich est exemplaire en la matière (cf. Encadré 14).

Encadré 14 Politique de développement du personnel au sein des établissements: l'exemple de l'hôpital universitaire de Zurich.

L'hôpital universitaire de Zurich s'est donné pour objectif d'offrir à ses collaborateurs des possibilités de développement ciblées et de les encourager à élargir en continu leurs compétences à l'interne. Il offre ainsi des modèles de carrière différenciés pour le personnel infirmier, médico-thérapeutique ou médico-technique.

Le modèle de carrière pour les soins infirmiers de degré tertiaire couvre huit étapes allant de l'infirmière diplômée à l'experte en soins infirmiers avec charge de recherche. Il comprend un programme pour stagiaires en début de formation, puis propose des cours de formation continue et de perfectionnement, un tutorat par des spécialistes expérimentés tout au long de la carrière, ainsi qu'un réseau d'apprentissage dans la durée. Dans le domaine médico-thérapeutique et médico-technique, le modèle inclut des formations interprofessionnelles en continu, destinées à soutenir les collaborateurs dans leur travail et à leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences, que ce soit dans la gestion ou la formation professionnelle. Enfin, le modèle est complété par des offres pour assistants en soins et santé communautaire (ASSC) et pour assistants médicaux.

<https://www.usz.ch/jobs/seiten/laufbahn-pflege.aspx>

- Veiller à la bonne intégration des nouveaux collaborateurs, notamment des collaborateurs en début de carrière. Déjà cruciale, cette tâche a fortement gagné en importance ces dernières années. Une bonne mise au courant favorise efficacement le maintien du personnel.
- Échanger régulièrement avec les collaborateurs pour relever et renforcer encore les aspects positifs, ainsi que pour identifier et corriger les points faibles. S'ils ne pourront jamais prévenir tous les départs, ces échanges permettent de cerner les motivations individuelles et (dans la mesure où l'établissement est en cause) d'instituer des mesures correctives.
- Promouvoir et préserver l'esprit d'équipe. Les professions de la santé se caractérisent par la place qu'occupe la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire au sein des équipes. Il importe d'aborder directement les éventuelles tensions et de tirer parti de chaque occasion pour renforcer l'esprit d'équipe.
- Mettre en place des structures permettant de gérer le surmenage, proposer un coaching aux membres concernés du personnel ou les décharger temporairement.
- Garantir la participation du personnel au développement de l'organisation, ménager un espace où discuter des événements du quotidien et des développements à venir.
- Exploiter toutes les possibilités visant à offrir des conditions d'embauche attrayantes, en créant notamment des conditions-cadres permettant de concilier vie professionnelle et vie

privée. Selon l'étude STRAIN, une bonne approche consiste à associer les collaborateurs à l'élaboration des plans de service et à leur permettre de faire valoir leurs préférences concernant les journées de travail ou les horaires.

- Enfin et surtout, créer et faire connaître des structures salariales claires et transparentes, qui tiennent compte aussi bien de la formation préalable que de l'expérience professionnelle.

Les autres mesures visant à retenir les collaborateurs relèvent du déploiement du personnel et sont abordées en détail dans le chapitre correspondant.

Encadré 15 Maintien du personnel dans les soins de longue durée: un outil d'évaluation pour les établissements

Les facteurs liés à l'environnement de travail jouent un rôle important dans la satisfaction des employés et donc, dans le maintien dans les professions de soins. Sur mandat de l'OFSP, le bureau de recherche BASS et la Fondation Promotion Santé Suisse (PSCH) ont donc développé un instrument de mesure des facteurs centraux de l'environnement de travail dans les soins de longue durée et l'ont validé dans des entreprises pilotes. Sur la base de l'outil d'enquête existant Friendly Work Space Job-Stress-Analysis de PSCH, un module spécial pour les soins de longue durée a été développé.

La procédure est simple: les entreprises réalisent une enquête d'environ 20 minutes auprès de leurs employés et obtiennent ainsi une image précise de l'expérience du stress, de la santé et de la satisfaction professionnelle de ces derniers.

L'offre comprend un guide pratique gratuit pour les établissements pour personnes âgées, les SASD et les consultants. Il contient des pistes de solutions et des suggestions pour créer des conditions de travail attrayantes et, partant, améliorer la santé et la satisfaction de leur personnel.

Le module spécial est disponible gratuitement pour les organisations de soins de longue durée jusqu'à la fin décembre 2021.

Pour plus d'informations:

<https://gesundheitsfoerderung.ch/> > Friendly Work Space Job-Stress-Analysis, Module spécial soins de longue durée

11.3.3 Mesures au niveau de la branche

Il y a longtemps que les organisations de la branche se penchent sur la question du maintien du personnel. L'éventail des possibilités qu'elles proposent est assez vaste, avec des accents différents selon le domaine de prise en charge.

Elles proposent ainsi une grande diversité de cours à différents niveaux, souvent en collaboration avec des prestataires de formation. Outre des cours de formation continue dans une variété de secteurs et de degrés d'études, cette offre comprend des formations pour cadres dans les domaines de la gestion et du leadership, ainsi que des formations continues pour responsables de la formation et pour praticiens formateurs.

Des conseils individuels pour les établissements sont proposés sous diverses formes, parfois avec la participation des organisations du monde du travail, et bénéficient parfois d'un soutien des autorités cantonales.

L'un des moyens qui permettront de faire face aux défis du travail quotidien et de se familiariser avec les nouveaux concepts réside dans l'échange d'expériences entre les établissements, car cet échange peut livrer de précieuses impulsions par le biais des modèles de bonne pratique.

Les associations de la branche et les associations professionnelles proposent toute une série de congrès et de rencontres spécialisées. Ces derniers constituent une occasion de se confronter à l'évolution de la profession ainsi que de s'informer sur les modèles de bonne pratique et sur les offres de formation continue et de perfectionnement destinées aux collaborateurs.

11.3.4 Soutien à la réinsertion professionnelle

Le travail quotidien dans le domaine de la santé connaît des changements rapides, qui touchent aussi bien les aspects professionnels et technologiques que les relations avec les patients.

Pour encourager la réinsertion professionnelle, les établissements peuvent agir à deux niveaux:

- former des personnes en réinsertion dans le cadre de cours proches de la pratique, qui leur permettent de transférer leurs compétences et leurs connaissances professionnelles préalables dans leur nouvel environnement de travail. Outre les prestataires de formation et les associations professionnelles, de plus en plus d'établissements de grande taille mettent sur pied de tels cours à l'intention de candidats à une réinsertion professionnelle, ou les accompagnent lors de stages structurés comprenant des perfectionnements individualisés. Certains cantons participent au financement de ces offres (cf. Encadré 10);
- offrir aux personnes en réinsertion professionnelle un encadrement attentif durant la phase d'introduction, pour les aider à rafraîchir et à étendre leurs connaissances professionnelles sur la base des nouvelles exigences.

11.4 Champ d'action «déploiement du personnel»

11.4.1 Stratégies d'entreprise, organisation des processus et déploiement du personnel

Un déploiement du personnel respectant les compétences spécifiques de chacun se répercute positivement sur le taux de satisfaction et sur le sens du travail accompli. Puisque les tâches et les stratégies de prise en charge évoluent sans cesse, il est impératif de prendre cette évolution en considération. Lorsque l'on redéfinit les plans de déploiement du personnel, il importe en outre de tenir compte des changements dans les profils de qualification.

Les mesures visant à optimiser les stratégies de gestion, l'organisation des processus et le déploiement du personnel sont des processus qui relèvent du développement des organisations et font partie intégrante des tâches de direction des établissements. Une organisation du travail qui permet d'accomplir les tâches et de répondre aux besoins de la clientèle tout en exploitant pleinement les compétences de chacun tend à améliorer l'attrait du travail et la satisfaction des collaborateurs. Améliorer cette satisfaction implique également de réfléchir aux moyens de décharger le personnel de santé des tâches purement administratives et étrangères à leur cœur de métier. Autant de pistes qui permettent à l'organisation de se développer harmonieusement et de maintenir ainsi son personnel.

Le dossier électronique du patient apporte une valeur ajoutée, en particulier pour la prise en charge de personnes ayant de nombreux antécédents médicaux et présentant une multimorbidité. Il favorise la collaboration et la mise en réseau des professionnels de la santé. La mise à disposition simple et rapide, pour tous les acteurs, des informations pertinentes sur les diagnostics, les traitements médicaux et la médication permet de faciliter la collaboration tout au long de la chaîne de prise en charge et va dans le sens des soins intégrés. Elle contribue ainsi à améliorer le déroulement des traitements.

11.4.2 Collaboration entre les établissements

Il est également possible d'optimiser le déploiement du personnel en favorisant une collaboration ciblée entre les établissements. C'est notamment le cas lorsqu'une institution a besoin de spécialistes, mais qu'elle ne peut pas à elle seule exploiter leurs l'ensemble de leurs compétences et en tout temps.

Collaborer entre établissements signifie aussi participer à la coordination au sein du réseau de fournisseurs de prestations. Le déploiement du personnel par une institution n'est optimal que lorsque les clients sont pris en charge dans un établissement répondant à leurs besoins spécifiques. Une coordination ouverte entre institutions peut contribuer à éviter des placements mal adaptés et un déploiement inefficace du personnel.

Les réseaux institutionnalisés de soins intégrés représentent la forme stratégiquement la plus aboutie de collaboration entre les établissements, car ils ancrent cette collaboration au sein des établissements (cf. Encadré 16).

Encadré 16 Services de santé intégrés sous un même toit: la fondation Flury à Schiers GR

La Fondation Flury à Schiers est le prestataire régional de soins de santé pour la région du Prättigau. La fondation comprend l'hôpital de Schiers, trois établissements pour personnes âgées, les services d'aide et de soins à domicile Prättigau, un service de soins palliatifs, une crèche et une offre de logements avec services. La Fondation Flury emploie environ 500 personnes sur quatre sites et existe sous cette forme depuis près de 20 ans.

L'offre globale de soins sous un même toit présente de nombreux avantages pour les patients et le personnel. Le regroupement de la gestion, des RH et de l'informatique crée des synergies et favorise une meilleure répartition des coûts fixes. La taille de la structure permet, par exemple, de financer un poste pour le développement des soins ou de réaliser une formation continue pour l'ensemble du personnel.

Grâce à la large gamme de services, tous les domaines d'apprentissage peuvent être couverts pour la formation ES en soins infirmiers. D'une certaine manière, la Fondation fonctionne comme un réseau de formation sous un même toit et peut ainsi dépasser les exigences cantonales en matière de formation.

Cette forme d'organisation offre également de nombreux avantages en termes de recrutement et de maintien du personnel. Au besoin, le personnel peut passer à un autre secteur de soins sans avoir à quitter l'entreprise. Cela a un effet positif sur la fidélisation du personnel et réduit la charge pour le recrutement de personnel qualifié. La Fondation dispose également d'un pool de dix professionnels des soins infirmiers à temps partiel qui sont déployés en tant que remplaçants à l'hôpital, en établissement pour personnes âgées ou dans le service d'aide et de soins à domicile. Les manques de personnel à court terme peuvent ainsi être palliés.

<https://www.flurystiftung.ch>

modèles existants se limitent à un périmètre géographique et à certains groupes cibles.

Il reste donc toujours un grand potentiel pour déployer plus largement une prise en charge intégrée. La volonté d'exploiter ce potentiel ne relève pas seulement des fournisseurs de prestations. Les assureurs et les patients doivent se mobiliser, tout comme la Confédération, les cantons et les communes, qui doivent contribuer à créer des conditions-cadres appropriées. C'est dans l'idée d'identifier les axes d'intervention et les mesures possibles que la CDS a publié en 2019 son Guide pour les soins intégrés dans les cantons (Zanoni et al., 2019).

Mais qui dit modèles de soins intégrés dit aussi formation et déploiement de personnel infirmier et d'autres profils professionnels à même d'assumer des fonctions étendues (advanced practice ou pratique avancée, APN). Avec l'avènement des infirmières et des infirmiers de pratique avancée APN, les soins infirmiers sont appelés à jouer un rôle de premier plan parmi les professions de la santé. Ces professionnels sont des titulaires d'un master en soins infirmiers, qui disposent de l'expertise et des capacités nécessaires pour prendre des décisions thérapeutiques dans les situations les plus complexes, et de compétences cliniques suffisantes pour exercer un rôle élargi en milieu hospitalier ou ambulatoire. Si ces profils se sont établis depuis longtemps déjà dans les pays anglo-saxons, la Suisse ne s'est pas encore dotée des bases légales nécessaires au niveau fédéral. Par ailleurs, les modèles tarifaires actuels ne permettent pas aux spécialistes de pratique avancée actifs dans le secteur ambulatoire de facturer directement leurs prestations.

11.4.3 Soins intégrés et pratique avancée

Pour être en mesure d'assurer durablement la prise en charge du nombre croissant de personnes présentant des pathologies chroniques ou une multimorbidité avec les effectifs existants de personnel de santé, il faut que les structures de soins actuelles, segmentées et axées sur les soins somatiques aigus, évoluent vers une prise en charge intégrée de toutes les gammes de pathologies. La mise en réseau et la coordination des fournisseurs de prestations ont pour but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, ainsi que d'éviter les traitements et les coûts inutiles. Nombre d'initiatives et de projets ont vu le jour en Suisse ces dix à vingt dernières années en faveur d'une mise en réseau des fournisseurs de prestations et d'une prise en charge centrée sur le patient, mais cette intégration n'implique souvent que quelques niveaux des structures de prise en charge et ne prend pas en compte l'ensemble des processus de soins. De plus, les

12 Vue d'ensemble et appréciation

12.1 Effectif du personnel de soins et d'accompagnement

En 2019, 185 600 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement sont recensées dans les institutions de santé. Depuis 2012, cet effectif a augmenté de 19%, pour un accroissement de 29 100 personnes employées.

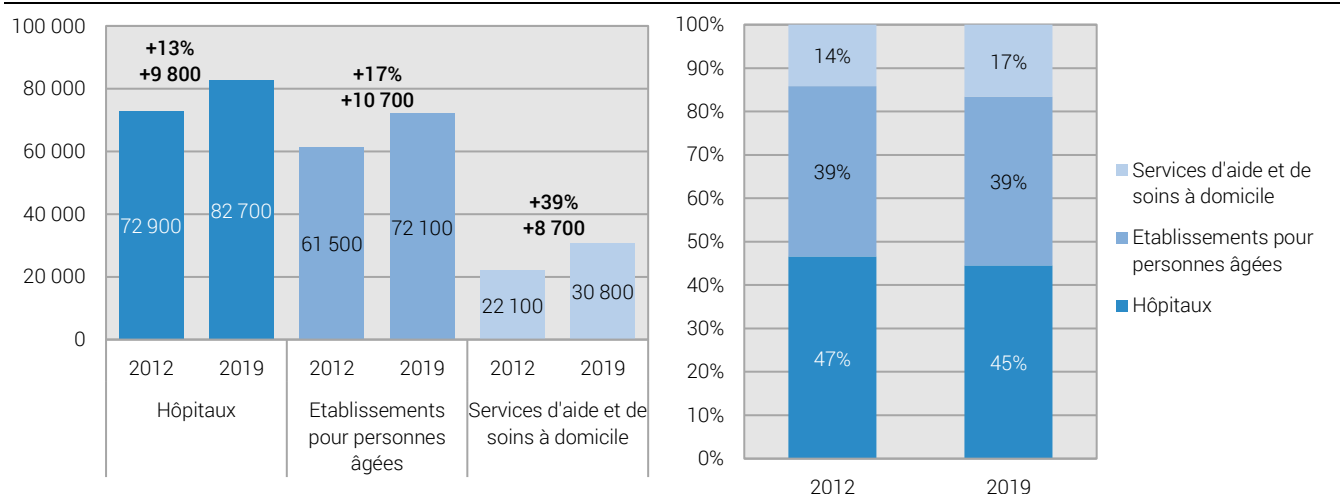
Entre 2012 et 2019, les différents types d'institutions de santé se sont développés à des rythmes différents (G 12.1): l'effectif en milieu hospitalier s'est accru de 13%, le nombre de personnes travaillant dans un EMS a augmenté un peu plus rapidement (+17%) et **la hausse de l'effectif a été particulièrement rapide au sein des SASD (+39%)**. De ce fait, le nombre supplémentaire de personnes employées par chacune de ces institutions entre 2012 et 2019 se situe dans des ordres de grandeur assez proches (entre +8700 pour les SASD et +10 700 pour les EMS).

La part de personnel de soins et d'accompagnement travaillant à l'hôpital a ainsi légèrement baissé pour passer de 47% en 2012 à 45% en 2019. À l'inverse, la part travaillant dans les SASD a augmenté pour passer de 14% à 17%. La part de personnes employées par des EMS est restée stable (39%).

Au sein des institutions sous étude, les professionnels des domaines médico-techniques et médico-thérapeutiques sont principalement actifs dans les hôpitaux. Dans le domaine médico-technique, la croissance de l'effectif entre 2012 et 2019 y a été du même ordre de grandeur que dans le domaine des soins et de l'accompagnement (+13%). La hausse du nombre de personnes employées y a par contre été particulièrement forte dans le domaine médico-thérapeutique (+32%).

La croissance de l'effectif du personnel de soins et d'accompagnement observée entre 2012 et 2019 a principalement été alimentée par la hausse du nombre de personnes des degrés secondaire II avec CFC et tertiaire (G 12.2). En considérant l'ensemble des institutions de santé, 90 600 soignants de degré tertiaire sont recensés en 2019. Cet effectif s'est accru de 13% depuis 2012, ce qui représente 10 800 personnes supplémentaires. Le nombre de détenteurs d'un titre du degré secondaire II avec CFC a augmenté particulièrement rapidement: 13 800 personnes supplémentaires sont recensées, ce qui correspond à une croissance de 52% de l'effectif, pour un total de 40 100 personnes employées à ce niveau de formation en 2019. Avec une croissance de 1% de l'effectif, le nombre de détenteurs d'un titre du degré secondaire II avec AFP n'a par contre que peu évolué entre 2012 et 2019.

G 12.1 Effectif et répartition du personnel de soins et d'accompagnement (personnes employées) par type d'institution, en 2012 et en 2019



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) © Obsan 2021

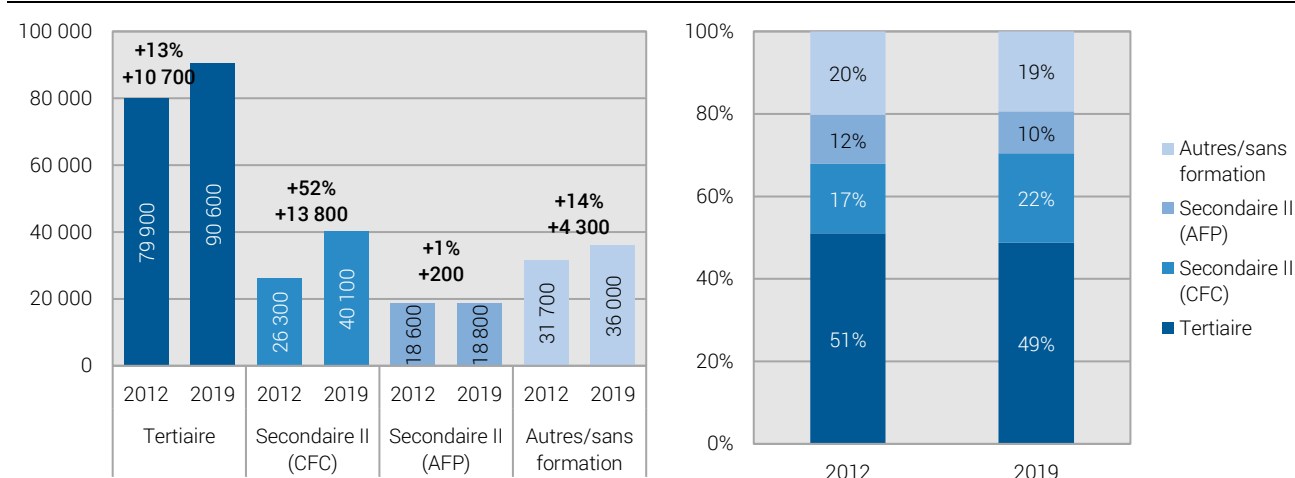
Entre 2012 et 2019, le grade-mix du personnel de soins et d'accompagnement a ainsi évolué dans le sens d'un **renforcement du niveau de qualification intermédiaire**. En effet, la part de détenteurs d'un titre du degré secondaire II avec CFC a rapidement augmenté, passant de 17% à 22% de l'effectif. Ceux-ci se sont tant substitués à des personnes plus qualifiées que moins qualifiées. Au cours de cette période, la part de soignants du degré tertiaire est ainsi passée de 51% à 49% alors que la part de personnes avec un titre du secondaire II avec AFP ou sans titre de formation formel est passée de 32% à 29%.

La composition de l'effectif par degré de formation diffère selon le type d'institution (G 12.3). Avec 70% de soignants de degré

tertiaire, **les hôpitaux présentent le profil le plus qualifié**. Cette part est de 42% au sein des SASD et de 28% dans les EMS. Les personnes du degré secondaire II avec CFC occupent une place plus importantes au sein des EMS et des SASD que dans les hôpitaux.

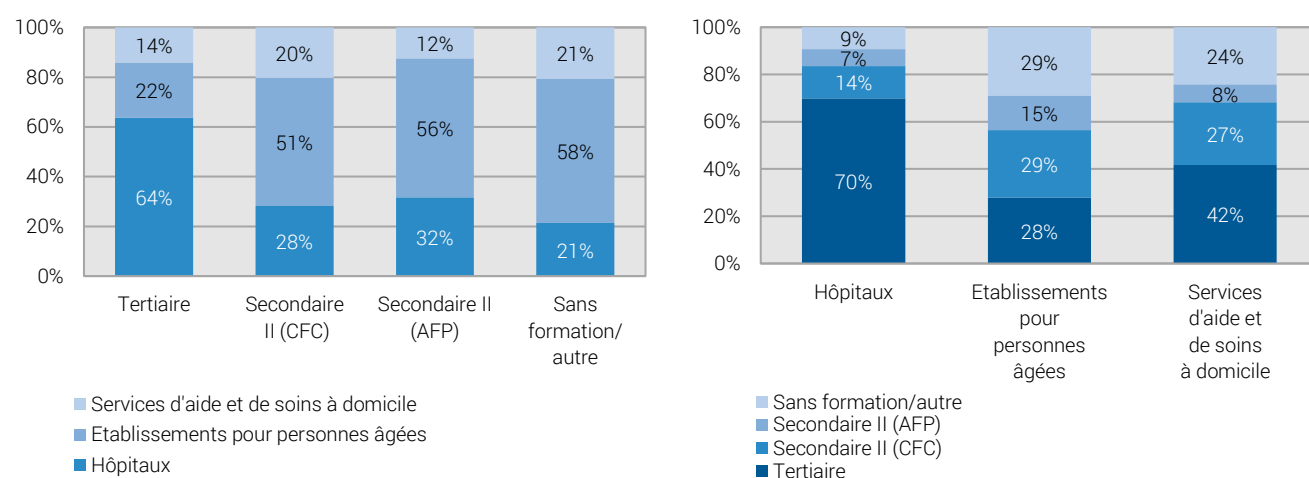
En raison des différences de grade-mix existant entre les institutions de santé, les lieux de travail diffèrent selon le degré de formation du personnel de soins et d'accompagnement. **Près des deux tiers des soignants de degré tertiaire (64%) travaillent en milieu hospitalier** alors que pour les autres degrés de formation, la majorité des personnes employées travaille au sein d'un EMS.

G 12.2 Effectif et répartition du personnel de soins et d'accompagnement (personnes employées) par degré de formation, en 2012 et en 2019



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)
© Obsan 2021

G 12.3 Répartition du personnel de soins et d'accompagnement (personnes employées) par type d'institution et par degré de formation, en 2019



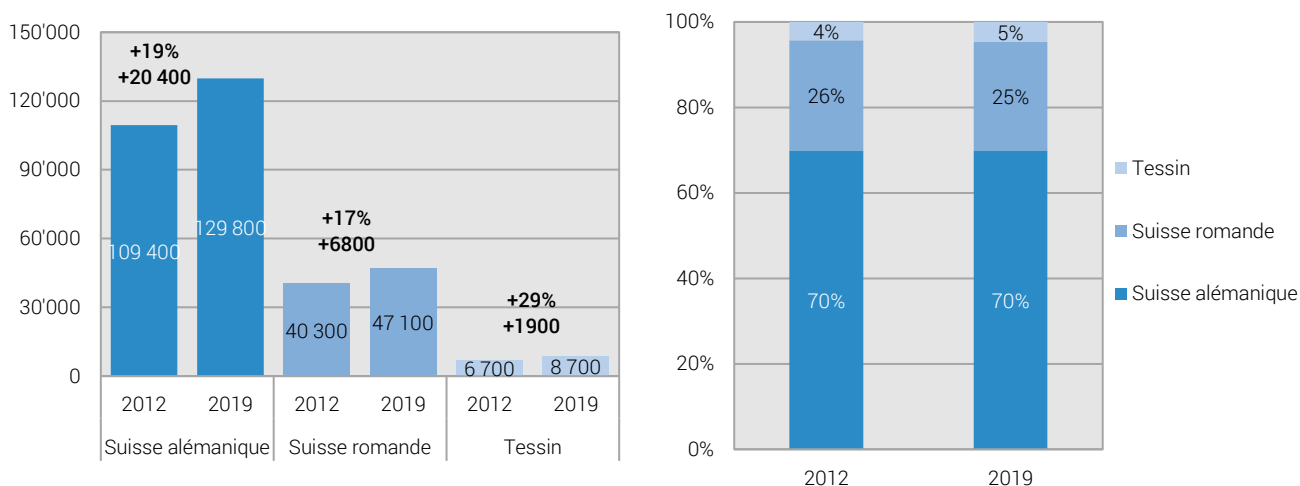
Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)
© Obsan 2021

Entre 2012 et 2019, la croissance de l'effectif du personnel de soins et d'accompagnement a été un peu plus rapide en Suisse alémanique (+19%, G 12.4) qu'en Suisse romande (+17%). Au Tessin, la hausse du nombre de personnes du domaine des soins et de l'accompagnement a été particulièrement forte (+29%).

Des **différences entre les régions linguistiques** apparaissent également concernant la répartition du personnel de soins et d'accompagnement par type d'institution (G 12.5). La part travaillant à l'hôpital est la plus élevée en Suisse romande (47%) alors que la part travaillant dans les soins de longue durée (établissements pour personnes âgées et services d'aide et de soins à domicile) est la plus haute dans le canton du Tessin (62%).

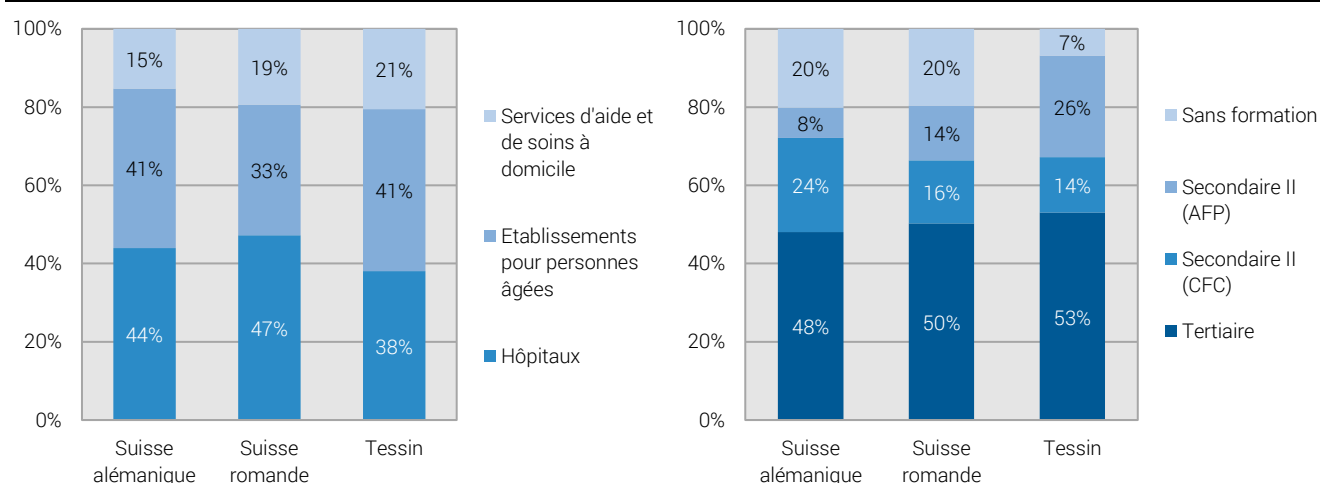
Concernant le grade-mix du personnel de soins et d'accompagnement, c'est en Suisse alémanique que la part de détenteurs d'un titre du degré secondaire II avec CFC (24%) est la plus importante. En Suisse alémanique et en Suisse romande, les personnes ne disposant pas d'un titre de formation formel représentent un cinquième de l'effectif. Au Tessin, ce sont les détenteurs d'un titre du degré secondaire II avec AFP qui occupent une place particulièrement importante au sein de l'effectif (26%). Par rapport à la Suisse romande, la part de soignants de degré tertiaire (50%) est légèrement plus basse en Suisse alémanique (48%) et plus élevée au Tessin (53%).

G 12.4 Effectif et répartition du personnel de soins et d'accompagnement (personnes employées) par région linguistique, en 2012 et en 2019



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) © Obsan 2021

G 12.5 Répartition du personnel de soins et d'accompagnement par type d'établissement et par degré de formation, par région linguistique, en 2019



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) © Obsan 2021

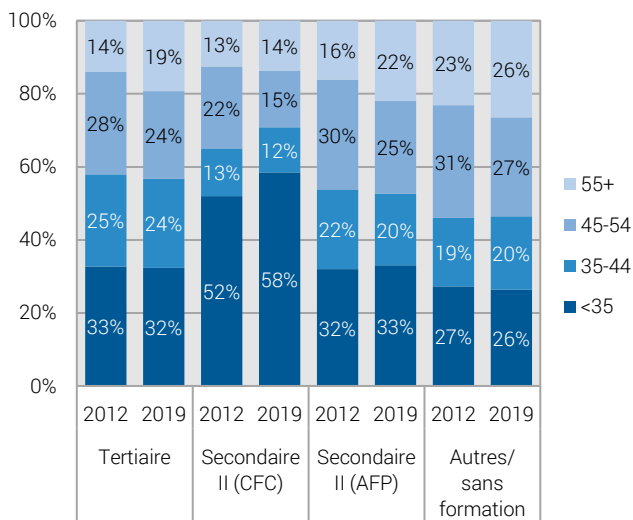
12.2 Caractéristiques socio-démographiques de l'effectif

Seules les caractéristiques socio-démographiques du personnel engagé dans les hôpitaux et les EMS peuvent être décrites, ces informations n'étant pas relevées pour le personnel des SASD.

Un **vieillessement du personnel de soins et d'accompagnement est observé à tous les degrés de formation, à l'exception du degré secondaire II avec CFC (G 12.6)**. Pour les soignants du degré tertiaire, la part de personnes âgées de 55 ans et plus est passée de 14% en 2012 à 19% en 2019.

Au degré secondaire II avec CFC, la part de personnel de soins et d'accompagnement âgé de moins de 35 ans est passée de 52% en 2012 à 58% en 2019, ce qui s'explique par l'intense activité de formation de ces dernières années.

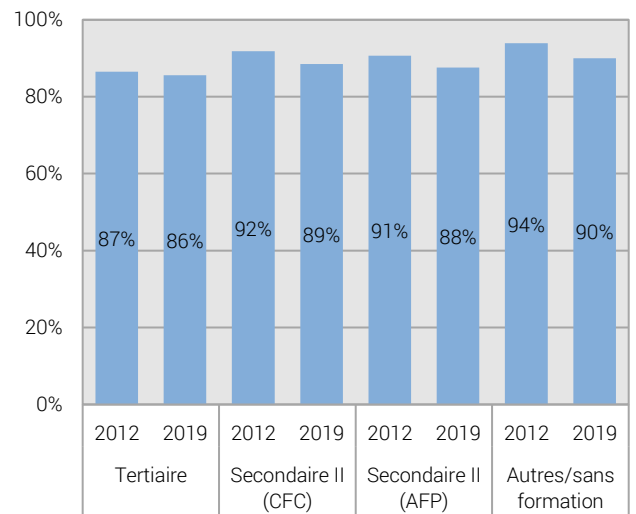
G 12.6 Hôpitaux et EMS: Répartition par classe d'âge du personnel de soins et d'accompagnement, par degré de formation, en 2012 et en 2019



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) © Obsan 2021

Si les professions du domaine des soins et de l'accompagnement restent principalement féminines, une certaine tendance à la masculinisation s'observe (G 12.7). Cet effet est très modéré pour les soignants du degré tertiaire (de 87% à 86% de femmes entre 2012 et 2019) mais il est plus manifeste pour les autres degrés de formation. Par exemple, la **part de femmes au sein du personnel du degré secondaire II avec CFC est passée de 92% en 2012 à 89% en 2019**.

G 12.7 Hôpitaux et EMS: Part de femmes au sein du personnel de soins et d'accompagnement, par degré de formation, en 2012 et en 2019

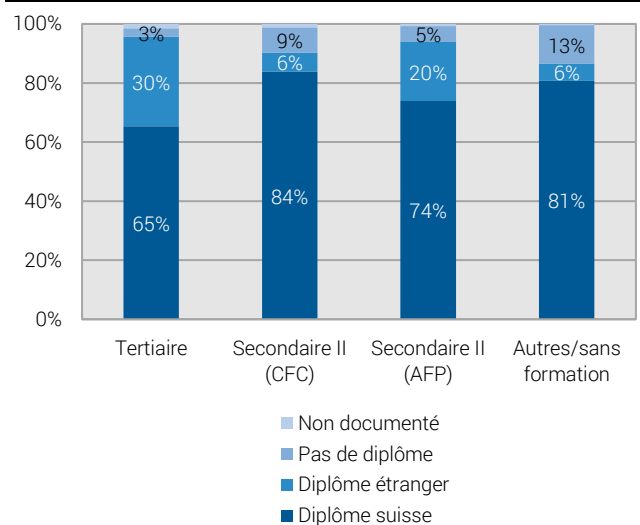


Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) © Obsan 2021

La **part de personnel de soins et d'accompagnement disposant d'un diplôme étranger est la plus élevée au degré tertiaire (30%)**, suivi du degré secondaire II de type AFP (20%, G 12.8). Au degré secondaire II de type CFC, cette part est la plus basse (6%).

Les données concernant les hôpitaux ne permettent pas d'observer l'évolution de la part de titres étrangers, mais il a été vu que par rapport à 2012, celle-ci a augmenté dans les EMS (voir 4.1.3).

G 12.8 Hôpitaux et EMS: Origine du diplôme du personnel de soins et d'accompagnement, par degré de formation, en 2019



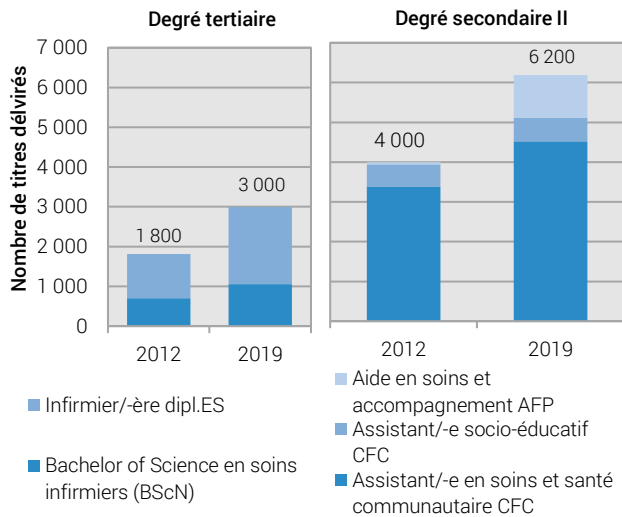
Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) © Obsan 2021

12.3 Activité de formation

Sur la période 2012-2019, l'augmentation du nombre de titres délivrés dans le domaine des soins et de l'accompagnement témoigne d'une **intensification de l'activité de formation**. Au degré tertiaire, le nombre de titres délivrés est passé d'environ 1800 à près de 3000 (formations ES et HES). Pour le degré secondaire II, le nombre de titres délivrés pour les différentes voies de formation considérées est passé de 4000 en 2012 à près de 6200 en 2019.

Dans le domaine des soins et de l'accompagnement, l'offre de formation se complète de plus avec des possibilités de formation continue à différents degrés de formation (brevets fédéraux, études post-diplôme, examens professionnels supérieurs). Dans les années à venir, l'offre de formation continue devrait encore s'étoffer avec la création de nouvelles offres.

G 12.9 Diplômés dans le domaine des soins et de l'accompagnement, en 2012 et en 2019

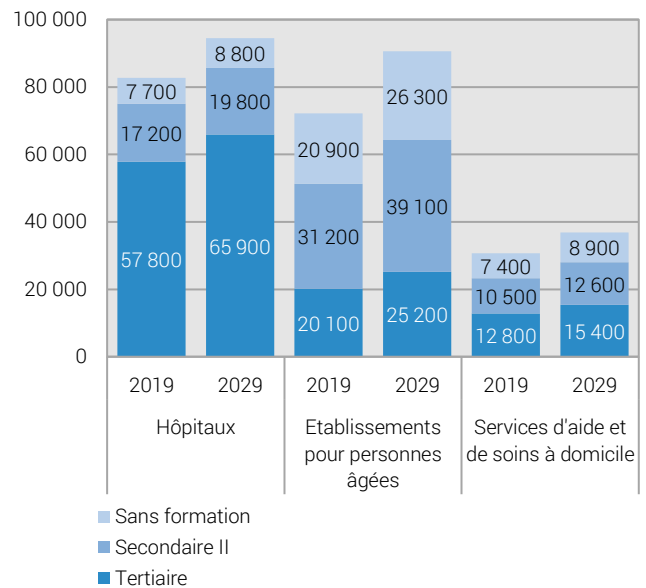


Sources: OFS – Système d'information universitaire suisse (SIUS), Statistique des diplômes (SBA) et Statistique de la formation professionnelle initiale (SFPI). © Obsan 2021

12.4 Besoins futurs de personnel de soins et d'accompagnement

Partant d'un total de 185 600 personnes employées en 2019, les besoins de personnel de soins et d'accompagnement pourraient, selon le scénario de référence, passer à 222 100 personnes à l'horizon 2029 (G 12.10). Ces projections, qui ne prévoient pas de transfert entre les différents modes de prise en charge, tablent sur une hausse de 14% des besoins de personnel en milieu hospitalier, de 26% en EMS et de 19% dans les SASD. Cela représente 15 900 soignants supplémentaires au degré tertiaire, 12 600 au degré secondaire II et 8000 personnes sans titre de formation formel, soit au total, un besoin supplémentaire de 36 500 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement.

G 12.10 Effectif du personnel de soins et d'accompagnement en 2019 et projections à l'horizon 2029 (scénario de référence), par type d'institution et selon le degré de formation



Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© Obsan 2021

12.5 Offre et besoins de relève

Le modèle de projection élaboré permet d'estimer le taux de couverture des besoins de relève au sein du personnel de soins et d'accompagnement des degrés tertiaire et secondaire II sur la période 2019-2029.

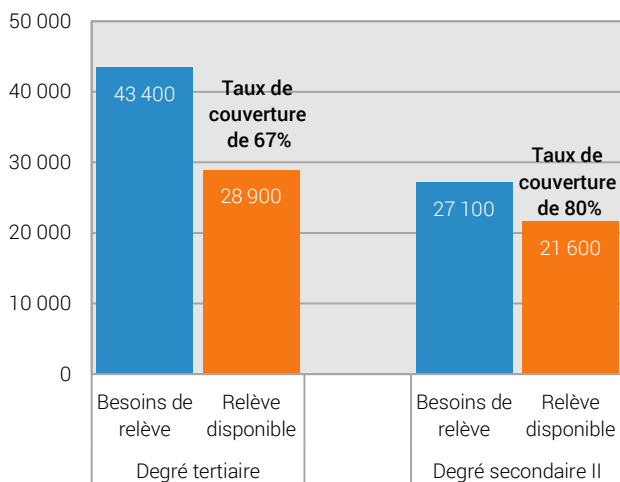
Selon ce modèle, le degré de couverture des besoins par la relève disponible à l'horizon 2029 est de 67% pour le degré tertiaire et de 80% pour le degré secondaire II.

Les besoins de relève établis à l'horizon 2029 se composent d'une part, des besoins de personnel supplémentaire liés aux évolutions démographique et épidémiologique (voir G 12.10) et d'autre part, des besoins de remplacement liés aux départs à la retraite et aux sorties précoces de la profession. Sur la base des modalités composant le scénario de référence, le besoin de relève au sein des soignants du degré tertiaire est estimé à 43 400 personnes à l'horizon 2029. Pour le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II, le besoin de relève estimé à l'horizon 2029 est de 27 100 personnes, ce nombre ne tenant toutefois pas compte des sorties précoces de la profession.

Quant à l'offre de relève à l'horizon 2029, elle se compose en premier lieu des futurs diplômés. Pour les soignants du degré tertiaire, on déduit la part n'entrant pas dans la profession ou n'exerçant pas dans une institution de santé. Une estimation des sorties précoces de la profession est également intégrée au calcul. Pour les personnes du degré secondaire II, il est tenu compte des transitions de formation ainsi que des sorties du marché du travail ou

de la profession. Selon le scénario de référence, une offre de relève effectivement disponible d'environ 28 900 soignants pour le degré tertiaire et de 21 600 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement pour le degré secondaire II est calculée à l'horizon 2029.

G 12.11 Besoin de relève et relève disponible entre 2019 et 2029: Personnel de soins et d'accompagnement, selon le degré de formation



Source: Modèle de projection Obsan

© Obsan 2021

Il est important de souligner que les résultats présentés ne constituent pas des prévisions mais des **projections de la situation actuelle sous certaines conditions et hypothèses**. Dans le cadre de ce projet, des facteurs tels qu'une modification des modalités de prise en charge des patients (e.a. via un transfert vers l'ambulatoire) n'ont par exemple pas pu être pris en compte. Les résultats correspondant aux scénarios minimaux et maximaux fournissent au lecteur des indications quant à l'incertitude entourant le scénario de référence.

12.6 Situation en termes d'effectifs et défis à venir

La situation actuelle du recrutement dans les soins et l'accompagnement ainsi que dans les autres professions de la santé est tendue, le domaine le plus touché étant celui des soins stationnaires de longue durée. D'une manière générale, on constate que plus le niveau de qualification requis est élevé et plus il est difficile de trouver du personnel. Cela concerne tout particulièrement le personnel hautement spécialisé, soit par exemple les experts en

soins d'urgence, en réanimation et en anesthésie, mais également les professionnels d'autres domaines comme du domaine opératoire dans les hôpitaux ou des soins aux plaies, très demandés dans les soins de longue durée et les soins à domicile.

Cette pénurie de personnel a pour principale conséquence de prolonger les durées de vacance de postes, ce qui alourdit la charge de travail du personnel en place. De plus, les établissements recourent toujours plus souvent aux agences de placement et aux temporaires. Pour le personnel (d'encadrement) en place, cela se traduit par un surcroît de travail de mise à niveau et d'intégration dans les équipes, qui plus est pour des engagements de durée limitée.²⁰ Enfin, cette pénurie de personnel entraîne une augmentation de la part de détenteurs d'un diplôme étranger. Cette part a continué de croître entre 2012 et 2019 et s'inscrit aujourd'hui à 30% en moyenne parmi les soignants de degré tertiaire. Le recours à du personnel formé à l'étranger et en particulier aux frontaliers n'est toutefois pas possible partout dans les mêmes proportions. Si plus de 50% des professionnels des soins qui travaillent dans les hôpitaux et les EMS de Suisse romande sont titulaires d'un diplôme étranger, cette part tombe à 22% en Suisse alémanique, soit moins de la moitié. Cet écart considérable pourrait s'expliquer notamment par la proximité à la frontière et par le facteur de la langue. Le «Schwyzerdütsch» constitue en effet un obstacle linguistique qui ne touche pas les régions francophones et italophones.

Du point de vue de la branche, la pression des coûts et le virage ambulatoire représentent les principaux défis qui se posent à l'avenir aux établissements pour ce qui concerne l'activité de formation (voir 10.4). Et la situation est appelée à s'accroître, dans la mesure où il faudra encore augmenter le nombre de personnes formées dans les différentes filières dans les années à venir. Pour que l'activité de formation ne diminue pas du fait de la pression sur les coûts, il importe que les cantons la reconnaissent en tant que prestation à part entière et la fassent apparaître clairement dans les systèmes de financement. Au niveau des établissements, l'activité de formation doit acquérir le niveau de priorité d'une activité stratégique et bénéficier du soutien plein et entier de la direction.

Un autre facteur qui devrait se répercuter positivement sur la formation est le déploiement à large échelle des soins intégrés, car la mise en réseau des fournisseurs de prestations crée également des synergies dans le domaine de la formation, comme le ferait un réseau de formation. Cela permet par ailleurs aux petits établissements de contribuer eux aussi à la formation. Les situations de prise en charge tendront à se complexifier à l'avenir, avec un accroissement de la proportion de personnes d'âge avancé présentant des polymorbidités ou des atteintes psychiques. Il faut donc associer les proches et l'environnement social à l'accompagnement de ces personnes. La complexité croissante de la prise en charge comportera également des répercussions dans

²⁰ Un groupe de chercheurs placé sous la direction de la *School of Management and Law* de la ZHAW étudie actuellement les conséquences du travail temporaire organisé sur plateformes (*crowd working*) des professionnels en soins infirmiers dans les hôpitaux suisses, sur les plans individuel, organisationnel et social. Ce projet de recherche

s'inscrit dans le programme national de recherche 77 consacré à la transformation numérique. <https://www.nfp77.ch/fr/portfolio/organisation-optimale-du-travail-temporaire-moyennant-des-plateformes-en-ligne/>

les divers domaines de formation; elle pourra renforcer l'attrait des formations, à condition que l'on dispose de suffisamment de temps et de formateurs pour transmettre les savoir-faire, les connaissances et les attitudes nécessaires à la gestion des cas complexes.

12.7 Mesures prioritaires

Les mesures doivent être maintenues dans tous les champs d'action, et renforcées partout où cela sera possible. Les activités de recrutement, de formation, de maintien et de déploiement du personnel sont interdépendantes et nécessitent l'appui de tous les acteurs impliqués. Nous jugeons cependant nécessaire de mentionner dans ce chapitre final un certain nombre d'aspects et de mesures auxquels la CDS et l'OdASanté devraient prêter une attention particulière.

Champ d'action «recrutement»

Les efforts de marketing en matière de recrutement devraient être davantage axés sur les professions de la santé, les niveaux de qualification et les secteurs de prise en charge présentant les besoins les plus aigus. Il s'agit en particulier d'intéresser davantage de personnes aux soins de longue durée.

Champ d'action «formation»

- Les adultes souhaitant se réorienter représentent un groupe cible important, mais encore sous-estimé pour les formations du domaine de la santé. Les organismes de formation, les établissements et les OrTra cantonales sont incités à mieux exploiter ce potentiel, en offrant des formations modulaires en cours d'emploi qui tiennent compte des connaissances et de l'expérience professionnelles déjà acquises. Les formations en cours d'emploi correspondent également à un besoin de la jeune génération, qui souhaite pouvoir bénéficier d'offres flexibles et adaptées aux circonstances de vie.
- Pour nombre de personnes intéressées par une formation de degré tertiaire, un salaire en cours de formation plus élevé serait nécessaire pour qu'elles puissent envisager d'entamer un tel cursus (cf. 11.1.3.). Les programmes de formation soutenus par l'employeur prévoient que les établissements versent un salaire plus élevé aux collaborateurs suivant une formation. Un soutien financier par les cantons permet également aux établissements formateurs de petite taille, moins solides financièrement, d'attirer eux aussi des collaborateurs suivant un tel programme. Le contre-projet indirect à l'initiative sur les soins infirmiers prévoit que la Confédération et les cantons allouent un soutien financier aux étudiants en soins infirmiers HES et ES. Un tel soutien aux cursus en soins infirmiers pourrait toutefois induire une situation de concurrence avec les cursus médico-techniques et médico-thérapeutiques, et mettre ces derniers sous pression. Selon l'issue du vote sur

l'initiative «Pour des soins infirmiers forts», le contre-projet indirect sera ou non mis en œuvre.

- Pour que le nombre de diplômés HES en soins infirmiers augmente, il faut une plus forte proportion de détenteurs d'une maturité gymnasiale, professionnelle ou spécialisée. Selon une étude de l'OFS, seuls 13% des titulaires d'un CFC d'assistants en soins et santé communautaire certifiés en 2012 détenaient une maturité professionnelle (Suisse romande: plus de 20%, Suisse alémanique: 11%). Au sein de cette volée, sur l'entier du pays, 32% avaient entamé ou achevé un cursus ES en soins infirmiers six ans plus tard et seulement 5% un cursus HES (cf. 7.2.2). Là aussi, il revient surtout aux établissements d'informer leurs apprentis suivant un cursus CFC de la possibilité d'opter pour un cursus avec maturité professionnelle et de les soutenir dans cette démarche. La Suisse romande forme nettement moins d'assistants en soins et santé communautaire, proportionnellement à sa population, que la Suisse alémanique ou le Tessin. Pour augmenter le potentiel de recrutement dans les cursus HES à travers la voie de la maturité professionnelle dans cette région du pays, il faut commencer par y augmenter le nombre d'assistants en soins et santé communautaire. En Suisse alémanique, il serait possible d'encourager la filière des écoles de culture générale santé à canaliser davantage de personnes vers les cursus de degré tertiaire.
- L'augmentation des effectifs suppose en fin de compte que l'on accroisse le nombre de places d'apprentissage et de stage. Cela signifie qu'il faudra davantage de formateurs et de référents de stage dans les établissements. Aujourd'hui déjà, certains établissements peinent à trouver et à conserver au sein de leur personnel suffisamment de personnes intéressées à assumer ces fonctions supplémentaires. Les établissements et les OrTra cantonales devraient porter une attention particulière à la relève dans ces fonctions clefs.

Champ d'action «maintien du personnel»

Les mesures visant à retenir le personnel jouent elles aussi un rôle central. Si l'on parvenait à conserver une plus grande proportion de professionnels formés dans le domaine des soins sur l'entier de leur carrière, cela permettrait de réduire sensiblement la pénurie de personnel.

Bon nombre d'études ont été consacrées aux facteurs favorables et défavorables au maintien du personnel, et ceux-ci sont abordés dans le présent rapport (cf. 11,3). Le défi consiste à mettre en œuvre une politique de maintien dans les conditions prévalant actuellement, soit une très forte pression sur les coûts. Certaines mesures n'exigent toutefois pas de grands moyens financiers.

- La transition entre la formation et l'entrée sur le marché du travail représente un moment charnière. Une analyse des données de l'OFS a montré que 92% environ des diplômés en soins infirmiers de niveau ES ou HES travaillent dans le domaine des soins un an après l'obtention de leur diplôme, mais seulement 80% en tant que soignants dans un hôpital, un EMS ou dans les soins à domicile. Sur les cinq à dix ans suivant l'obtention du diplôme, le taux de sortie est estimé à

quelque 5%. Or la perte d'une telle proportion de diplômés en soins et accompagnement au moment de l'entrée sur le marché du travail ainsi que le nombre de sorties de la profession quelques années après l'obtention du diplôme représentent un très sérieux problème pour le secteur de la santé. Les établissements doivent exploiter toutes les possibilités s'offrant à eux pour motiver leurs apprentis et stagiaires à rester en leur sein à l'issue de leur formation, ainsi que planifier et accompagner de manière optimale la transition vers la pratique et la prise graduelle de responsabilités. Les modèles de mentoring destinés aux nouveaux collaborateurs ont par exemple donné des résultats concluants.

- Autre thème important: la charge physique et psychique supportée par le personnel des soins. La pandémie de Covid-19 a bien entendu encore accentué le phénomène. La lourde charge de travail et les horaires irréguliers semblent constituer des raisons supplémentaires pour lesquelles seule une minorité au sein du personnel de soins choisit de travailler à temps plein. Le personnel d'encadrement joue un rôle clef en la matière et doit s'efforcer de reconnaître à temps les signes de surmenage et de proposer les allègements nécessaires. Pour permettre de concilier vie professionnelle, vie familiale et temps libre, il n'est pas suffisant de proposer une structure de garde d'enfants adaptée aux horaires particuliers du secteur d'activité. Il faut par exemple aussi que les plans de répartition des services soient tenus et que le personnel ne soit pas appelé d'urgence pour des remplacements.
- Le potentiel est loin d'être épuisé pour ce qui touche à la planification de carrière, au développement professionnel et à la promotion des talents. Il est par exemple important d'informer régulièrement le personnel des possibilités de développement professionnel. Les entretiens de départ permettent quant à eux de mieux comprendre les motifs du départ et peuvent être utilisés pour informer le collaborateur sortant des possibilités de transfert dans un autre secteur. Les réseaux de soins intégrés sont prédestinés pour une telle collaboration inter-établissements en matière de planification de carrière et de recrutement.

Champ d'action «déploiement du personnel»

Outre les mesures visant à optimiser l'organisation des processus et le déploiement du personnel dans les établissements, une évolution sera nécessaire à l'échelle du système de soins pour que l'écart entre les besoins croissants en prestations de soins et les effectifs disponibles ne se creuse excessivement sur le long terme. Ce qu'il faut, ce sont des modèles de soins intégrés, axés sur la prise en charge des malades chroniques. La mise en réseau des prestataires permet d'assurer une meilleure coordination et d'éviter les doublons. Quant aux nouveaux modèles de prise en charge, ils prévoient de donner une plus large place aux professions non médicales du secteur de la santé. Enfin, les modèles de pratique avancée élargissent les possibilités de carrière et renforcent l'attrait des professions de la santé. Les expériences faites à l'étranger et depuis peu en Suisse révèlent un taux de satisfaction élevé au sein du personnel comme parmi les patients à l'égard de ces modèles (cf. p. ex. Grylka-Baeschlin et al., 2020). Pour une

mise en œuvre à large échelle des modèles de prise en charge intégrés, il sera nécessaire d'adapter les bases réglementaires et les mécanismes de financement.

12.8 Bilan et conclusions

Les résultats présentés dans le présent rapport sont impressionnants. Dans le domaine des soins et de l'accompagnement, les effectifs du personnel ont augmenté de 19% entre 2012 et 2019. Les besoins croissants de personnel traduisent l'accroissement de la demande en soins, poussée principalement par l'évolution démographique et épidémiologique. Avec une augmentation de 39% au total, les effectifs du personnel de soins et d'accompagnement des organisations de soins à domicile ont crû deux fois plus que la moyenne des secteurs de soins. L'évolution des effectifs reflète ainsi les changements intervenus dans le domaine de la santé. Même dans les professions médico-techniques et médico-thérapeutiques (MTT), les effectifs ont sensiblement augmenté, à raison de 13 et de 32% respectivement, si l'on ne tient compte que du secteur hospitalier sans les laboratoires, instituts et cabinets médicaux ambulatoires.

Il est réjouissant de constater que le nombre de titres décernés a lui aussi augmenté sur la même période: avec une croissance de 74% (taux de croissance annuel moyen: 8,3%) entre 2012 et 2019, c'est parmi les infirmières et les infirmiers diplômés ES que l'on mesure la plus forte progression. Ils sont suivis des bachelors (BSc) en soins infirmiers HES, dont le nombre a augmenté de 49% (taux de croissance annuel moyen: 5,9%). Les CFC d'assistants en soins et santé communautaire ont eux aussi considérablement progressé, avec une augmentation de près de 34%. Enfin, les formations MTT de degrés HES et ES ont connu une belle évolution de leurs effectifs.

C'est essentiellement grâce au remarquable essor du nombre de diplômes et titres décernés que les projections concernant l'offre et la demande dans le secteur des soins sont meilleures à l'horizon 2029 que ne le prévoyait le rapport national 2016 sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé à l'horizon 2025 (taux de couverture des besoins de relève: 43% pour le personnel soignant du degré tertiaire et 75% pour le personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II). À noter également que la méthodologie retenue pour le présent rapport a évolué par rapport à celle utilisée en 2016. En 2016, les titres de formation obtenus en 2014 étaient comparés aux besoins de relève projetés, alors que la présente édition tient compte également de l'évolution prévue (continuation de la croissance) du nombre de diplômes et titres décernés et des parcours professionnels. L'évolution positive enregistrée ces dernières années est due aux efforts importants consentis par les établissements et les écoles au titre du recrutement et de la formation de personnel de soins et il y a lieu de reconnaître ces efforts.

Jusqu'ici, l'écart entre l'offre et la demande a principalement été compensé par le recrutement de personnel étranger. C'est ainsi que la proportion de personnel infirmier diplômé à l'étranger dans les hôpitaux et les EMS atteignait les 30% en 2019. Il est

impossible de dire dans quelle mesure la Suisse pourra continuer de compter sur la disponibilité de personnel provenant de pays limitrophes ou autres, surtout si l'on considère que les autres États déplorent eux-mêmes aussi une pénurie en personnel qualifié. L'offre de personnel calculée (cf. 9.2) se base sur un accroissement prévu du nombre de titres tertiaires de 28% d'ici 2029. Une telle augmentation, considérable, présuppose que l'on recrute suffisamment d'étudiants et, surtout, que l'on puisse créer suffisamment de places de stage. Au vu des développements décrits précédemment, cela représente un défi de taille pour la branche. L'augmentation des effectifs en formation ces dernières années augure cependant assez bien de l'avenir.

Si l'on parvient effectivement à accroître les effectifs en formation dans les proportions prévues, il devrait être possible en théorie de couvrir l'augmentation des besoins ainsi que les départs à la retraite jusqu'en 2029. L'écart entre les besoins et l'offre disponible est de ce fait essentiellement dû aux sorties précoces de la profession et aux pertes enregistrées au moment de la transition entre la formation et l'entrée sur le marché du travail, un autre constat important du présent rapport.

C'est pourquoi le maintien du personnel et l'extension de la durée de l'exercice professionnel jouent un rôle décisif, quand bien même les mesures doivent être poursuivies dans tous les domaines d'intervention, et si possible renforcées. Les établissements sont appelés à prendre le plus grand soin de leur personnel. Et pour leur permettre de le faire, il faut que les milieux politiques et les autorités fassent preuve de vision et mettent en place des conditions-cadres optimales.

13 Bibliographie

- Arnold, M. & Posch, A. (2021). Auswirkungen der ersten Covid-19-Welle auf Pflegefachkräfte in Schweizer Spitälern. Spitalpflegebericht Schweiz 2020. Universität Bern.
- Dolder, P. & Grünig, A. (2009). Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national. Berne: CDS et OdASanté.
- Dolder, P. & Grünig, A. (2016). Besoins en effectifs dans les professions de la santé. Rapport national 2016. Besoins de relève et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national. Berne: CDS et OdASanté.
- Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Évolutions 2006–2013. Obsan Rapport 69. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistler-Dousse, S. (2016). Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-types d'organisation. Obsan Bulletin 13/2016. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Évolutions 2006 –2013. Obsan Rapport 67. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- CDS-Comité directeur (2015). Recommandations sur les coûts standard nets de la formation pratique dans les professions de la santé non universitaires. Disponible sur <https://www.gdk-cds.ch/fr/professions-de-la-sante/professions-de-la-sante-non-universitaires/garantir-les-effectifs>.
- Gehret, A., Aeppli, M., Kuhn, A. & Schweri, J. (2019). Lohnt sich die Lehrlingsausbildung für die Betriebe? Resultate der vierten Kosten-Nutzen-Erhebung. Zollikofen: Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung EHB. <https://www.ehb.swiss/berufsauswertungen>
- Grylka-Baeschlin, S., Borner, B. & Pehlke-Milde, J. (2020). Berufssituation der Hebammen in Einrichtungen mit und ohne hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Kanton. ZHAW. Erschienen in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, Georg Thieme Verlag 2020. [10.1055/a-1083-7028](https://doi.org/10.1055/a-1083-7028)
- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. & Widmer, M. (2009). Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Document de travail 35. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jörg, R., Hedinger, D., Füglistler-Dousse, S. & Widmer, M. (2019). Versorgungsbericht 2020 Kanton Appenzell Ausserrhoden. Obsan Bericht 14/2019. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kohli, R., Babel, J. & Deplazes, J. (2020). Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse et des cantons 2020–2050. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Lobsiger, M. & Liechti, D. (2021). Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. Eine Analyse auf Basis der Strukturhebungen 2016–2018. Obsan Bericht 01/2021. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Mahlstein, A. & Weishaupt, E. (2018). Berufsstatistik über die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen in der Schweiz - Resultate 2017. Berner Fachhochschule.
- Meier, U. (1996). Répertoire des professions. Berne: Office fédéral de la statistique.
- Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030. Obsan Rapport 71. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C., Babel, J. & Strübi, P. (2021). Parcours de formation dans le domaine des soins. Actualité OFS. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Möckli, N., Denhaerynck, K., De Geest, S., Leppla, L., Beckmann, S., Hediger, H., & Zúñiga, F. (2020). The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland. *Health & Social Care in the Community*, 28(6). doi:10.1111/hsc.13010
- OFS (2013). Statistique des hôpitaux - Annexe IV Fonctions du personnel (version 1.2), 17.01.2013.
- Peter, K., Renggli, F., Schmid, X. & al. (2021). Arbeitsbedingter Stress bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz – Abschlussbericht STRAIN für: alle Organisationen. Bern: Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit.
- Physioswiss (2019). Rapport annuel de l'association suisse de Physiothérapie.
- Roth, S. & Pellegrini, S. 2020 L'ambulatoire avant le stationnaire. Obsan rapport 14/2020. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

- Schaffert, R. & Bänziger, A. (2021). Early professional careers in nursing in Switzerland: results from a longitudinal study after career start. In: 2nd International CNHW Conference 2021: «Effective Measures to keep our Treasures – How to care for Health Professionals and Family Caregivers», Online Conference, 29-30 April 2021. https://www.cnhw.ch/fileadmin/user_upload/Schaffert_R_Early_professional_careers_in_nursing.pdf
- Schaffert, R. & Robin, D. (2019). Was Pflegefachpersonen erwarten, um langfristig im Beruf zu bleiben. Krankenpflege. 2019(06), S.25-27. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.21256/zhaw-18293>
- Trede, I., Grønning, M., Pregaldini, D., Kriesi, I., Schweri, J. & Baumeler, C. (2017). Fachfrau/Fachmann Gesundheit - Traumjob oder Zwischenstopp? Neue Resultate zu den Berufs- und Bildungsverläufen der Lehrabsolventinnen und -absolventen. Zollikofen, Bern: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB und OdASanté. https://www.hefp.swiss/sites/default/files/documents/trendbericht_2_de.pdf
- Trede, I. & Grønning, M. (2018). Parcours professionnels des ASSC. Panorama, 32(3), 16-17. https://www.hefp.swiss/sites/default/files/downloads/parcours_professionnels_des_assc_-_panorama_3-2018.pdf
- Vaucher P., Macdonald R., & Carnes D. Osteopathy in Switzerland: Practice and Contribution to Healthcare 2016 – 2017. Version 1.2; June 2018; Swiss Osteopathy Science Foundation; Fribourg, Switzerland; doi: 10.5281/zenodo.1290808
- Seco (2018) Pénurie de main-d'œuvre qualifiée en Suisse Système d'indicateurs pour évaluer la demande en personnel qualifié. Berne: Secrétariat d'État à l'économie SECO.
- Seematter-Bagnoud, L., Belloni, G., Zufferey, J., Peytremann-Bridevaux, I., Büla, C. & Pellegrini S. (2021). Espérance de vie et état de santé: quelle évolution récente ?. Obsan Bulletin 03/2021. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, R. & Egli, F. (2016). Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen. Obsan Dossier 52. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Widmer, M. & Kohler, D. (2016). Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires. Actualisation 2013 (Obsan Bulletin 4/2016). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Zanoni, U., Berchtold, P., Schusselfillietaz, S. (2019). Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons: un guide. Berne: Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS.
- Zúñiga, F., Favez, L., Baumann, S. et al. (2021). SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Universität Basel. <https://shurp.unibas.ch/shurp-2018-publikationen/>

14 Annexes

T 14.1 Hôpitaux: Personnel de santé (nombre d'EPT) par fonction, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

	Suisse		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Infirmier/ère diplômé/e avec spécialisation	9 809	12 231	6 405	8 152	2 759	3 304	645	776
Infirmier/ère diplômé/e	29 282	31 331	19 416	20 672	8 687	9 272	1 179	1 387
Personnel soignant avec un diplôme du niveau sec. II	5 339	9 128	4 476	7 407	781	1 651	82	70
Personnel soignant au niveau auxiliaire	5 630	4 634	2 642	2 200	2 676	2 076	312	358
Autre personnel soignant	4 880	5 005	3 803	3 823	919	1 067	159	115
Sage-femme	1 651	1 947	1 045	1 231	562	657	44	58
Technicien/ne en salle d'opération	2 439	2 373	2 000	2 041	397	261	43	70
Technicien/ne en radiologie médicale	2 695	3 225	1 787	2 173	770	886	138	166
Technicien/ne en analyse biomédicale	2 527	2 721	1 742	1 888	689	739	95	94
Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau sec. II	1 524	2 109	1 195	1 626	275	375	54	109
Ambulancier/ère	581	718	499	633	82	85	.	.
Technicien/ne ambulancier/ère	107	76	51	42	56	34	.	.
Physiothérapeute	3 270	3 776	2 440	2 734	684	856	146	186
Ergothérapeute	909	1 065	644	744	243	289	22	32
Diététicien/ne	385	561	261	386	124	175	.	.
Logopédie (Orthophoniste)	191	308	147	251	38	48	6	9
Thérapeute d'activation	251	268	226	235	23	33	2	.
Psychologue	1 561	2 477	1 131	1 957	402	480	29	39
Masseur médical	132	167	117	156	11	5	4	6
Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau sec. II	582	412	465	309	102	96	15	7
Autres thérapeutes	44	381	24	322	20	58	.	2

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

T 14.2 Hôpitaux: Personnel de santé (nombre de personnes employées) par fonction, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

	Suisse		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Infirmier/ère diplômé/e avec spécialisation	12 174	15 425	7 912	10 484	3 436	3 980	826	961
Infirmier/ère diplômé/e	39 419	42 325	26 521	28 466	11 420	12 163	1 478	1 696
Personnel soignant avec un diplôme du niveau sec. II	6 607	11 280	5 464	9 088	1 072	2 125	71	67
Personnel soignant au niveau auxiliaire	7 135	5 963	3 475	2 938	3 291	2 591	369	434
Autre personnel soignant	7 540	7 685	6 066	6 150	1 300	1 400	174	135
Sage-femme	2 428	2 849	1 547	1 851	824	918	57	80
Technicien/ne en salle d'opération	2 911	2 808	2 362	2 410	498	314	51	84
Technicien/ne en radiologie médicale	3 348	3 942	2 182	2 666	980	1 084	186	192
Technicien/ne en analyse biomédicale	3 267	3 438	2 259	2 401	876	924	132	113
Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau sec. II	1 951	2 736	1 546	2 156	343	443	62	137
Ambulancier/ère	742	932	610	823	132	109	.	.
Technicien/ne ambulancier/ère	193	118	91	71	102	47	.	.
Physiothérapeute	4 197	4 992	3 134	3 679	894	1 106	169	207
Ergothérapeute	1 259	1 495	887	1 064	344	396	28	35
Diététicien/ne	608	864	412	598	196	266	.	.
Logopédie (Orthophoniste)	285	482	214	382	64	85	7	15
Thérapeute d'activation	416	466	373	407	40	59	3	.
Psychologue	2 351	3 683	1 695	2 844	611	781	45	58
Masseur médical	175	232	154	213	15	10	6	9
Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau sec. II	889	677	730	529	150	139	9	9
Autres thérapeutes	83	702	48	599	35	101	.	2

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

T 14.3 Hôpitaux: Personnel de santé par secteur (nombre d'EPT) et par fonction, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Sec- teur	Fonction	Suisse		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin		
		2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019	
Soins aigus	Infirmier/ère diplômé/e avec spécialisation	8 585	11 027	5 721	7 540	2 318	2 826	546	660	
	Infirmier/ère diplômé/e	22 428	23 712	15 098	15 658	6 338	6 877	992	1 176	
	Personnel soignant avec un diplôme du niveau sec. II	3 910	6 766	3 361	5 627	496	1 099	53	41	
	Personnel soignant au niveau auxiliaire	4 246	3 484	2 109	1 707	1 876	1 484	261	293	
	Autre personnel soignant	3 870	3 773	3 026	2 827	711	850	133	95	
	Sage-femme	1 650	1 946	1 045	1 231	561	657	44	58	
	Technicien/ne en salle d'opération	2 433	2 370	1 999	2 041	391	258	43	70	
	Technicien/ne en radiologie médicale	2 666	3 193	1 765	2 156	762	871	138	166	
	Technicien/ne en analyse biomédicale	2 500	2 681	1 719	1 851	686	737	94	93	
	Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau sec. II	1 422	2 007	1 104	1 535	265	363	54	109	
	Ambulancier/ère	581	718	499	633	82	85	.	.	
	Technicien/ne ambulancier/ère	107	76	51	42	56	34	.	.	
	Physiothérapeute	2 310	2 601	1 702	1 821	517	670	91	110	
	Ergothérapeute	481	580	319	379	158	189	4	12	
	Diététicien/ne	351	508	239	351	112	157	.	.	
	Logopédie (Orthophoniste)	125	178	95	143	30	34	.	1	
	Thérapeute d'activation	65	44	57	27	8	17	.	.	
	Psychologue	404	580	220	399	176	171	9	9	
	Masseur médical	33	52	30	49	1	0	2	3	
	Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau sec. II	272	263	212	198	53	58	7	7	
Autres thérapeutes	24	175	8	138	16	36	.	1		
Psychiatrie	Infirmier/ère diplômé/e avec spécialisation	881	807	511	379	285	329	85	99	
	Infirmier/ère diplômé/e	4 251	4 801	3 021	3 475	1 135	1 230	95	96	
	Personnel soignant avec un diplôme du niveau sec. II	712	1 139	634	1 036	76	100	2	3	
	Personnel soignant au niveau auxiliaire	330	269	172	163	152	91	7	15	
	Autre personnel soignant	453	485	406	428	46	55	1	2	
	Technicien/ne en radiologie médicale	1	0	1	0	.	0	.	.	
	Technicien/ne en analyse biomédicale	9	24	9	23	1	1	.	.	
	Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau sec. II	63	22	62	19	1	3	.	.	
	Physiothérapeute	72	106	64	94	6	6	1	7	
	Ergothérapeute	180	192	142	149	32	39	6	4	
	Diététicien/ne	8	13	4	7	3	6	.	.	
	Logopédie (Orthophoniste)	1	43	.	38	1	5	.	.	
	Thérapeute d'activation	150	171	141	164	7	7	2	.	
	Psychologue	1 006	1 724	797	1 436	199	269	11	19	
	Masseur médical	7	9	5	6	2	2	1	1	
	Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau sec. II	247	99	224	83	15	16	8	.	
	Autres thérapeutes	3	153	3	150	.	3	.	.	
	Réadaptation et gériatrie	Infirmier/ère diplômé/e avec spécialisation	343	398	173	233	156	148	14	17
		Infirmier/ère diplômé/e	2 603	2 818	1 297	1 539	1 214	1 165	92	114
		Personnel soignant avec un diplôme du niveau sec. II	717	1 222	481	744	209	453	27	26
Personnel soignant au niveau auxiliaire		1 054	881	361	330	648	501	45	50	
Autre personnel soignant		557	748	370	568	162	162	25	18	
Technicien/ne en salle d'opération		6	3	0	.	6	3	.	.	
Technicien/ne en radiologie médicale		29	31	22	16	8	15	.	.	
Technicien/ne en analyse biomédicale		17	16	14	13	2	1	1	1	
Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau sec. II		38	80	29	71	9	8	.	0	
Physiothérapeute		889	1 069	673	819	161	180	54	69	
Ergothérapeute		247	294	183	216	53	60	12	17	
Diététicien/ne		26	40	18	28	8	12	.	.	
Logopédie (Orthophoniste)		66	87	52	70	7	9	6	8	
Thérapeute d'activation		36	53	29	44	8	8	.	.	
Psychologue		151	172	114	122	27	40	9	11	
Masseur médical		92	107	83	101	8	3	2	3	
Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau sec. II		63	49	29	28	34	21	.	.	
Autres thérapeutes		18	54	14	34	4	19	.	1	

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

T 14.4 Hôpitaux: Personnel de santé par secteur (nombre de personnes employées) et par fonction, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Sec teur	Fonction	Suisse		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin		
		2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019	
Soins aigus	Infirmier/ère diplômé/e avec spécialisation	10 747	14 010	7 127	9 739	2 916	3 448	704	823	
	Infirmier/ère diplômé/e	30 524	32 313	20 857	21 760	8 415	9 112	1 252	1 441	
	Personnel soignant avec un diplôme du niveau sec. II	4 800	8 305	4 074	6 838	684	1 431	42	36	
	Personnel soignant au niveau auxiliaire	5 331	4 481	2 746	2 296	2 274	1 830	311	355	
	Autre personnel soignant	6 085	5 881	4 947	4 660	996	1 112	142	109	
	Sage-femme	2 428	2 848	1 547	1 851	824	917	57	80	
	Technicien/ne en salle d'opération	2 904	2 804	2 361	2 410	492	310	51	84	
	Technicien/ne en radiologie médicale	3 296	3 894	2 147	2 640	963	1 062	186	192	
	Technicien/ne en analyse biomédicale	3 221	3 377	2 220	2 344	870	921	131	112	
	Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau sec. II	1 818	2 594	1 426	2 031	330	427	62	136	
	Ambulancier/ère	742	932	610	823	132	109	.	0	
	Technicien/ne ambulancier/ère	193	118	91	71	102	47	.	.	
	Physiothérapeute	3 026	3 448	2 238	2 452	682	878	106	118	
	Ergothérapeute	690	813	444	539	239	262	7	12	
	Diététicien/ne	542	759	368	527	174	232	.	.	
	Logopédie (Orthophoniste)	193	280	144	217	49	61	.	2	
	Thérapeute d'activation	119	78	108	51	11	27	.	.	
	Psychologue	629	961	337	651	271	293	21	17	
	Masseur médical	45	71	40	67	3	1	2	3	
	Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau sec. II	419	391	332	304	79	78	8	9	
	Autres thérapeutes	53	293	22	221	31	71	.	1	
	Psychiatrie	Infirmier/ère diplômé/e avec spécialisation	1 015	953	581	464	328	370	106	119
Infirmier/ère diplômé/e		5 510	6 368	4 014	4 704	1 383	1 545	113	119	
Personnel soignant avec un diplôme du niveau sec. II		860	1 450	761	1 320	97	126	2	4	
Personnel soignant au niveau auxiliaire		457	363	225	208	224	135	8	20	
Autre personnel soignant		681	773	619	685	60	86	2	2	
Sage-femme		.	1	.	.	.	1	.	.	
Technicien/ne en salle d'opération		.	1	.	.	.	1	.	.	
Technicien/ne en radiologie médicale		1	0	1	0	.	0	.	.	
Technicien/ne en analyse biomédicale		17	39	16	38	1	1	.	.	
Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau sec. II		79	35	78	31	1	4	.	.	
Physiothérapeute		118	199	107	180	9	8	2	11	
Ergothérapeute		265	293	214	234	43	54	8	5	
Diététicien/ne		18	24	11	13	7	11	.	.	
Logopédie (Orthophoniste)		3	71	.	61	3	10	.	.	
Thérapeute d'activation		236	296	220	281	13	15	3	.	
Psychologue		1 501	2 463	1 196	2 012	294	426	11	25	
Masseur médical		15	18	9	11	4	5	2	2	
Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau sec. II		376	217	349	185	26	32	1	.	
Autres thérapeutes		8	312	8	308	.	4	.	.	
Réadaptation et gériatrie		Infirmier/ère diplômé/e avec spécialisation	412	462	204	281	192	162	16	19
		Infirmier/ère diplômé/e	3 385	3 644	1 650	2 002	1 622	1 506	113	136
		Personnel soignant avec un diplôme du niveau sec. II	947	1 525	629	930	291	568	27	27
	Personnel soignant au niveau auxiliaire	1 347	1 119	504	434	793	626	50	59	
	Autre personnel soignant	774	1 031	500	805	244	202	30	24	
	Technicien/ne en salle d'opération	7	3	1	.	6	3	.	.	
	Technicien/ne en radiologie médicale	51	48	34	26	17	22	.	.	
	Technicien/ne en analyse biomédicale	29	22	23	19	5	2	1	1	
	Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau sec. II	54	107	42	94	12	12	.	1	
	Physiothérapeute	1 053	1 345	789	1 047	203	220	61	78	
	Ergothérapeute	304	389	229	291	62	80	13	18	
	Diététicien/ne	48	81	33	58	15	23	.	.	
	Logopédie (Orthophoniste)	89	131	70	104	12	14	7	13	
	Thérapeute d'activation	61	92	45	75	16	17	.	.	
	Psychologue	221	259	162	181	46	62	13	16	
	Masseur médical	115	143	105	135	8	4	2	4	
	Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau sec. II	94	69	49	40	45	29	.	.	
	Autres thérapeutes	22	97	18	70	4	26	.	1	

Source: OFS – Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

T 14.5 Etablissements pour personnes âgées: Personnel de santé (nombre d'EPT) par formation, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Formation	Suisse		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Infirmier/ère diplômé/e avec form. compl.	2 981	3 674	2 302	2 889	546	604	132	180
Infirmier/ère diplômé/e	7 584	8 431	5 777	6 258	1 463	1 613	344	560
Infirmier/ère niv. I	3 519	2 827	2 812	1 968	615	738	92	121
Infirmier/ère-assistant/e CC CRS	3 047	2 004	2 373	1 545	439	308	235	151
Personnel soignant avec diplôme étranger	46	7	28	6	16	1	1	.
Assist. en soins et santé communautaire CFC	5 639	11 081	4 509	9 201	903	1 523	228	357
Assistant/e médical/e avec CFC	369	310	290	255	77	49	3	6
Aide-soignant/e avec certificat	7 438	6 194	4 316	3 024	2 102	1 998	1 020	1 172
Auxiliaire de santé CRS	12 069	14 519	8 496	10 336	3 406	3 959	166	224
Thérapeute diplômé/e	549	675	365	430	126	104	58	141
Trav. social/e diplômé/e	348	438	198	201	149	216	1	21
Accompagnateur/trice CFC	1 771	1 219	1 516	970	229	206	25	43
Autre formation assist. et soins	1 313	1 210	733	731	508	433	72	46
Autre formation	2 201	1 960	1 630	1 397	459	397	112	167
Personne non diplômée	5 728	7 209	3 365	4 575	2 052	2 210	311	424
Assistant/e socio-éducatif ASE	.	1 257	.	788	.	422	.	47
Aide en soins et accompagnement AFP	.	1 878	.	1 363	.	390	.	125

Source: OFS – Statistique des institutions médico/sociales (SOMED)

© Obsan 2021

T 14.6 Etablissements pour personnes âgées: Personnel de santé (nombre de personnes employées) par formation, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Formation	Suisse		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Infirmier/ère diplômé/e avec form. compl.	3 835	4 737	2 983	3 777	712	757	140	203
Infirmier/ère diplômé/e	10 461	11 515	8 047	8 693	1 981	2 149	433	673
Infirmier/ère niv. I	4 734	3 796	3 811	2 696	816	945	107	155
Infirmier/ère-assistant/e CC CRS	4 899	3 034	3 939	2 402	671	450	289	182
Personnel soignant avec diplôme étranger	66	10	43	8	22	2	1	.
Assist. en soins et santé communautaire CFC	7 064	14 090	5 562	11 558	1 248	2 097	254	435
Assistant/e médical/e avec CFC	617	480	482	401	130	70	5	9
Aide-soignant/e avec certificat	9 870	8 236	5 864	4 237	2 774	2 613	1 232	1 386
Auxiliaire de santé CRS	18 072	20 911	13 160	15 327	4 701	5 299	211	285
Thérapeute diplômé/e	981	1 171	617	745	272	201	92	225
Trav. social/e diplômé/e	521	657	285	291	235	335	1	31
Accompagnateur/trice CFC	2 462	1 762	2 077	1 407	351	300	34	55
Autre formation assist. et soins	2 170	1 949	1 258	1 251	800	619	112	79
Autre formation	3 771	3 225	2 852	2 330	775	687	144	208
Personne non diplômée	7 912	9 015	4 428	5 415	3 150	3 153	334	447
Assistant/e socio-éducatif ASE	.	1 752	.	1 056	.	634	.	62
Aide en soins et accompagnement AFP	.	2 305	.	1 677	.	481	.	147

Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED)

© Obsan 2021

T 14.7 SASD: Personnel de santé (nombre d'EPT) par formation, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Formation	Suisse		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Infirmier/ère HES	122	1 069	66	338	50	707	7	23
Infirmier/ère diplômé/e ES	1 357	3 359	1 295	2 915	51	315	12	128
Niveau diplôme: infirmier/ère niveau II	733	736	499	305	111	309	122	122
Niveau diplôme: infirmier/ère diplômé/e SG/GKP/HMP/PSY	2 674	1 974	1 329	871	1 234	877	112	226
Sage-femme	12	14	12	14	.	1	.	.
Niveau diplôme: infirmier/ère diplômé/e niveau I	350	329	318	255	28	27	4	47
Niveau certificat: infirmier/ère-assistant/e (CC CRS)	549	604	452	513	91	85	6	6
Aide familiale (CFC ou diplôme cantonal), assistant/e en soins et santé communautaire (CFC)	2 286	4 004	1 330	2 569	724	1 177	232	258
Assistant/e médical/e (CFC)	54	53	53	48	1	5	.	1
Assistant/e de personnes âgées (CFC), assistant/e socio-éducatif/ive (CFC)	365	328	257	196	106	111	1	21
Aide-soignant/e (CRS), aide en soins et accompagnement (AFP)	986	1 475	549	654	387	636	51	185
Infirmier/ère diplômé/e en santé publique, domaine de l'aide et des soins à domicile	254	169	91	52	142	115	22	3
Spécialisation infirmier/ère, branche puériculture	19	21	8	10	4	2	8	9
Autres formations post diplômes (clinicienne niv. I, gestion, soins palliatifs, soins intensifs,...)	342	565	249	282	89	227	4	56
Autres professionnel diplômé de la santé (ergo- et physiothérapeutes, etc.)	108	152	6	6	102	146	.	.
Cours dans le domaine de l'aide et des soins (p.ex. cours de base Croix-Rouge)	3 502	4 261	1 930	2 494	1 428	1 658	143	108

Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© Obsan 2021

T 14.8 SASD: Personnel de santé (nombre de personnes employées) par formation, Suisse et régions linguistiques, en 2012 et en 2019

Formation	Suisse		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Infirmier/ère HES	270	2 002	157	698	102	1 267	11	37
Infirmier/ère diplômé/e ES	3 025	7 246	2 905	6 386	94	587	26	273
Niveau diplôme: infirmier/ère niveau II	1 650	1 541	1 200	768	228	560	222	213
Niveau diplôme: infirmier/ère diplômé/e SG/GKP/HMP/PSY	5 813	3 928	3 382	2 208	2 186	1 330	245	390
Sage-femme	40	32	40	30	.	2	.	.
Niveau diplôme: infirmier/ère diplômé/e niveau I	874	832	801	689	59	61	14	82
Niveau certificat: infirmier/ère-assistant/e (CC CRS)	1 465	1 442	1 247	1 220	202	207	16	15
Aide familiale (CFC ou diplôme cantonal), assistant/e en soins et santé communautaire (CFC)	4 290	7 624	2 649	5 252	1 259	1 941	382	431
Assistant/e médical/e (CFC)	160	153	157	140	3	12	.	1
Assistant/e de personnes âgées (CFC), assistant/e socio-éducatif/ive (CFC)	760	713	576	450	182	213	2	50
Aide-soignant/e (CRS), aide en soins et accompagnement (AFP)	2 421	3 384	1 528	1 780	746	1 218	147	386
Infirmier/ère diplômé/e en santé publique, domaine de l'aide et des soins à domicile	377	238	151	89	193	143	33	6
Spécialisation infirmier/ère, branche puériculture	47	57	19	30	9	8	19	19
Autres formations post diplômes (clinicienne niv. I, gestion, soins palliatifs, soins intensifs,...)	574	891	446	481	123	322	5	88
Autres professionnel diplômé de la santé (ergo- et physiothérapeutes, etc.)	219	258	21	14	197	243	1	1
Cours dans le domaine de l'aide et des soins (p.ex. cours de base Croix-Rouge)	9 055	10 707	5 615	7 326	3 125	3 174	315	207

Source: OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© Obsan 2021

T 14.9 Grade-mix du personnel de soins et d'accompagnement selon le type d'institution (sur la base du nombre de personnes employées) en %, en 2019

Canton	Hôpitaux			Établissements pour personnes âgées			Services d'aide et de soins à domicile			Total		
	Tertiaire	Secondaire II	Autres/sans formation	Tertiaire	Secondaire II	Autres/sans formation	Tertiaire	Secondaire II	Autres/sans formation	Tertiaire	Secondaire II	Autres/sans formation
ZH	69,0	20,7	10,2	36,4	41,5	22,1	40,6	35,3	24,2	51,1	31,4	17,5
BE	66,5	20,3	13,2	24,9	45,8	29,2	41,6	37,1	21,3	45,3	33,6	21,1
LU	68,4	30,5	1,0	31,7	42,4	26,0	50,4	37,5	12,1	50,5	36,5	12,9
UR	65,2	20,0	14,8	24,5	35,6	40,0	34,4	28,1	37,5	38,4	29,8	31,8
SZ	66,9	23,7	9,4	21,1	38,3	40,6	40,3	28,9	30,8	36,5	32,8	30,7
OW	74,7	12,0	13,3	31,5	38,6	29,9	44,1	23,4	32,4	45,7	28,2	26,2
NW	64,3	29,7	6,0	30,1	34,5	35,4	49,7	36,6	13,7	43,8	33,7	22,5
GL	70,4	16,9	12,7	26,9	31,2	41,9	50,4	23	26,7	47,5	24,3	28,2
ZG	56,3	37,1	6,6	31,9	38,6	29,5	44,3	22,6	33,1	44,7	34,4	20,9
FR	72,7	19,3	8,1	21,4	40,8	37,8	41,2	36,9	21,9	42,3	32,9	24,8
SO	68,8	27,2	4,0	21,3	45,3	33,4	37,7	32,3	30	41,2	36,3	22,5
BS	71,0	18,2	10,8	23,3	44,9	31,8	33,9	29	37,1	51,9	27,3	20,8
BL	66,9	25,1	8,0	25,1	43,2	31,7	37,4	27,8	34,7	41,4	33,2	25,4
SH	72,5	19,6	7,9	30,6	45,1	24,3	51,5	26,4	22,1	49,2	32,5	18,3
AR	67,6	16,3	16,1	29,2	39,2	31,6	50,5	28,4	21,1	48,8	27,7	23,4
AI	71,2	26,9	1,9	25,4	29,0	45,7	63,1	26,2	10,8	44,3	27,8	27,8
SG	70,9	20,9	8,2	23,1	40,1	36,9	36,3	22	41,7	46,1	28,3	25,7
GR	70,7	15,4	13,9	29,9	36,3	33,8	41,3	27,5	31,2	48,8	26,1	25,1
AG	63,1	17,9	19,1	27,6	45,6	26,8	42,2	28,3	29,6	46,5	29,6	23,9
TG	75,4	18,8	5,8	32,5	33,2	34,3	51,4	27,5	21,1	53,1	26,4	20,5
TI	80,7	15,2	4,1	28,8	63,3	8,0	50,4	40,1	9,4	52,9	40,2	6,9
VD	70,5	19,2	10,3	22,3	33,7	44,0	35,7	25,1	39,2	48,7	24,8	26,5
VS	78,4	17,4	4,2	22,0	41,8	36,2	44,4	49,5	6,1	48,0	34,4	17,7
NE	80,5	15,7	3,8	28,3	50,6	21,2	43,3	31,9	24,8	50,7	33,6	15,7
GE	73,1	26,0	0,9	33,7	50,0	16,3	39,4	31,9	28,7	56,4	32,7	10,9
JU	61,4	32,4	6,2	20,9	65,0	14,1	33,1	43,9	23	41,3	45,9	12,9

Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© Obsan 2021

T 14.10 Grade-mix du personnel de soins et d'accompagnement selon le type d'institution (sur la base du nombre d'EPT) en %, en 2019

Canton	Hôpitaux			Établissements pour personnes âgées			Services d'aide et de soins à domicile			Total		
	Tertiaire	Secondaire II	Autres/sans formation	Tertiaire	Secondaire II	Autres/sans formation	Tertiaire	Secondaire II	Autres/sans formation	Tertiaire	Secondaire II	Autres/sans formation
ZH	69,3	22,1	8,6	37,0	42,4	20,5	42,0	35,8	22,2	52,6	32,2	15,2
BE	67,2	22,2	10,6	24,4	48,1	27,5	43,0	39,0	18,0	46,4	35,1	18,6
LU	68,1	31,0	0,9	32,4	44,0	23,6	54,3	35,0	10,7	51,6	36,9	11,5
UR	63,0	24,9	12,1	25,4	38,3	36,3	36,4	31,8	31,8	39,6	33,0	27,4
SZ	65,2	24,3	10,5	21,3	41,4	37,2	45,6	33,5	20,9	37,1	35,5	27,5
OW	71,7	15,3	13,0	31,1	40,7	28,2	58,2	27,1	14,7	46,9	31,2	21,8
NW	59,4	34,4	6,1	32,2	35,5	32,3	55,2	38,5	6,3	44,1	35,6	20,3
GL	70,7	16,1	13,2	28,2	31,7	40,2	57,9	22,1	20,0	48,4	24,4	27,2
ZG	55,5	37,8	6,7	32,3	40,5	27,2	51,8	26,6	21,6	45,6	37,5	16,9
FR	72,2	19,5	8,3	23,4	40,0	36,5	44,4	37,8	17,7	44,2	32,3	23,6
SO	67,9	28,5	3,7	21,3	48,1	30,7	38,5	36,1	25,4	40,8	39,3	20,0
BS	72,5	20,4	7,1	23,6	47,3	29,1	35,3	30,9	33,8	53,9	29,7	16,4
BL	67,3	25,8	6,9	25,6	44,2	30,2	40,3	30,7	29,0	42,8	35,4	21,8
SH	74,8	20,7	4,5	30,9	47,0	22,1	51,8	27,7	20,5	49,5	35,1	15,4
AR	68,1	17,1	14,8	29,9	41,7	28,4	52,2	34,8	13,0	49,8	29,4	20,7
AI	65,8	33,0	1,2	26,3	33,1	40,6	54,7	38,1	7,2	38,4	33,7	27,9
SG	67,9	24,2	7,9	23,0	42,2	34,7	43,8	24,9	31,2	47,4	31,5	21,1
GR	69,2	16,4	14,4	28,7	38,9	32,4	40,4	31,8	27,8	48,1	28,1	23,8
AG	63,7	19,9	16,5	28,1	47,0	24,9	46,9	34,4	18,7	47,8	32,2	20,0
TG	75,1	19,6	5,3	32,6	35,3	32,2	49,2	30,9	20,0	53,6	27,7	18,7
TI	79,9	15,8	4,2	28,9	63,6	7,5	51,4	39,5	9,1	52,9	40,6	6,5
VD	70,8	18,8	10,3	22,8	31,6	45,6	37,7	25,2	37,2	50,1	23,9	26,0
VS	76,9	17,9	5,2	23,1	42,2	34,6	45,1	50,5	4,4	49,6	33,1	17,3
NE	81,2	15,4	3,4	29,1	49,9	21,1	47,3	29,6	23,1	54,2	31,7	14,1
GE	72,3	27,0	0,7	32,4	51,2	16,5	43,2	31,3	25,5	57,3	33,4	9,3
JU	62,2	31,7	6,1	20,7	63,7	15,6	32,9	45,8	21,3	41,3	46,2	12,5

Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)

© Obsan 2021

T 14.11 Indicateurs de prise en charge du personnel de soins et d'accompagnement, par région linguistique, en 2012 et en 2019

		Suisse		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin	
		2012	2019	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Hôpitaux	Nbr de cas hospitaliers par EPT	23,5	22,6	24,9	23,9	19,9	19,4	26,1	23,7
	Nbr de jours de soins par EPT	206	184	215	188	180	170	241	212
Établissements pour personnes âgées	Nbr de clients (65+ ans, longs séjours) par EPT	1,9	1,6	1,9	1,6	1,8	1,6	1,8	1,4
	Nbr de minutes de soins par jour par EPT	213	194	192	174	274	255	253	212
Services d'aide et de soins à domicile	Nbr de clients des prestations de soins de longue durée par EPT	15,9	17,9	16,5	18,1	14,8	18,1	15,7	15,6
	Nbr d'heures de soins par EPT	839	940	873	953	764	886	906	1 106

EPT: Personnel de soins et d'accompagnement de tous les niveaux de formation

Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) © Obsan 2021



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.