

Programme de lutte contre la pénurie des professionnels de la santé dans le Canton de Genève

Rapport du groupe de travail de haut niveau chargé de proposer et de coordonner une série d'actions visant à lutter contre la pénurie des professionnels de la santé.

Rapport final

Genève, le 16 avril 2012

Table des matières

RESUME	3
1. INTRODUCTION	6
1.1. Rappel du mandat	6
1.2. Organisation de projet	7
1.3. Calendrier de travail	8
1.4. Méthodologie	8
1.5. Définitions et périmètre	9
1.5.1. Pénurie	9
1.5.2. Catégories professionnelles	10
1.6. Etat de situation synthétique	11
1.7. Problématique transfrontalière	13
2. PROGRAMME D' ACTIONS	15
2.1. Axes stratégiques et objectifs prioritaires	15
2.2. Synthèse des actions et articulation	17
2.3. Actions prioritaires	20
2.4. Descriptif des actions proposées	21
2.4.1. AXE I : Formation (formation initiale, formation pratique, tous les métiers concernés) : 2 objectifs et 5 actions	21
2.4.2. AXE II : Allocation des ressources (Composition du profil d'équipe, organisation des soins, besoins en soins) : 1 objectif et 4 actions	40
2.4.3. AXE III : Promotion / Communication (Attractivité et recrutement) : 2 objectifs et 5 actions	50
2.4.4. AXE IV : Condition de travail / Maintien en activité (Attractivité et fidélisation du personnel, capacité d'accueil) : 2 objectifs et 6 actions	64
2.4.5. AXE V : Pilotage (Planification, organisation et conduite) : 1 objectif et 4 actions	77
2.5. Estimation des coûts, synthèse	86
ANNEXE A : MEMBRES DES SOUS-GROUPES DE PROJET ET SOURCES D'INFORMATIONS	88
ANNEXE B : DIAGRAMME METHODOLOGIQUE	91
ANNEXE C : ETAT DE SITUATION	92
C.1. Situation générale et état des lieux	92
C.1.1. Pilotage et coordination	92
C.1.2. Professions médicales	92
C.1.3. Infirmières et ASSC et autres soignants : articulation entre besoins de professionnels et formation	94
C.1.4. Organisation des soins et des pratiques professionnelles (skill & grade mix)	94
C.1.5. Parcours professionnels : conditions de travail, plans de carrière et réinsertion	95
C.1.6. Stages et financement	95
C.1.7. Communication	96
C.2. Situation dans d'autres cantons	96
C.2.1. Vaud	96
C.2.2. Berne	97
C.2.3. Zürich	98
C.2.4. Bâle	98

DECLARATION LIMINAIRE

Le présent rapport contient les propositions de décisions concernant la mise en œuvre d'un programme d'action visant à répondre aux besoins en professionnels de la santé à Genève. Ce programme a été conçu afin d'assurer à long terme à l'ensemble de la population genevoise un accès aux soins et aux prestations médico-techniques.

Les membres du groupe de travail de haut niveau mandaté par le Conseil d'Etat soutiennent par leur signature les propositions d'action ci-après.

François ABBE-DECARROUX
Directeur général de la Haute école
spécialisée de Suisse occidentale de Genève

Adrien BRON
Directeur général de la santé

Jean-Christophe BRETON
Directeur général de l'action sociale

Sylvain RUDAZ
Directeur général de l'enseignement
secondaire postobligatoire

Bernard GRUJON
Directeur général des Hôpitaux universitaires
de Genève

Marie DA ROXA
Directrice générale de la Fondation des
services d'aide et soins à domicile

Pierre-Alain SCHNEIDER
Président de l'Association des médecins du
canton de Genève

Catherine BARBEY
Présidente de l'Association suisse des
infirmières et infirmiers, section de Genève

Laurent BERNHEIM
Vice-doyen de la faculté de médecine de
l'Université de Genève

Anne WINKELMANN
Présidente de la Fédération genevoise des
établissements médico-sociaux

Philippe CASSEGRAIN
Président de l'Association des cliniques privées
de Genève

Pascale ROY
Déléguée territoriale de la Haute-Savoie de
l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes

Résumé

Mandat

Par arrêté du 2 février 2011, le Conseil d'Etat a désigné un groupe de travail de haut niveau et lui a donné mandat de proposer et de coordonner une série d'actions visant à lutter contre la pénurie des professionnels de la santé et à répondre durablement aux besoins de relève en professionnels de la santé dans le canton de Genève et dans sa région transfrontalière en mettant en place une stratégie coordonnée entre les différents interlocuteurs concernés.

Définition

Les travaux menés par un Groupe de travail opérationnel (GTO) sous la supervision d'un Comité de pilotage se sont fondés sur une définition de la pénurie dans les métiers de la santé comme la résultante d'un déséquilibre significatif sur le marché du travail entre les besoins actuels et à venir du système de santé pour fournir les prestations attendues par la population, et l'offre de professionnels formés au niveau local.

Axes stratégiques et objectifs prioritaires

Les travaux du GTO ont été menés de façon à faire émerger de la base, par les acteurs concernés par la pénurie des professionnels de la santé, les solutions les mieux à même de répondre de manière pragmatique et efficace à la problématique. Il est ressorti de ce travail la convergence des actions autour de 5 axes stratégiques et 8 objectifs prioritaires.

Ces axes et objectifs s'articulent ainsi de la façon suivante :

<u>Axes</u>	<u>Objectifs</u>
I Formation	<ol style="list-style-type: none">1. Former davantage de personnel soignant pour gagner en autonomie2. Augmenter le nombre de places de stages et améliorer leur gestion
II Allocation des ressources	<ol style="list-style-type: none">3. Favoriser et développer l'organisation et le fonctionnement multidisciplinaires en valorisant chaque métier
III Promotion / Communication	<ol style="list-style-type: none">4. Revaloriser (ou faire connaître) davantage le domaine de la santé et ses différents métiers5. Rendre plus attractifs les secteurs où la pénurie est plus importante
IV Conditions de travail / Maintien en activité	<ol style="list-style-type: none">6. Augmenter la durée de l'activité professionnelle du personnel soignant par une meilleure gestion des carrières7. Augmenter la durée de l'activité professionnelle du personnel soignant par une amélioration des conditions de travail
V Pilotage	<ol style="list-style-type: none">8. Mettre en place des moyens et une organisation permettant une meilleure planification et un meilleur pilotage

Actions

Les travaux préliminaires ont d'abord aboutis à la définition de 37 actions puis, après affinage, à 22, regroupées sous les 8 grands objectifs et selon les 5 grands axes présentés ci-dessus.

Sur la base d'un rapport rédigé à fin novembre 2011, le Comité de pilotage du Groupe de travail de haut niveau mandaté par le Conseil d'Etat a analysé l'ensemble des actions. Les critères d'analyse utilisés ont été notamment l'impact potentiel, la faisabilité à court terme, la nécessité ou pas de décisions politiques, la nécessité ou pas de ressources supplémentaires.

Actions prioritaires

Partant du principe qu'il n'est pas envisageable de mettre toutes les actions en œuvre dans le même temps ; que certaines constituent des préalables indispensables à d'autres actions ; et que si toutes sont importantes, certaines auront un impact plus grand (ou plus rapide, plus direct) sur le problème de pénurie, les 22 actions ont été priorisées : A ou B.

Parmi les actions de priorité A, certaines impliquent des modifications structurelles et/ou politiques conséquentes ou des investissements importants. Ces actions, au nombre de 5, sont les suivantes :

- Capacité d'accueil de la HEdS (Objectif 1, action N°1.1)
- Renforcement de la médecine de premier recours (Objectif 1, action N°1.3)
- Modèle incitatif pour la formation pratique (Objectif 2, action N°2.1)
- Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques (Objectif 3, action N°3.2)
- Guichet universel d'orientation (Objectif 4, action N°4.1)

Les autres actions prioritaires sont au nombre de 8, elles sont les suivantes :

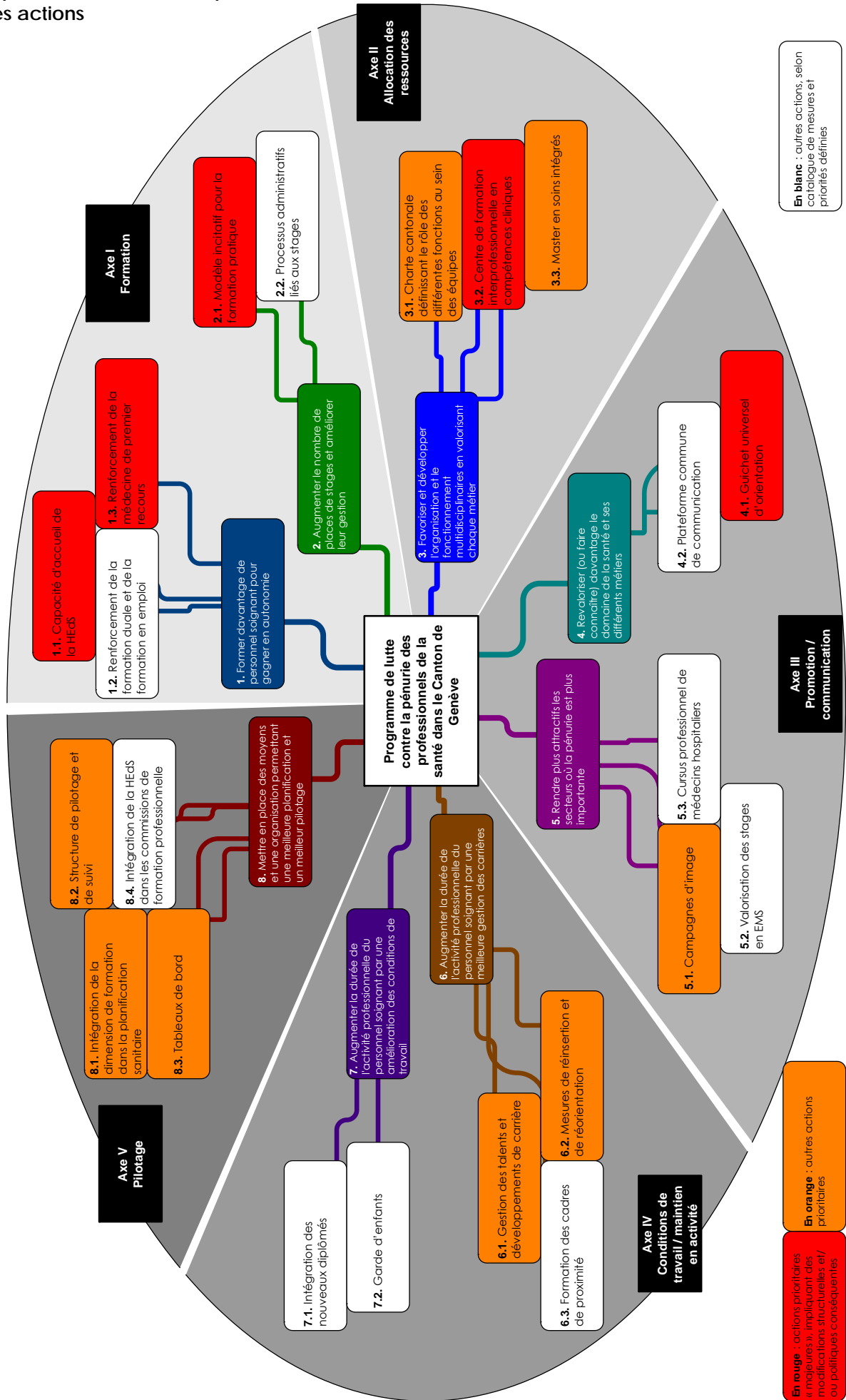
- Charte définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes (Objectif 3, action N°3.1)
- Master en soins intégrés (Objectif 3, action N°3.3)
- Campagnes d'image (Objectif 5, action N°5.1)
- Gestion des talents et développement de carrière (Objectif 6, action N°6.1)
- Mesures de réinsertion et de réorientation (Objectif 6, action N° 6.2)
- Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire (Objectif 8, action N°8.1)
- Structure de pilotage et de suivi (Objectif 8, action N°8.2)
- Tableaux de bord (Objectif 8, action N° 8.3)

Traitement des actions

Chacune des 22 actions définies par le GTO et validées par le Comité de pilotage fait l'objet d'une fiche action qui en détaille la finalité et les modalités de mise en œuvre. Ces fiches sont parties intégrantes du présent rapport.

Une représentation schématique de la totalité des actions, organisées par axe et par objectif, est présentée ci-dessous.

Représentation schématique des actions



1. Introduction

1.1. Rappel du mandat

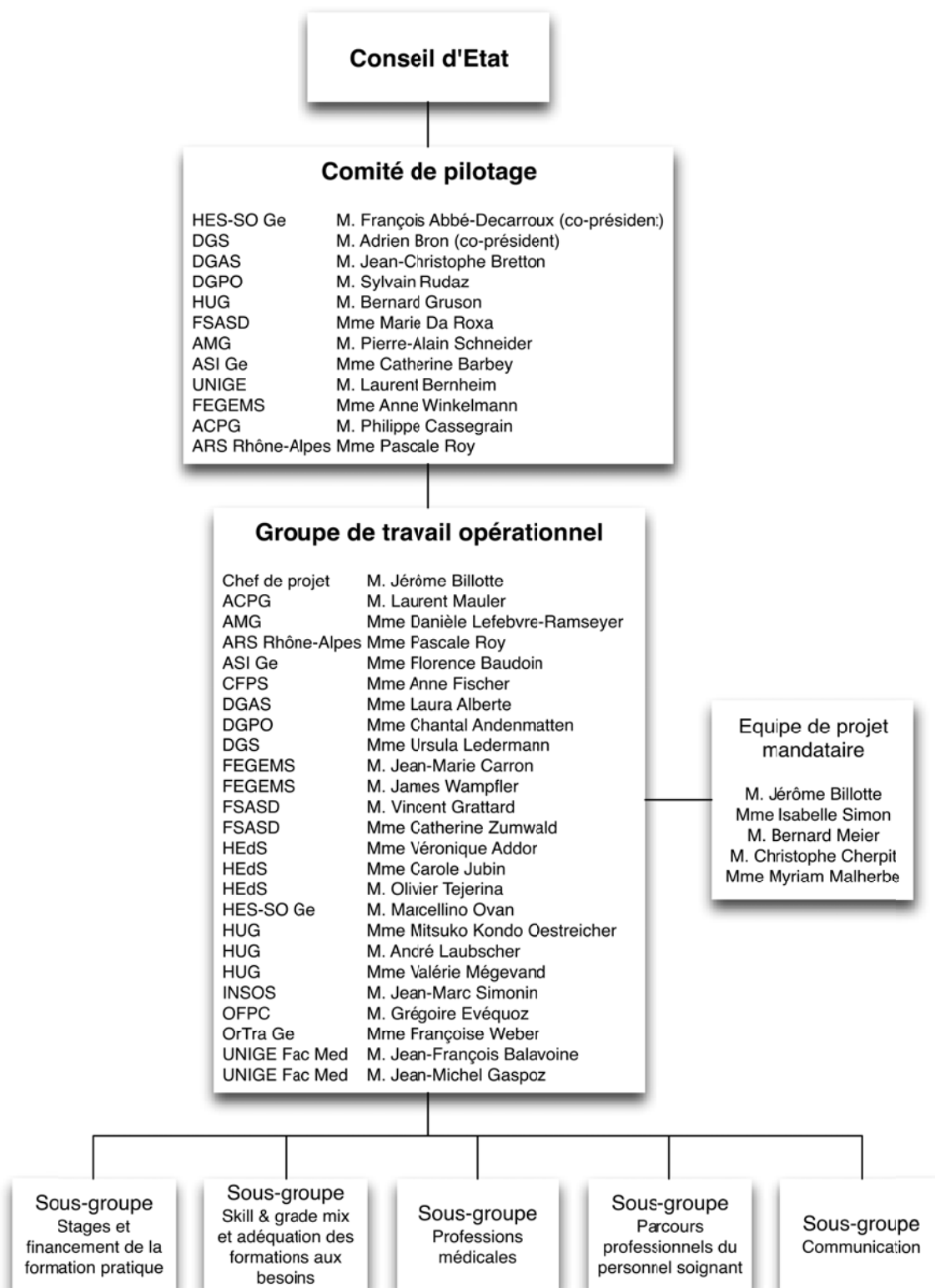
Par arrêté du 2 février 2011, le Conseil d'Etat a désigné un groupe de travail de haut niveau et lui a donné mandat de proposer et de coordonner une série d'actions visant à lutter contre la pénurie des professionnels de la santé.

Selon les termes du mandat, « La mission du groupe de travail de haut niveau est de répondre durablement aux besoins de relève en professionnels de la santé dans le canton de Genève et dans sa région transfrontalière en mettant en place une stratégie coordonnée entre les différents interlocuteurs concernés par la pénurie de ressources en professionnels de la santé. »

Les objectifs du mandat énoncés par le Conseil d'Etat sont les suivants :

- analyser les rapports existants ainsi que les actions déjà en place pour répondre à la pénurie des professionnels de la santé ;
- proposer une série de nouvelles actions en tenant compte de l'offre réelle en matière d'évolution des besoins futurs en professionnels de la santé dans le canton de Genève ;
- prioriser et coordonner ces actions dans le temps en tenant compte de l'évolution des besoins du canton de Genève et de sa région transfrontalière ;
- rendre un rapport intégrant ces actions et présentant un plan stratégique au Conseil d'Etat pour lutter contre la pénurie des professionnels de la santé.

1.2. Organisation de projet



1.3. Calendrier de travail

Le Comité de pilotage s'est réuni à 7 reprises :

- le 14 mars 2011
- le 11 mai 2011
- le 11 octobre 2011
- le 5 décembre 2011
- le 10 février 2012
- le 16 mars 2012
- le 16 avril 2012

Le Groupe de travail opérationnel a tenu sa première réunion le 6 juillet 2011, suite à la nomination le 27 juin de M. Jérôme Billotte en tant que chef de projet.

Les mois de juillet, août et une partie de septembre ont été consacrés à l'analyse des rapports et documents existants, et à des entretiens individuels avec les représentants de l'ensemble des organismes impliqués dans le processus, ainsi qu'à des recherches d'informations dans les autres cantons.

Sur cette base, les enjeux spécifiques et les différentes problématiques ont été synthétisés.

Le GTO, dans sa deuxième séance le 28 septembre, a validé cette synthèse et organisé le travail en mettant en place 5 sous-groupes. Ces derniers ont été chargés, sur la base de cette synthèse, d'élaborer des listes d'actions.

Ces actions, ont ensuite été affinées, validées et priorisées par le GTO avant d'être soumises au Comité de pilotage dans sa séance du 5 décembre.

Le premier trimestre 2012 a été consacré au regroupement de certaines actions, et à la définition plus précise des actions dans leurs objectifs, leur description, l'organisation de projet et leur calendrier.

Le GTO a repris analysé et validé l'ensemble des actions dans une dernière séance le 28 mars.

1.4. Méthodologie

Afin de faciliter à terme l'implémentation des actions et donc d'augmenter les chances que leur mise en œuvre ait un impact sur la pénurie des professionnels de la santé, l'approche retenue a été de faire principalement émerger les solutions du terrain.

La base du travail a donc été, d'une part, de recueillir les avis, suggestions, initiatives des membres du GTO et, d'autre part, d'analyser les actions menées dans d'autres cantons. L'ensemble de ces informations a ensuite été synthétisé sous forme d'actions dans le cadre fixé par le Conseil d'Etat et la Comité de pilotage.

La méthodologie suivie est présentée sous forme de diagramme dans l'annexe B. Elle peut être résumée de la façon suivante :

1. Récolte et analyse des rapports, études et actions existants.
2. Identification des enjeux et problématiques spécifiques à chaque domaine et professions concernés
3. Synthèse et organisation des actions selon différentes thématiques
4. Travail dans 5 sous-groupes pour préciser et valider les actions :
 - a. Stages et financement de la formation pratique
 - b. Skill & grade mix et adéquation des formations aux besoins
 - c. Professions médicales
 - d. Parcours professionnels du personnel soignant
 - e. Communication
5. Validation des actions par le groupe de travail

6. Positionnement et regroupement des actions autour de 5 axes et de 8 objectifs prioritaires
7. Validation du rapport intermédiaire, par le comité de pilotage
8. Affinage, regroupement et adaptation des actions
9. Rédaction du rapport et développement des actions notamment dans leurs aspects financiers et organisationnels
10. Soumission au Conseil d'Etat.

1.5. Définitions et périmètre

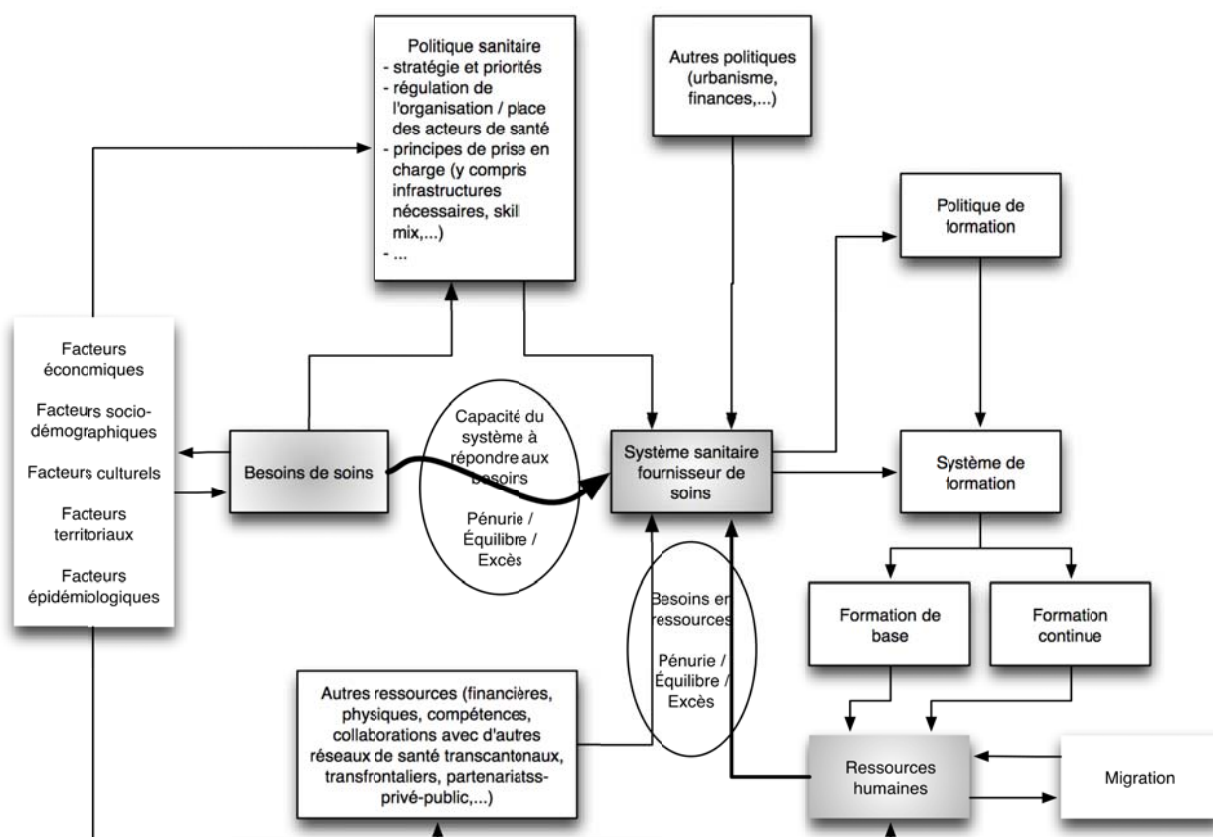
1.5.1. Pénurie

La notion de pénurie de professionnels de la santé doit nécessairement être placée dans le contexte plus large de la capacité du système de santé à répondre aux besoins de la population dans des délais appropriés.

D'autre part, la situation particulière de Genève, et sa dépendance actuelle ou prévisible envers les professionnels formés à l'étranger, doit également être intégrée dans la définition de la pénurie.

Dès lors, la définition retenue est celle d'un déséquilibre significatif sur le marché du travail entre les besoins actuels et à venir du système de santé pour fournir les prestations attendues par la population, et l'offre de professionnels formés en Suisse.

Schéma simplifié de la position du système sanitaire



1.5.2. Catégories professionnelles

Les professionnels de la santé constituent un groupe de professions très large, de tout niveau de formation, allant du personnel non-qualifié aux médecins spécialistes.

Les catégories suivantes ont été plus particulièrement considérées lors de l'analyse et dans la définition des actions :

Niveau de formation	Typologie de titres	Professions concernées	Remarques
Secondaire	Attestation de formation professionnelle (AFP) CFC	Aide-soignante/aide à domicile Aide en soins et accompagnement (ASA) Assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) Assistant-e socio-éducatif-ve (ASE)	La formation d'ASA avec AFP, commune aux domaines de la santé et du social, se développera dans toute la Suisse à partir de 2012 et remplacera les formations d'aide-soignant. Les titulaires du titre d'ASA peuvent entreprendre un apprentissage d'ASSC ou d'ASE (CFC) en entrant en deuxième année. Les terminologies en français, allemand et italien sont assez différentes : ASSC en français, Fachfrau Gesundheit en allemand et Operatore sociosanitaria en italien. La notion d'assistance est seulement présente dans la dénomination française
Tertiaire non HES	Diplôme ES	Educateur de la petite enfance, Ambulancier, etc....	Pas de diplôme d'infirmier ES en Suisse romande. Volonté politique affirmée de ne pas avoir d'infirmiers à deux niveaux (cf décisions du comité stratégique de la HES-S2 du 21 février 2003, et de la CDS du 13 mai 2004)
Tertiaire HES	Bachelor, DAS, CAS, MAS	Infirmier, diététicien, ergothérapeute, physiothérapeute.... etc.	Il existe un nombre important de filières HES dans le domaine de la santé. Certaines filières sont soumises à des procédures de régulation (ergothérapie, nutrition et diététique, physiothérapie, sage-femme)
Universitaire	Master, doctorat	Médecin, dentiste, etc.	

A noter que plusieurs employeurs se sont positionnés à de multiples reprises pour une simplification et une diminution des fonctions, en lien avec la difficulté d'absorption du système (modification des cahiers des charges, peur des nouvelles fonctions, mécanismes de défense collectifs) et à la temporalité nécessaire pour équilibrer une équipe type. La mise en place de la formation d'ASA répond en partie à ce besoin.

Il faut mentionner également que certains secteurs, notamment la FEGEMS, militent pour l'introduction d'une filière de formation ES pour les infirmières, car ne nécessitant pas le haut niveau de technicité et de responsabilité tel que visé avec une formation HES.

1.6. Etat de situation synthétique

Note : un état de situation plus détaillé figure dans l'annexe C

L'étude des nombreuses analyses et rapports ainsi que les réflexions des différents acteurs du système sanitaire genevois permettent de mettre en exergue les points suivants :

- La plupart des institutions genevoises confrontées à un problème de pénurie de personnel qualifié ont d'ores et déjà lancé des réflexions et des actions sur cette problématique, mais se trouvent souvent confrontés à des problèmes qui dépassent leurs possibilités d'action.
- Le pilotage et la coordination à tous les niveaux devraient être amélioré et venir en support aux actions proposées ici. Ce pilotage devrait pouvoir s'appuyer sur des données et des tableaux de bord mis à jour régulièrement afin d'apprécier la réalité quantitative des besoins en personnel et sa dynamique.
- La problématique de la pénurie dans les professions médicales est à lier quasi-exclusivement à quelques spécialisations bien déterminées, et en premier lieu à la médecine de premier recours. Il s'agit d'abord d'un problème d'orientation, la proportion de médecins de premier recours par rapport aux médecins spécialistes étant particulièrement faible.
Une question centrale a trait aux conditions cadres pour la pratique médicale. La clause du besoin n'est plus en vigueur dès 2012, et des différences très importantes de revenus et de contraintes entre les spécialités ont une influence majeure sur l'orientation des futurs professionnels alors que les moyens d'action au niveau cantonal sont limités.
- Il existe un décalage apparent entre certaines formations et les besoins exprimés par certains acteurs du système sanitaire (ASSC, infirmières HEdS, notamment).
- Un besoin en professionnels de niveau intermédiaire entre les ASSC et les infirmières HES a été exprimé par plusieurs acteurs (secteur des EMS, prise en charge des handicapés, lieux de vie pour malades chroniques), alors que d'autres soutiennent un système avec un nombre limité de niveaux.
- Le nombre d'ASSC formés à Genève reste très faible en comparaison intercantonale.
- La question de la répartition des tâches au sein des équipes en fonction des compétences est fondamentale en regard de l'estimation des besoins futurs, des coûts et de la planification sanitaire.
- L'apparition de nouveaux métiers, notamment au travers des pratiques avancées des infirmières, doit être considérée comme une alternative prometteuse à la prise en charge de certaines catégories de patients, en particulier les malades chroniques.
- L'augmentation de la durée de vie professionnelle des infirmières, qui reste relativement faible, offre un potentiel très intéressant pour couvrir une bonne partie des besoins en personnel soignant (passer d'une durée de vie professionnelle moyenne de 8 à 10 ans permet d'augmenter de 25% le nombre d'infirmières, soit l'équivalent de 1'250 nouvelles infirmières à Genève).
- La question de la réinsertion et de la reconversion du personnel est également cruciale et est encore peu développée.
- Le nombre de places de stages à disposition constitue le principal goulet d'étranglement pour le système de formation. Toute augmentation de la capacité de formation devrait tenir compte des besoins supplémentaire en stages et nécessite des mesures claires à ce niveau.

Plusieurs cantons, et notamment Berne, ont mis en place des systèmes incitatifs afin de trouver suffisamment de places de stages.

- Le manque d'attrait des professions de la santé (domaine infirmier et paramédical en particulier) est largement mentionné comme une des raisons susceptibles d'accentuer le risque de pénurie. La représentation collective du domaine de la santé est peu porteuse, et certains domaines souffrent d'un déficit d'image important.

Les conditions de travail sont un des éléments qui influent sur la durée de vie professionnelle des soignants : horaires, pénibilité physique et morale, articulation vie privée – vie professionnelle, répartition des tâches, augmentation des tâches administratives, etc.

Cependant, la plupart des mesures de maintien en activité impliquant des adaptations de ces conditions sortent du cadre du présent mandat car ils relèvent avant tout de la responsabilité des employeurs et des partenaires sociaux.

Ces mesures devraient prendre en compte la pénibilité du travail, et donnant la possibilité à des personnes ne pouvant plus assumer certaines charges, au niveau physique ou moral, de se réorienter partiellement ou complètement, dans le domaine de la santé, ou d'obtenir des moyens de soutien à leurs activités.

Il est à noter que, selon une enquête interne aux HUG, la question des horaires ne constitue pas une préoccupation majeure pour les employés. Le problème se pose davantage en termes de planification qu'au niveau des horaires à proprement parler.

Beaucoup d'autres cantons mettent en place ou ont déjà lancé des actions afin de remédier à la pénurie des professionnels de la santé. Une analyse succincte de la situation dans les cantons de Vaud, Berne, Zürich et Bâle figure dans l'annexe C.

Aperçu des effectifs et des besoins

En 2009, la CDS et OdASanté ont effectué une analyse des besoins en effectifs au niveau national dans les professions de santé¹. En résumé, la situation était la suivante :

Type de professionnel en soins	Nombre de professionnels	Besoins annuels en relève	Diplômes décernés	Besoins annuels non couverts
Degré tertiaire (HES + ES)	74'643	4'694	2'279	2'415
Degré secondaire II	23'410	4'423	2'320	2'103
Niveau auxiliaire	38'609	1'459	1'021	438

En 2009 également, le Comité Régional Franco-Genevois (CRFG) a piloté une étude pour déterminer les besoins en personnel soignant à Genève².

Entre 2010 et 2020, le personnel à recruter a été estimé au minimum à :
1378 EPT infirmiers et cadres infirmiers
1147 EPT auxiliaires (ASA, ASSC, ASE)

En tenant compte du taux d'activité moyen (80%), l'estimation était au minimum de :
1722 personnes à recruter pour le personnel infirmier
1433 personnes à recruter pour le personnel auxiliaire (ASA, ASSC, ASE)

¹ Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009, CDS et OdASanté, Berne, 09.12.2009

² Enquête sur les besoins en personnel soignant des institutions genevoises d'aide et de soins, CRFG, Commission « Santé, droit et cohésion sociale », Groupe de travail « Formation des assistant-e-s en soins et santé communautaire et des aides soignants », Octobre 2009

En 2011, le groupe de travail transversal « métiers de la santé » de la CRFG a mandaté un groupe de travail restreint afin de mettre à jour un certain nombre de données chiffrées. Les chiffres présentés début 2012 peuvent être résumés de la façon suivante :

La capacité de formation d'infirmières en France est de 358 places, et environ 300 diplômés sortent chaque année des 4 instituts de formation en soins infirmiers.

À Genève, le nombre d'étudiants débutant leurs études en première année du Bachelor en soins infirmiers de la HEdS a été estimé à 120 pour la rentrée 2012. Avec un taux de réussite estimé de 85%, une centaine de personnes devraient terminer leur cursus en 2015.

Pour ce qui est des besoins, les HUG engagent environ 100 à 140 infirmiers annuellement (116 en 2010 et 136 en 2011).

La FSASD quant à elle a engagé 64 infirmiers en 2010 et 121 en 2011.

Les données concernant les autres employeurs ne sont pas disponibles.

Globalement, on peut donc estimer à un minimum de 200 à 220 le nombre d'infirmières à former annuellement.

Ces chiffres montrent ainsi très clairement que le système de formation genevois, notamment pour les professions infirmières, est très largement insuffisant pour couvrir les besoins des institutions de soins du canton.

1.7. Problématique transfrontalière

La problématique transfrontalière relative aux métiers de la santé est traitée dans le cadre de deux mandats simultanés et parallèles sur l'analyse et l'identification des modalités de remédiation à des situations de pénuries (effectives ou potentielles) : les travaux du présent groupe, qui ont abouti au plan d'action présenté ici, et ceux du Comité régional franco-genevois au travers d'un groupe de travail restreint « métiers de la santé ».

Au-delà de constats qui s'avéreront assurément convergents entre les deux rapports, les pistes de solutions évoquées dans le rapport du groupe de travail "métiers de la santé" du Comité régional franco-genevois font pratiquement toutes l'objet d'une ou de plusieurs actions du catalogue résultant des travaux de ce groupe ou pourraient être intégrées à celles-ci.

Comme cela a déjà été relevé plus haut, la définition même de la pénurie dans les métiers de la santé à Genève se pose dans les termes de la gestion transfrontalière de la problématique : les besoins du côté genevois sont pour une bonne partie comblés actuellement par des personnes formées à l'étranger et notamment en France (créant de ce fait un problème de pénurie encore plus aigu en France voisine), dans le même temps qu'il est attendu que les postes disponibles puissent, en théorie et/ou à terme, être pourvus par du personnel formé en Suisse et dans les écoles genevoises en particulier. Le système complexe à considérer est ainsi caractérisé par un certain nombre de flux, actuellement en déséquilibre.

En prenant un peu de recul, on s'aperçoit que du côté français la problématique est loin d'être uniquement régionale, que ce soit dans la dimension des ressources humaines et des flux migratoires interrégionaux et internationaux, mais également dans la dimension politique, avec une régulation pilotée au niveau national. Du côté suisse, il convient également d'élargir la vision d'abord à l'ensemble de la Suisse romande, qui dispose de capacités de formation qui sont utilisées par Genève, et ensuite à l'ensemble de la Suisse, avec notamment des orientations de politique de formation différentes selon les régions, notamment dans la place respective des différents professionnels dans les équipes et les formations y relatives, et les flux qui peuvent en découler.

On se trouve dès lors dans une situation paradoxale où cause(s) et solution(s) s'entremêlent et où la résolution de la problématique semble effectivement devoir passer par des propositions dûment travaillées et organisées de manière coordonnée et concertée entre les instances compétentes franco-genevoises (voire franco-valdo-genevoises).

Il ressort clairement des analyses que, pour pouvoir trouver un équilibre des flux satisfaisant pour toutes les parties, des travaux préalables sont indispensables de part et d'autre de la frontière. Ce n'est qu'en ayant deux partenaires dont les systèmes sont à peu près stables qu'une solution viable à long terme pourra être trouvée.

Considérant que, ramené à la population, la capacité de formation en personnel infirmier du département de la Haute-Savoie est environ le double de celle du canton de Genève, il apparaît distinctement qu'un meilleur équilibre des flux passe par une augmentation sensible de la capacité de formation du côté genevois.

Il existe d'autre part un différentiel très important quant au niveau de rémunération de part et d'autre de la frontière, ce qui a une influence très forte sur les flux de travailleurs transfrontaliers. Par une revalorisation des salaires des personnels français, au travers d'une indemnité telle qu'elle existe dans d'autres régions et telle que proposée par les responsables du système sanitaire régional français, le flux pourrait passablement être réduit.

Au-delà des chiffres et des déséquilibres qui leurs sont liés, un certain nombre d'éléments qualitatifs doivent être considérés dans la problématique transfrontalière. Ainsi, il existe une différence de culture professionnelle entre les infirmières formées en Suisse dans les HES et celles formées à l'étranger. De plus, la connaissance de l'environnement social et culturel local est très importante dans certains secteurs (soins à domicile en particulier), ce qui fait qu'il est dans l'intérêt des institutions actives dans ces secteurs, si elles veulent offrir à la population les services que celle-ci attend, d'engager du personnel formé en Suisse.

Alors que le présent rapport est remis à un moment où la question des travailleurs frontaliers dans les établissements publics genevois (HUG en particulier) a fait l'objet de prises de position marquées, et où la presse régionale française a consacré plusieurs colonnes aux questions de démographie du personnel soignant, l'extension du catalogue d'actions à des mesures impactant directement la question transfrontalière paraît effectivement importante.

Les actions présentées ici ont donc été définies dans cette perspective, en visant à long terme à trouver un meilleur équilibre entre besoins et formation locale.

2. Programme d'actions

2.1. Axes stratégiques et objectifs prioritaires

La vision stratégique retenue est celle de former les professionnels dont le Canton de Genève aura besoin à l'avenir.

Sur cette base, le programme d'action est conçu autour de 5 axes majeurs :

- I. Formation
- II. Allocation des ressources
- III. Promotion et communication
- IV. Conditions de travail et maintien en activité
- V. Pilotage

Les travaux du groupe de travail ont été menés de façon à faire émerger de la base, par les acteurs concernés par la pénurie des professionnels de la santé, les solutions les mieux à même de répondre de manière pragmatique et efficace à la problématique. Il est ressorti de ce travail la convergence des actions autour de 8 objectifs prioritaires :

1. **Former** davantage de personnel soignant pour gagner en autonomie
2. Augmenter le nombre de **places de stages** et améliorer leur **gestion**
3. Favoriser et développer l'organisation et le fonctionnement **multidisciplinaires** en **valorisant chaque métier**
4. Revaloriser (ou faire connaître) davantage le **domaine de la santé** et ses **différents métiers**
5. Rendre plus **attractifs** les **secteurs** où la **pénurie** est plus importante
6. Augmenter la durée de l'activité professionnelle du personnel soignant par une meilleure **gestion des carrières**
7. Augmenter la durée de l'activité professionnelle du personnel soignant par une amélioration des **conditions de travail**
8. Mettre en place des moyens et une organisation permettant une meilleure **planification** et un meilleur **pilotage**

C'est cette organisation, par objectif, qui a été retenue dans la présentation des actions au chapitre 2.4.

Il faut noter d'emblée, d'une part, que les liens entre les actions peuvent être importants et, d'autre part, que certaines actions permettent de répondre à plusieurs objectifs, selon la lecture qui est faite de l'action.

Les axes et les objectifs s'articulent ainsi de la façon suivante :

Axes	Détails	Objectifs
I Formation	Formation initiale Formation pratique Tous les métiers concernés	1. Former davantage de personnel soignant pour gagner en autonomie 2. Augmenter le nombre de places de stages et améliorer leur gestion
II Allocation des ressources	Composition du profil d'équipe Organisation des soins Besoins en soins	3. Favoriser et développer l'organisation et le fonctionnement multidisciplinaires en valorisant chaque métier
III Promotion / Communication	Attractivité et recrutement	4. Revaloriser (ou faire connaître) davantage le domaine de la santé et ses différents métiers 5. Rendre plus attractifs les secteurs où la pénurie est plus importante
IV Conditions de travail / Maintien en activité	Attractivité et fidélisation du personnel Capacité d'accueil	6. Augmenter la durée de l'activité professionnelle du personnel soignant par une meilleure gestion des carrières 7. Augmenter la durée de l'activité professionnelle du personnel soignant par une amélioration des conditions de travail
V Pilotage		8. Mettre en place des moyens et une organisation permettant une meilleure planification et un meilleur pilotage

Les pages suivantes présentent l'ensemble des actions, sous forme de tableaux d'abord, et sous forme de fiches ensuite.

2.2. Synthèse des actions et articulation

AXE I : Formation

Objectif 1. Former davantage de personnel soignant pour gagner en autonomie

Action N°	Intitulé	Objectifs de l'action	Priorité
1.1	Capacité d'accueil de la HEdS	Augmenter significativement (doubler) la capacité d'accueil de la filière infirmière de la HEdS afin de permettre la formation de plus d'infirmières HES à Genève.	A
1.2	Renforcement de la formation duale et de la formation en emploi	Renforcer la formation duale au niveau CFC et AFP dans les domaines où les besoins sont les plus importants ; Faciliter l'accès à la formation duale ; Renforcer la visibilité et l'intégration des ASSC.	B
1.3	Renforcement de la médecine de premier recours	Développer l'enseignement pré et postgradué de la médecine de premier recours ; Revaloriser la médecine de premier recours auprès des futurs médecins ; Rééquilibrer les différentes spécialités médicales en fonction des besoins (pilotage de l'offre médicale) ; Augmenter la capacité d'accueil de la Faculté de médecine.	A

Objectif 2. Augmenter le nombre de places de stages et améliorer leur gestion

Action N°	Intitulé	Objectifs de l'action	Priorité
2.1	Modèle incitatif pour la formation pratique	Accroître le nombre de places de stages disponibles et augmenter l'implication de l'ensemble des établissements sanitaires dans la formation des professionnels de la santé.	A
2.2	Processus administratifs liés aux stages	Faciliter la gestion des stages et par voie de conséquence en diminuer les coûts et en augmenter le nombre.	B

AXE II : Allocation des ressources

Objectif 3. Favoriser et développer l'organisation et le fonctionnement multidisciplinaires en valorisant chaque métier

Action N°	Intitulé	Objectifs de l'action	Priorité
3.1	Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes	Aboutir à la rédaction d'une charte cantonale, signée par les différents partenaires (DARES, DIP, DSE, HUG, FSASD, FEGEMS, ACPG, ASI, ...), clarifiant le rôle et les responsabilités de chaque catégorie de personnel.	A
3.2	Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques	Créer un centre de compétences multidisciplinaires et de simulation en soins de premier recours ; Développer des formations communes à la HEdS et à la faculté de médecine, en relation notamment avec les pratiques avancées des infirmières,	A
3.3	Master en soins intégrés	Développer les compétences de nouveaux profils professionnels afin de mieux répondre aux nouveaux besoins et défis thérapeutiques ; Renforcer les pratiques collaboratives.	A

AXE III : Promotion / communication

Objectif 4. Revaloriser (ou faire connaître) davantage le domaine de la santé et ses différents métiers

Action N°	Intitulé	Objectifs de l'action	Priorité
4.1	Guichet universel d'orientation	Faciliter l'accès à une information aujourd'hui dispersée ; Privilégier une fonction de plateforme et de coordination « métiers » non concurrentielle entre les différents établissements ; Faciliter les carrières transdépartementales et transinstitutionnelles.	A
4.2	Plateforme commune de communication	Assurer la coordination de la communication entre les différents acteurs sur des actions ciblées directement ou indirectement sur la pénurie.	B

Objectif 5. Rendre plus attractifs les secteurs où la pénurie est plus importante

Action N°	Intitulé	Objectifs de l'action	Priorité
5.1	Campagnes d'image	Communiquer sur les métiers de la santé et orienter rapidement les étudiants vers les métiers de la santé Attirer spécifiquement les professionnels (futurs étudiants ou actuels professionnels déjà sur le marché) vers les secteurs concernés.	A
5.2	Valorisation des stages en EMS	Stimuler l'intérêt pour le domaine de la gériatrie ; Utiliser des capacités de stages inexploitées.	B
5.3	Cursus professionnel de médecins hospitaliers	Trouver le bon équilibre entre capacité de formation de l'hôpital et besoins en médecins hospitaliers ; Réguler la migration des médecins formés en Suisse vers le privé pour résoudre le problème de la pénurie de médecins hospitaliers.	B

AXE IV : Conditions de travail / maintien en activité

Objectif 6. Augmenter la durée de l'activité professionnelle du personnel soignant par une meilleure gestion des carrières

Action N°	Intitulé	Objectifs de l'action	Priorité
6.1	Gestion des talents et développements de carrière	Fidéliser le personnel soignant ; Conserver et développer les talents ; Exploiter le réservoir de collaborateurs souhaitant engager un processus de développement ; Augmenter le niveau général de formation.	A
6.2	Mesures de réinsertion et de réorientation	Augmenter le nombre de personnel soignant en favorisant et en facilitant le retour à l'activité professionnelle et la réinsertion.	B
6.3	Formation des cadres de proximité	Fidéliser le personnel soignant ; Conserver et développer les talents ; Répondre à la pénibilité du travail, qui est également une cause de réorientation ou de départ, par la reconnaissance du travail effectivement réalisé ; Réintégrer la formation des cadres dans le cursus académique.	B

Objectif 7. Augmenter la durée de l'activité professionnelle du personnel soignant par une amélioration des conditions de travail

Action N°	Intitulé	Objectifs de l'action	Priorité
7.1	Intégration des nouveaux diplômés	Réduire l'écart entre le métier attendu (appris) et le métier réel ; Faciliter l'entrée dans la vie professionnelle des nouveaux diplômés ; Augmenter progressivement le niveau d'intégration et de performance des nouveaux diplômés ; Fidéliser davantage le personnel infirmier.	B
7.2	Garde d'enfants	Faciliter le maintien en activité des jeunes parents Faciliter le retour à une activité professionnelle des parents de jeunes enfants.	B

AXE V : Pilotage

Objectif 8. Mettre en place des moyens et une organisation permettant une meilleure planification et un meilleur pilotage

Action N°	Intitulé	Objectifs de l'action	Priorité
8.1	Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire	Avoir une vue prospective des besoins en formation dans les différentes professions ; Améliorer le pilotage politique face aux enjeux ; notamment démographiques, du domaine sanitaire.	A
8.2	Structure de pilotage et de suivi	Améliorer le pilotage politique des enjeux, notamment démographiques, du domaine sanitaire ; Renforcer la coordination dans le pilotage politique du domaine sanitaire, notamment dans les dimensions des ressources humaines et de la formation ; Assurer que la liste d'actions retenues constitue réellement un programme et que celui-ci soit mis en œuvre et suivi.	A
8.3	Tableaux de bord	Déterminer un skill mix moyen par secteur de soins et suivre régulièrement les tendances d'évolution, afin d'avoir une meilleure vue prospective des besoins dans les différentes catégories professionnelles et de pouvoir effectuer des prévisions concernant les besoins en formation ; Suivre les effectifs dans chaque catégorie professionnelle pour déterminer la capacité de formation des établissements.	A
8.4	Intégration de la HEdS dans les commissions de formation professionnelle	Renforcer le lien entre HEdS et employeurs ; Mieux coordonner les différents niveaux de formation.	B

2.3. Actions prioritaires

Les travaux préliminaires ont d'abord aboutis à la définition de 37 actions puis, après affinage, aux 22 présentées ici, regroupées sous 8 grands objectifs. Sur la base d'un rapport rédigé à fin novembre 2011, le Comité de pilotage du Groupe de travail de haut niveau mandaté par le Conseil d'Etat a analysé, en décembre 2011, l'ensemble des actions. Les critères d'analyse utilisés ont été notamment l'impact potentiel, la faisabilité à court terme, la nécessité ou pas de décisions politiques, la nécessité ou pas de ressources supplémentaires.

Partant du principe qu'il n'est pas envisageable de mettre toutes les actions en œuvre dans le même temps ; que certaines constituent des préalables indispensables à d'autres actions ; et que si toutes sont importantes, certaines auront un impact plus grand (ou plus rapide, plus direct) sur le problème de pénurie, les 22 actions ont été priorisées : A ou B

Parmi les actions de priorité A, certaines impliquent des modifications structurelles et/ou politiques conséquentes ou des investissements importants. Ces actions, au nombre de 5, sont les suivantes :

- Capacité d'accueil de la HEdS – Action N° 1.1
- Renforcement de la médecine de premier recours – Action N° 1.3
- Modèle incitatif pour la formation pratique – Action N° 2.1
- Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques – Action N° 3.3
- Guichet universel d'orientation – Action N° 4.1

Les autres actions prioritaires sont au nombre de 8, elles sont les suivantes :

- Charte définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes – Action N° 3.1
- Master en soins intégrés – Action N° 3.4
- Campagnes d'image – Action N° 5.1
- Gestion des talents et développement de carrière – Action N° 6.1
- Mesures de réinsertion et de réorientation – Action 6.3
- Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire – Action N° 8.1
- Structure de pilotage et de suivi – Action N° 8.2
- Tableaux de bord – Action N° 8.3

Une représentation schématique de l'ensemble des actions organisées par axe et par objectif est présentée dans le résumé.

2.4. Descriptif des actions proposées

2.4.1. AXE I : Formation (formation initiale, formation pratique, tous les métiers concernés) : 2 objectifs et 5 actions

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
1.1	1. Former davantage de personnel soignant pour gagner en autonomie	I. Formation	A

Capacité d'accueil de la HEdS

Entité porteuse de l'action (entité leader)	HEdS
Equipe de projet	HEdS, DIP, HES-SO Genève, DCTI
Personne de contact	Daniel Petitmermet
Autres acteurs impliqués	HUG, Faculté de médecine, CFPS

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

L'objectif est d'augmenter significativement la capacité d'accueil de la filière infirmière de la HEdS (y compris la formation en emploi) afin de permettre la formation de plus d'infirmières HES à Genève.

Cet objectif s'inscrit dans une vision plus globale tendant à créer et consolider un véritable « campus santé » dans le quartier "Champel-Cluses-Roseraie" (HUG, HEdS, Faculté de médecine et autres partenaires).

Il implique un sous-objectif concret en termes d'infrastructures et de ressources, les moyens matériels actuels ne permettant pas d'absorber une augmentation de capacité.

Description

Dans un premier temps, cette action précise le cahier des charges d'une augmentation de la capacité de formation de la HEdS (filiale infirmière) selon les axes suivants :

- définition exacte de la capacité d'accueil attendue et calendrier de montée en charge ;
- quantification des besoins en RH : enseignants et PAT supplémentaires ;
- quantification des besoins en infrastructures : salles de formation, infrastructures pédagogiques (centre de documentation par exemple), logistique et informatique, le cas échéant, besoin d'un bâtiment supplémentaire ;
- quantification des besoins en places de stages supplémentaires ;
- définition du budget et du financement.

Sur cette base, l'action prévoit une mise en œuvre progressive de l'augmentation de la capacité, dans le cadre des infrastructures existantes dans un premier temps, et par la construction de locaux supplémentaires dans un second temps.

La capacité d'accueil visée à terme, pour la filière soins infirmiers uniquement, est de 220 étudiants en 1^{ère} année (pour arriver à 185 diplômés après 3 ans d'études), soit une capacité d'accueil totale de 600 étudiants en soins infirmiers en Bachelor, et une montée en charge sur trois ans (année 1 : 220 ; année 2 : 195 ; année 3 : 185).

Parallèlement, l'école doit pouvoir prendre en charge à terme environ 440 étudiants du programme "modules complémentaires / maturité spécialisée santé" (capacité d'accueil également à augmenter, par rapport aux 360 actuels, si l'on veut atteindre l'objectif d'admission au niveau des Bachelors).

En parallèle, le site accueille les étudiants des 4 autres filières à raison d'environ 320 étudiants (données budgétaires 2012).

Profession(s) concernée(s)

Infirmières

Remarques

Cette action est déclinée, conformément à la vision globale qui la sous-tend, autour de l'idée d'un campus genevois de formation en santé, valorisant les synergies entre les différents acteurs et visant notamment à l'émergence de nouveaux métiers à même de répondre sur le long terme à certains aspects de la pénurie des professions de la santé.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

Vu les délais prévisibles en terme d'agrandissement de l'infrastructure (études, soumissions, recours, construction), vu les délais (3 ans minimum) pour atteindre les objectifs en termes de diplômés, il est essentiel qu'une décision politique rapide et déterminée soit prise afin que les études de faisabilité puissent commencer dans les meilleurs délais.

Calendrier de mise en œuvre

Etape(s)	Délai de réalisation
1. Définir le cahier des charges d'une augmentation de la capacité de formation de la HEdS (filiale infirmière) a. préciser les besoins en RH : enseignants et PAT supplémentaires b. préciser les besoins en infrastructures : salles de formation, logistique et informatique, le cas échéant, besoin d'un bâtiment supplémentaire c. préciser les besoins en places de stages d. définir le budget et le financement	Avril 2012
2. Définir le calendrier de montée en charge (en lien et sur la base notamment des actions 8.1 et 8.3 ainsi qu'en tenant compte des augmentations de capacité récentes et des autres acteurs de la formation infirmière en Suisse romande).	Avril 2012
3. Décision de principe du Conseil d'Etat.	Juin 2012
4. Lancer les procédures adéquates pour la mise en œuvre de l'action : étude de faisabilité.	été 2012
5. Décision.	Année N
6. Début des travaux.	
7. Rétro-planning (engagement des enseignants, anticipation des places de stages, mesures de communication-information, etc.)	
8. 1 ^{ère} volée complète "nouvelle capacité d'accueil".	Année N+3 (min.)

Ressources

Budget (moyens à engager)

Ressources humaines

Augmentation de 23 EPT pour la formation Bachelor et 7 EPT pour les modules complémentaires/la maturité spécialisée (sur la base des taux d'encadrement moyens admis). Ces 30 postes représentent approximativement un budget additionnel total de l'ordre de CHF 5'400'000.-.

Les ressources complémentaires pour les fonctions de support n'ont pas été calculées à ce stade.

Infrastructures

Augmentation nécessaire de 3'000 m² (par surélévation du bâtiment actuel à Champel).
Budget indicatif (selon éléments internes à la HES-SO Genève): CHF 15'000'000.-

Financement

L'augmentation de CHF 5'400'000.- (CHF 4'140'000.- pour les Bachelors et CHF 1'260'000.- pour les modules complémentaires/la maturité spécialisée) liée aux ressources humaines devraient être couverts comme suit :

- Bachelors : CHF 23'000.-/étudiant/année x 300 étudiants supplémentaires = CHF 6'900'000.-
- Modules complémentaires/maturité spécialisée : CHF 18'000.-/étudiant/année x 80 étudiants = CHF 1'440'000.-

soit un montant total de l'ordre de CHF 8'340'000.- qui est, à ce stade, largement supérieur aux coûts additionnels prévus pour les postes d'enseignants (mais sans tenir compte des postes de PAT, ni des coûts d'exploitation liés aux augmentations d'effectifs).

Ce montant serait à charge du Canton, des cantons partenaires de la HES-SO, et de la Confédération, selon la clé de répartition en vigueur dans les HES pour la formation Bachelor et de la provenance des étudiants, et à charge du canton (DIP, DGPO) pour la partie modules complémentaires/maturité spécialisée.

Impact attendu sur la pénurie

Cette action est centrale dans l'amélioration de la capacité du canton de Genève à couvrir ses besoins en professionnels de la santé. Elle a donc un impact déterminant sur la pénurie en augmentant le nombre d'infirmières formées.

Articulation et liens avec d'autres actions

Plusieurs actions constituent des **préalables nécessaires** à cette action, notamment pour définir les besoins réels en termes de formation :

- 8.1 "Planification sanitaire et formation"
- 8.3 "Tableaux de bord"
- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions"

Plusieurs actions sont **étroitement liées** et **indispensables** à l'exploitation des capacités nouvellement créées. D'abord pour assurer un nombre suffisant de places de stages, qui constituent un facteur limitant du système :

- 2.1 "Mesures incitatives"

Ensuite pour attirer suffisamment de personnes motivées et compétentes :

- 4.1. "Guichet d'orientation universel"
- 4.2. "Campagnes d'image"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
1.2	1. Former davantage de personnel soignant pour gagner en autonomie	I. Formation	B
<i>Renforcement de la formation duale et de la formation en emploi</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	OFPC
Equipe de projet	OrTra, DGPO, OFPC, Commission de formation professionnelle
Personne de contact	Grégoire Evéquoz
Autres acteurs impliqués	OCE

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Renforcer la formation duale au niveau CFC et AFP dans les domaines où les besoins sont les plus importants
- Faciliter l'accès à la formation duale
- Renforcer la visibilité et l'intégration des ASSC

Description

- Développer la formation duale au niveau CFC et au niveau AFP
- Développer la validation des acquis de l'expérience (VAE)
- Le cas échéant, préciser le périmètre de la formation duale dans le domaine de la santé.
- Définir les conditions favorisant ce type de formation à Genève

Profession(s) concernée(s)

ASSC, ASE et AS/ASA

Remarques

- Les questions relatives à la place de la validation des acquis de l'expérience (VAE), de la formation duale en emploi (maintien du salaire), des professions concernées (ASSC, AFP, ...), des personnes touchées (provenance, âge) et de la valorisation (représentation, image) de cette modalité sont à considérer.
- La loi C 2 15, visant à augmenter le nombre de certificats fédéraux de capacité (CFC) dans les domaines de la santé et du social, petite enfance incluse (LCFCSS), entre aussi dans la problématique de cette action.
- La promotion de la maturité professionnelle « santé-social », pour ASSC post-CFC, pourrait être une voie à envisager pour préparer l'entrée à la HEDS. Les personnes pourraient en outre rester en emploi en mi-temps pendant 2 ans.
- Les études menées récemment, notamment dans le Canton de Vaud, donnent des indications précieuses en vue d'améliorer les phases « avant », « pendant » et « après » la formation d'ASSC :
 - Facteurs, conditions et préalables pour une orientation et une préparation à la formation

- o Facteurs de succès, contexte et modalités de la formation d'ASSC en école et en dual
- o Formation continue et construction du profil professionnel

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

- Cette action nécessite une clarification de la composition d'une équipe de soin type en tenant compte des spécificités des différents lieux/domaines de pratique (Domicile, EMS, hôpitaux et milieu du handicap). Dès cette étape franchie il sera possible de définir plus précisément les besoins, notamment en ASSC.
- Afin d'en assurer l'efficacité, il est en outre nécessaire d'identifier d'abord les besoins réels.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Définir les besoins dans les différents types de formation (HES, ASSC, AFP) → Voir aussi les actions 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire" et 8.3 "Tableaux de bord"	Décembre 2012
2. Répertoire l'existant, préciser le périmètre de la formation duale dans le domaine de la santé et définir les conditions favorisant ce type de formation à Genève.	Février 2013
3. Définir les moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'action.	Mai 2013
4. Mettre en œuvre les cursus de formation.	Août 2013
5. Promouvoir et effectuer le suivi de l'action	Décembre 2013 et Juin/Août 2014

Ressources

Budget (moyens à engager)

Étapes 1, 2 et 5 :

La définition des besoins dans les différents types de formation ainsi que l'établissement d'un répertoire de l'existant, la précision du périmètre de la formation duale et la définition des conditions qui la favoriseraient, puis le suivi de l'action ne nécessitent pas l'engagement de ressources supplémentaires.

Étapes 3 et 4 :

Dans un second temps, l'étape 3 permettra d'identifier les moyens nécessaires à la mise en œuvre effective de l'action.

Financement

La proposition et le choix du mode de financement des éventuelles ressources supplémentaires nécessaires est l'une des étapes incluses dans le calendrier de mise en œuvre (étape 3).

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **direct** sur la pénurie en augmentant le nombre de professionnels formés dans le domaine de la santé (formation duale et en emploi).

Articulation et liens avec d'autres actions

Une action, en particulier, est un **préalable indispensable** à cette action :

- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"

D'autres actions constituent des **préalables nécessaires** à cette action, notamment pour définir les besoins réels en termes de formation duale et en emploi :

- 8.1 "Intégration de la dimension sanitaire dans la planification sanitaire"
- 8.3 "Tableaux de bord"

Cette action aura un **impact direct** sur d'autres actions :

- 3.2 "Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques"
- 4.1 "Guichet universel d'orientation"
- 4.2 "Campagnes d'image"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
1.3	1. Former davantage de personnel soignant pour gagner en autonomie	I. Formation	A

Renforcement de la médecine de premier recours

Entité porteuse de l'action (entité leader)	Faculté de médecine
Equipe de projet	Faculté de médecine
Personne de contact	Laurent Bernheim
Autres acteurs impliqués	DGS, AMG, HUG, UniGe (Rectorat)

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

L'objectif principal est de remédier à la pénurie de médecins de premier recours à Genève.

Actuellement, seul 15 à 20% des étudiants en médecine se destinent à la médecine de premier recours. Il est préconisé de développer une stratégie cantonale visant à développer et valoriser ce domaine de la médecine. Le but à atteindre est qu'environ 50% des étudiants choisissent cette voie.

Une fois ce premier objectif atteint, le nombre de médecins formé par an devra être augmenté. Entre 2007 et 2011, la Faculté de médecine a augmenté une première fois sa capacité de formation en passant de 100 à 140 médecins formés par an. Cependant, selon le rapport du Conseil fédéral du 16.09.11, Genève devrait former environ 180 médecins par an.

Relevons qu'augmenter la capacité de formation médicale avant de mettre en place une stratégie pour rediriger les futurs médecins vers la médecine de premier recours (i) ne remédierait pas à la pénurie de médecins de premier recours et (ii) créerait une pléthore de spécialistes.

Description

La stratégie envisagée passe par la réalisation des sous-objectifs suivants :

1. L'objectif principal est de renforcer l'enseignement de la médecine de premier recours au niveau prégradué à la Faculté de médecine et mieux coordonner le curriculum de formation postgraduée en collaboration avec les différents partenaires du réseau;
2. En soutien à ces mesures, et dans une perspective de pilotage cantonal sur mandat fédéral, il s'agit également de définir les objectifs et les moyens pour revaloriser la médecine de premier recours auprès des futurs médecins et pour piloter l'offre médicale en fonction des besoins ;
3. Une fois les deux sous-objectifs précédents atteints, la capacité de formation de la Faculté de médecine doit être augmentée.

Le sous-objectif 1 relève principalement d'une problématique (contrainte) d'ordre budgétaire.

Il s'agit d'abord de renforcer la dimension académique de la médecine de premier recours au travers de la nomination de 2 à 3 professeurs spécialisés en médecine de premier recours et par la création de 3 à 4 postes facultaires supplémentaires dans l'UREMPR (Unité de recherche et d'enseignement en médecine de premier recours) afin de rémunérer des postes de médecins de ville venant enseigner à la Faculté dans ce secteur spécifique de formation.

Il s'agit également de créer des postes de stages en cabinet (cabinets privés, centres médicaux ou maisons de santé) au niveau prégrade et des postes d'assistants en cabinet au niveau postgrade.

Ceci implique:

- le développement du partenariat public-privé pour accroître l'exposition des médecins en formation à la médecine « de ville » ;
- un soutien politique pour le développement de ce partenariat ;
- un soutien financier pour la création de postes de stages en cabinet ;
- un soutien financier pour la création de postes d'assistants en cabinet ;
- la formation et l'encadrement des praticiens formateurs

La question de l'amélioration de l'orientation des étudiants vers la médecine de premier recours pendant les études (identification des moments clés dans le cursus pour favoriser cette orientation) est partie intégrante de ce sous-objectif.

Pour ce qui est du curriculum de formation postgraduée, celui-ci est défini au plan fédéral. Il dépend des sociétés de disciplines médicales sous l'égide de l'Institut suisse de la formation médicale (ISFM/SIWF), et il est accrédité par le Conseil fédéral.

Le sous-objectif 2 est de nature plus politique. Il concerne à la fois la problématique tarifaire - revalorisation de la tarification des prestations dans le domaine de la médecine de premier recours, par comparaison avec la médecine spécialisée - et des questions de régulation - clause du besoin, notamment.

Le sous-objectif 3 relève, comme le sous-objectif 1, principalement de contrainte budgétaire. La Faculté de médecine a déjà absorbé une première augmentation d'effectif étudiant entre 2007 et 2011 sans ressources supplémentaires. Il ne lui est pas possible d'augmenter encore sa capacité de formation sans repenser en profondeur son curriculum. La Faculté a formé environ 100 médecins par an ces 30 dernières années et il lui faudrait dorénavant, selon le rapport du Conseil fédéral du 16.09.11, former 180 médecins par an. Relevons cependant qu'évaluer les besoins futurs en médecins est déjà en soi complexe, et que la situation va encore se compliquer du fait de l'arrivée de médecins depuis l'UE, un phénomène dont nous ne pouvons à l'heure actuelle anticiper ni l'ampleur ni la nature.

La marge de manœuvre du Canton étant très faible en la matière, ces actions visent d'abord à identifier les leviers possibles pour orienter les ressources mobilisables vers les secteurs ayant les besoins les plus importants.

Profession(s) concernée(s)

Médecins

Remarques

Cette action, multidimensionnelle, vise à renforcer et revaloriser la médecine de premier recours, comme un élément clé de la maîtrise du système de santé dans le futur. Elle s'inscrit donc dans une problématique plus large que la simple pénurie d'une catégorie de professionnels.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

Principale contrainte et facteur de risque, la nécessité d'un budget additionnel, pour renforcer l'enseignement de la médecine de premier recours et pour augmenter la capacité de formation de la Faculté, représente la condition sine qua non de la mise en œuvre de l'action.

Il est à noter que l'augmentation du nombre d'étudiants devrait "logiquement" générer une augmentation correspondante du budget de la Faculté, sur la base des ratios de financement établis et pour autant que les sommes dévolues et résultant des subventions cantonales et fédérales soient bien affectées à la médecine.

Un second risque réside dans la faisabilité (ou non) de l'orientation d'environ 50% des nouveaux médecins formés par la Faculté vers la médecine de premier recours (et non vers les autres spécialités). En effet, il serait aberrant, par une absence d'incitatifs et de mesures

d'accompagnement (voire de mesure de régulation), que l'augmentation du nombre de praticiens formés contribue, contrairement à l'objectif visé, à une accentuation du déséquilibre entre médecine de premier recours et spécialités. Le fait qu'une partie des mesures d'accompagnement (régulation, adaptation des tarifs médicaux) dépende directement de l'action politique (tant au niveau cantonal que, et surtout, au niveau national) représente une contrainte en soi de cette action (ou groupe d'actions).

Calendrier de mise en œuvre

Etape(s)	Délai de réalisation
1. Définir les besoins d'encadrement nécessaires à la formation spécifiquement orientée vers la médecine de premier recours	En cours
2. Obtenir la garantie du financement (additionnel) des ressources nécessaires	Dès que possible
3. Engager/recruter les formateurs (internes et externes)	Dès que possible
4. Elaborer les mesures d'accompagnement relatives à la médecine de premier recours en général	En cours
5. Définir le nombre cible de médecins à former, de manière générale et en particulier dans le domaine du premier recours	2013
6. Valider les ressources supplémentaires nécessaires à l'encadrement des étudiants additionnels	2013
7. Mettre en œuvre l'ensemble des actions prévues (1 ^e volée augmentée)	2014

Nota bene :

- 1) *Plusieurs des étapes mentionnées ci-dessus sont déjà totalement ou partiellement réalisées par la Faculté de médecine.*
- 2) *Les actions politiques (lobbying Tarmed, régulation) ne sont pas planifiables à ce stade.*

Ressources

Budget (moyens à engager)

En première approximation, la réalisation de l'objectif 1 nécessite le financement additionnel de 2 à 3 postes professoraux et de 3 à 4 postes d'enseignants praticiens dans l'UREMPR, ainsi que le financement de postes de stages en cabinet et d'assistants en cabinet (montants à préciser lors de l'étape 3 de réalisation).

L'objectif 2 ne nécessite pas de ressources supplémentaires.

La réalisation de l'objectif 3, augmenter la capacité de formation à 180 médecins par an, nécessite en première approximation un budget additionnel de l'ordre de 10 millions de CHF par an (chiffre actuellement à l'étude).

Financement

Pour les objectifs relatifs à l'augmentation du nombre d'étudiants à la Faculté de médecine, au travers des mécanismes liés aux subventions cantonales et fédérales affectées à la médecine.

Impact attendu sur la pénurie

Cette action est centrale dans l'amélioration de la capacité du canton de Genève à couvrir ses besoins en médecins de premier recours. Elle a donc un impact déterminant sur la pénurie en augmentant le nombre et la proportion de médecins de premier recours actifs.

L'effet-retard de cette action (ou groupe d'actions) ne doit pas être négligé, en terme d'impact attendu sur la pénurie, compte tenu d'une durée d'études moyenne (pré- et postgraduées) de l'ordre de 12-15 ans pour les médecins de premier recours.

Une première volée de médecins dans ce secteur pourrait ainsi être disponible « sur le marché » au plus tôt en année N+12 après l'admission de la première volée augmentée.

Articulation et liens avec d'autres actions

Plusieurs actions constituent des **préalables utiles** ou des outils d'accompagnement à cette action, notamment pour définir les besoins réels en termes de formation :

- 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"
- 8.3 "Tableaux de bord"
- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"

L'articulation avec d'autres professions et notamment l'émergence de nouveaux métiers sont à même de contribuer à d'une part renforcer l'attrait de la profession de médecin de premier recours, et d'autre part de compenser légèrement les besoins. Dès une action en particulier est à considérer comme **complémentaire** à celle-ci :

- 3.2 "Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques"
- 3.3 "Master en soins intégrés"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
2.1	2. Augmenter le nombre de places de stages et améliorer leur gestion	I. Formation	A

Modèle incitatif pour la formation pratique

Entité porteuse de l'action (entité leader)	DGS
Equipe de projet	DGS, DIP, DSE, OrTra
Personne de contact	Ursula Ledermann Bulti
Autres acteurs impliqués	HUG, FSASD, FEGEMS, INSOS, ACPG, HEdS et CFPS

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

Accroître le nombre de places de stages disponibles et augmenter l'implication de l'ensemble des établissements sanitaires dans la formation des professionnels de la santé.

Description

Cette action vise à mettre en place un système de pilotage et de financement de la formation pratique (stages) afin de faire mieux correspondre cette offre avec les besoins des cursus de formation.

Le but visé est que tous les établissements soient amenés à participer à la formation du personnel en fonction de leurs possibilités.

Ce modèle incitatif se base sur l'expérience d'autres cantons et, principalement, celui du canton de Berne.

Les grands principes retenus à ce stade sont les suivants :

- Le besoin en places de stage est fixé au niveau cantonal en fonction de la planification sanitaire et des besoins en formation qui y sont liés.
- Le canton définit des normes, exprimées en semaines de formation pratique à fournir au sein des établissements sanitaires, pour chaque poste à temps complet (EPT) dans les professions de santé (hors médecins).
- Une pondération est appliquée par type de formation pour tenir compte des besoins particuliers dans certains secteurs ou professions.
- Un potentiel de formation pratique (cible) est ainsi défini pour chaque établissement.
- Une rémunération par semaine de stage est déterminée.
- Un système de bonus/malus est mis en place afin de rétribuer les prestations fournies et d'inciter les établissements à atteindre leur cible de formation pratique.

De manière simplifiée, l'équation peut être résumée (sous réserve du développement de l'ensemble de l'action envisagée ; cf. ci-après) comme suit :

Détermination du nombre total de semaines de stage nécessaires au niveau cantonal

=> détermination du nombre de semaines de stages par EPT (par catégorie professionnelle)

=> définition du potentiel de formation par établissement et par catégorie professionnelle

=> définition du niveau de rémunération par semaine de stage

=> rétribution des prestations fournies et application d'un bonus/malus

L'action proprement dite implique donc une importante phase amont d'analyse et de définition des différents paramètres spécifiques à la situation genevoise dans la transposition du « modèle bernois ». Les différentes étapes de réalisation de ce projet sont décrites plus loin, dans la rubrique « Calendrier ».

Profession(s) concernée(s)

Toutes les professions, hors filière médicale

Remarques

La base de ce modèle incitatif est le modèle du canton de Berne, tel que décrit en annexe (voir ci-dessous), tant dans les principes retenus que dans le processus de mise en œuvre.

Cette action devra notamment répondre aux questions suivantes:

- comment établir le nombre de places de stages qu'un établissement doit fournir (EPT, nb. de lits, etc.) ?
- quels sont les établissements admissibles (susceptibles d'être retenus) pour fournir des places de stages ?
- quel est le niveau d'implication attendu du secteur privé ?
- quelles sont les professions concernées et notamment quelle doit être la place donnée aux ASSC dans le modèle ?
- quelles peuvent être les modalités d'adaptation du modèle bernois en tenant compte du contexte genevois (culture différente) ?

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

La participation au projet de l'ensemble des acteurs impliqués est très importante pour sa réussite.

Comme l'action vise à augmenter le nombre de places de stages à disposition et que les prestations de formation pratique ont un coût, il est très probable qu'il en résultera un coût supplémentaire pour le canton, selon le mode de financement et le système de bonus/malus choisis. Le risque financier reste donc à évaluer (notamment dans le cas où le système générerait beaucoup de bonus).

Enfin, un risque politique est également à considérer, dépendant du périmètre (établissements prestataires retenus) qui sera finalement choisi et l'obligation de fournir des prestations de la part d'acteurs privés, notamment.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Analyser le modèle bernois, tant dans sa finalité que dans la méthodologie qui a présidé à sa mise en place	Avril 2012 (voir annexe ci-dessous)
2. Mettre en place un système de planification permettant : a. d'établir le nombre de professionnels en exercice dans chaque catégorie b. d'établir le nombre de professionnels devant entrer sur le marché du travail annuellement c. d'établir le nombre de places de stages nécessaire	Avril 2012 (première étape) puis 2013 (voir action 8.3)
3. Etablir le modèle genevois ; définir les instruments nécessaires à sa mise en œuvre, ainsi que les valeurs et ratios propres à la situation genevoise ; préciser le lien avec les modes de financements (DRG, contrats de prestations) ; définir les processus et le mode d'organisation	Avril 2013
4. Préparer une base légale	Juin 2013

5. Mettre en œuvre le système	Début 2014
6. Effectuer le suivi et comparer les prestations de formations effectives avec la cible	Dès 2015

Ressources

Budget (moyens à engager)

Ressources projet : 1 chef de projet au niveau de la DGS (0.4 EPT pendant 1 année) + membres de l'équipe de projet, soit environ 80'000.-

Ressources supplémentaires liées au système bonus/malus : à estimer (Berne : estimées au maximum à 2.4 millions, avec atteinte de l'objectif de formation à 100% ; environ 66% aujourd'hui).

Financement

Gestion de projet : Canton

Mise en œuvre : à définir (étape 3 ci-dessus).

Pour ce qui est des établissements hospitaliers (« hôpital répertorié » selon la LAMal), financement au travers des DRG (avec une part à charge des assureurs et une part à charge du canton).

Impact attendu sur la pénurie

Cette action permet de traiter et de réguler le goulet d'étranglement du système de formation des professionnels de la santé que constitue l'accès aux stages. Il tient donc une position-clé dans l'augmentation de la capacité du système de formation et peut avoir un impact très important sur la pénurie à long terme.

Articulation et liens avec d'autres actions

Une action **préalable nécessaire** à cette action, notamment pour définir et suivre les besoins réels :

- 8.3 "Tableaux de bord"

Une autre action **préalable utile** pour préciser les besoins dans les différentes catégories de personnel et adapter le cas échéant le système incitatif en fonction de besoins spécifiques :

- 3.1 "Rédaction d'une charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions"

Cette action **soutiendra directement** toutes les actions liées à l'augmentation de la capacité du système de formation des professions non médicales :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.2 "Développement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 6.2 "Mesures de réinsertion et de réorientation"

Annexe : Description et analyse du modèle bernois

1. Historique

La mise en place du modèle bernois est l'aboutissement d'un processus de 10 ans.

- 2002 La formation pratique devient une prestation reconnue des établissements de soins. Cette prestation est demandée et payée uniquement par le Canton, à l'ensemble des acteurs, publics et privés.
- 2007 Un système de planification est mis en place. Mise en place de tableaux de bords et d'un système permettant d'établir le nombre de professionnels en exercice des différentes catégories et, partant, de déterminer le nombre de professionnels à former par année.
- 2007 Un système incitatif (paiement des prestations) est mis en place. Ce système vise à inciter les institutions à former davantage. Il est basé sur l'allocation d'une enveloppe financière en fonction du nombre de stages fournis par les établissements de soins. Ce système n'a pas eu les effets escomptés et il n'y a eu aucune augmentation du nombre de prestations. Les mécanismes de marché ne fonctionnaient donc pas avec les paramètres retenus.
- 2011 Définition d'un modèle incitatif basé sur la capacité des établissements à fournir des stages et un système de bonus et de malus, visant à atteindre l'objectif de former dans le canton la totalité de la relève nécessaire dans les professions de la santé.
- 2012 Mise en œuvre du « modèle bernois » pour le pilotage et le financement de la formation des professions de la santé

2. Description du modèle

2.1. Principes

- Il y a une obligation de former : le modèle de pilotage et de financement s'applique à tous les établissements du secteur de la santé.
- le canton définit les normes et consignes
- chaque établissement participe à l'effort de formation en fonction de ses capacités
- le canton définit l'offre de formation et calcule la rétribution en fonction du potentiel de formation
- L'établissement s'organise comme il l'entend et détermine les places de formation qu'il propose
- Si la formation fournie est supérieure ou inférieure à l'offre prévue, l'indemnité versée par le canton est revue à la hausse ou à la baisse
- Si la formation fournie est inférieure à la marge de tolérance fixée, l'établissement doit s'acquitter d'une pénalité compensatoire

2.2 Processus

2.2.1. Définition des normes

Le canton définit les normes suivantes :

- Un nombre de semaines de formation par EPT (établissements hospitaliers, EMS, etc.), ou par heures de prestations OPAS (aide et soins à domicile)
- Des pondérations par type de formation (pendant la phase d'introduction (2012-2015) toutes les pondérations sont de 1.0)
- Un montant par semaine de formation (forfait de formation)

2.2.2. Planification

Le canton calcule un potentiel de formation par profession pour chaque établissement, puis sur cette base :

- Pour chaque profession, ce potentiel est multiplié par la pondération correspondante. Il en résulte un certain nombre de points. La somme des points relatifs à chaque profession constitue la prestation de formation que l'établissement doit fournir.

- En parallèle, ce potentiel par profession est multiplié par le forfait de formation. Le résultat de définit en une indemnité en francs que l'établissement perçoit. La pondération n'a aucun impact sur ce dernier calcul.

2.2.3. Fourniture des prestations

L'établissement fournit la prestation. Il définit librement la façon dont il atteint le nombre de points de formation définis. Il peut par exemple se concentrer sur certaines formations. Il peut également s'associer à d'autres établissements ou déléguer la prestation de formation à un tiers.

2.2.4. Décompte des prestations

L'établissement annonce au canton la formation effective réalisée.

Si le nombre de points est atteint ou dépassé, le mandat est considéré comme rempli.

Si le nombre de points est insuffisant, mais à l'intérieur d'une marge de tolérance (fixée à 10%, mais plus large durant la période d'introduction, de 2012 à 2015), la mandat est considéré comme rempli.

Si le nombre de points est insuffisant et la différence avec la cible dépasse la marge de tolérance, le mandat est considéré comme non rempli.

2.2.5. Rétribution

La canton calcule le montant de la rétribution à laquelle l'établissement a droit, sur la base du nombre de semaines de formation effective (sans pondération).

Si le mandat est rempli, l'établissement a droit à la rétribution initialement prévue.

Si la formation assumée dépasse l'objectif initial, l'établissement a droit à une rétribution supplémentaire

Si le mandat n'est pas rempli et la prestation insuffisante, l'établissement n'a pas droit à la rétribution initialement prévue. Il doit verser une somme compensatoire qui correspond au triple de la différence entre la rétribution initialement prévue et la rétribution qui lui revient effectivement.

3. Processus de définition du modèle à Berne

Pour définir et mettre en place son modèle incitatif, le canton de Berne s'est appuyé sur un groupe de travail où étaient représentées les différentes institutions et associations. Le processus suivi a été le suivant :

1. Préalables

Dès 2007, le canton de Berne a mis en place un système de planification lui permettant d'établir :

- a. le nombre de professionnels en exercice dans chaque catégorie
- b. le nombre de professionnels devant entrer sur le marché du travail annuellement
- c. le nombre de places de stages nécessaires

2. Définition du périmètre

Dans un premier temps, il s'est agi de définir quels établissements devaient participer à la formation pratique des professions de la santé, et à quelles formations devaient s'appliquer le système de pilotage et de financement. Un groupe de travail a dressé deux listes :

- a. Les établissements concernés (l'ensemble des établissements, publics et privés, occupant du personnel de professions de la santé non universitaires)
- b. Les formations concernées

3. Détermination des principes

Sur la base des expériences passées, et notamment le fait qu'un système basé uniquement sur un paiement des prestations effectives ne donnait pas de résultats satisfaisant, les principes d'un modèle incitatif avec bonus et malus ont été imaginés.

4. Définition du besoin pour l'ensemble du canton

Sur la base des besoins des écoles et des différentes filières de formation, la direction de la santé publique a pris la responsabilité de définir la prestation globale, en fixant un niveau à atteindre pour l'ensemble du canton (en nombre de semaines de stages par profession).

5. Calcul de la part de chaque établissement

L'activité de formation d'un échantillon d'établissements ayant une importante activité de formation (benchmark) a été analysée afin de :

- identifier le ou les critères à prendre en compte pour calculer la capacité de formation d'un établissement (nombre de lits, nombre de prestations, nombre d'EPT, budget,...)

- déterminer un objectif de formation, en nombre de semaines de stages fournies par rapport au critère retenu.

Après analyse, le seul critère à prendre en compte pour déterminer la capacité de formation est celui des effectifs de chaque catégorie professionnelle.

Il est apparu en outre que l'objectif de formation devait être différent selon le domaine (hôpital, EMS, soins à domicile,...).

Pour les établissements hospitaliers figurant sur la liste de la LAMal, l'objectif fixé pour les formations d'infirmière est ainsi de 11.9 semaines de stages par EPT d'infirmière (60% du benchmark). Cet objectif est fixé afin de pouvoir couvrir les besoins des établissements de formation.

Ce calcul du potentiel de formation a été accepté par l'ensemble des acteurs.

La décision finale, de fixer une valeur cible, revient au Canton.

Ce travail a été mené dans le cadre d'un groupe de travail où étaient représentées les différentes institutions et associations. Cela a nécessité environ 1 an de travail difficile pour arriver à un consensus. Cette étape a été considérée comme indispensable pour assurer l'acceptation du système.

6. Détermination d'un prix par semaine de stage

Compte tenu du fait qu'il n'est pas vraiment possible de calculer un coût de la formation pratique, celle-ci étant complètement liée à la pratique des soins, le canton a décidé de fixer un prix. Ce prix a été déterminé sur la base d'une estimation du temps nécessaire à la prise en charge d'un stagiaire (à Berne, estimé à environ 7 heures par semaine).

7. Fixation des pondérations à appliquer à chaque type de stage

Le modèle prévoit que chaque type de stage soit pondéré différemment en fonction des besoins spécifiques dans les différentes professions, afin d'inciter les établissements à proposer plus de stages pour les professions souffrant de pénurie. Ces pondérations ne sont pas encore en vigueur. Dans une première phase (2012 à 2015) toutes les pondérations sont fixées à 1.0. Il s'agira pour un groupe ad hoc d'analyser les résultats obtenus au cours de ces premières années et de proposer des pondérations différentes pour orienter les formations proposées en fonction des besoins.

8. Adapter le cadre légal et réglementaire

Le régime applicable aux hôpitaux, cliniques, maisons de naissance et services de sauvetage (« hôpital répertorié » selon la LAMal) est inscrit dans l'ordonnance sur les soins hospitaliers et dans l'ordonnance portant introduction de la modification de la LAMal. Le contenu de cette dernière sera transféré d'ici à 2014 dans la loi sur les soins hospitaliers à la faveur de sa révision, par la voie de la procédure législative ordinaire.

Pour les autres types d'établissements, un régime transitoire s'applique en attendant l'adoption des dispositions légales afférentes.

Les organisations d'aide et de soins à domicile se soumettent volontairement à l'obligation de former. Elles conviennent de l'offre de formation avec le canton dans le contrat de prestations.

Le régime transitoire applicable aux EMS ainsi qu'aux cabinets privés et aux laboratoires est en phase d'élaboration.

4. Coût

A Berne, en cas d'adaptation complète aux besoins, les coûts d'indemnisation des prestations de formations des établissements se monteraient à 30.2 millions de CHF pour 2012.

Sur ces 30.2 millions, 23,4 millions sont à la charge du Canton, et 6.8 millions sont à la charge des assureurs. Comme 21.0 millions ont été prévus dans le budget 2011 pour couvrir les prestations de formation pratique, le coût supplémentaire maximal lié à la mise en œuvre du modèle bernois est estimé à 2.4 millions de CHF à charge du canton de Berne.

5. Autres cantons utilisant le même système

Le canton de Zürich a repris le système, mais avec des standards plus bas et sans fixer de prix. D'autres cantons ont également adopté un système similaire (St-Gall, Argovie,...).

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
2.2	2. Augmenter le nombre de places de stages et améliorer leur gestion	I. Formation	B
<i>Processus administratifs liés aux stages</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	Interface Entreprises (OCE et OFPC)
Equipe de projet	OrTra, OFPC, HEdS, Ecoles, OFPC / DGPO
Personne de contact	Djemâa Chraïti
Autres acteurs impliqués	HUG, FSASD, FEGEMS, INSOS et ACPG

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

Faciliter la gestion des stages et par voie de conséquence :

- en diminuer les coûts et
- en augmenter le nombre.

Description

- Etablir une typologie des stages (lieu / durée / type d'encadrement)
- Etablir une base de données centrale
- Mieux définir et modéliser les processus administratifs entre employeurs et écoles, afin de les clarifier, de les alléger et de tenir compte de la typologie établie.

Profession(s) concernée(s)

Toutes les professions

Remarques

- L'action ne devrait pas se déployer sur le lieu de stage (ne se situe pas au niveau du contrat tripartite), mais au niveau de la planification, de la facturation.
- Elle devra tenir compte de critères d'encadrement spécifiques au domaine de la santé par rapport autres métiers en matière de processus administratifs.
- L'outil informatique utilisé pour ce suivi doit être un soutien et non un poids.

Calendrier de mise en œuvre

Etape(s)	Délai de réalisation
1. Effectuer une description des processus administratifs actuels y compris les rôles et responsabilités des personnes et organes concernés.	Octobre 2012
2. Identifier les points critiques et clarifier la valeur ajoutée de chaque étape.	Décembre 2012
3. Proposer des processus clarifiés et allégés ainsi que, le cas échéant les outils nécessaires à leur mise en œuvre.	Avril 2013
4. Mettre en œuvre les nouveaux processus.	Été 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

0.1 EPT sur 1 année, soit environ 20'000.-

Financement

Canton

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **indirect** sur la pénurie, mais, tout en étant relativement simple à mettre en œuvre, facilitera de manière importante la gestion des stages et, partant, l'augmentation de leur nombre.

Articulation et liens avec d'autres actions

Elle **soutiendra directement** les actions suivantes :

- 2.1 "Modèle incitatif pour la formation pratique"
- 8.3 "Tableaux de bord"

Elle **favorisera** également les actions visant à augmenter le nombre de professionnels formés dans le domaine de la santé, toutes filières confondues, à savoir :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.2 "Développement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 1.3 "Renforcement de la médecine de premier recours"
- 6.2 "Mesures de réinsertion et de réorientation"

2.4.2. AXE II : Allocation des ressources (Composition du profil d'équipe, organisation des soins, besoins en soins) : 1 objectif et 4 actions

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
3.1	3. Améliorer l'inter-professionnalité	II. Allocation des ressources	A

Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes

Entité porteuse de l'action (entité leader)	DGS (en tant que coordinateur/accompagnateur)
Equipe de projet	HUG, FEGEMS, FSASD, INSOS, ASI, ACPG et OrTra
Personne de contact	Adrien Bron
Autres acteurs impliqués	HEdS, Faculté de médecine, DGPO, DSE et OFPC

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Aboutir à la rédaction d'une charte cantonale, signée par les différents partenaires (DARES, DIP, DSE, HUG, FSASD, FEGEMS, ACPG, ASI, ...) et clarifiant le rôle et les responsabilités de chaque catégorie de personnel et en tenant compte des différents environnements de pratique et des problématiques de soins spécifiques.
- Valoriser la place des infirmières HES dans les équipes et mettre en évidence les possibilités de carrière.
- Améliorer l'attractivité du métier d'ASSC.
- Eviter les départs prématurés, toutes professions confondues.
- Augmenter la durée de vie professionnelle des infirmières.
- Définir la place des nouveaux métiers de soins (notamment la reconnaissance des pratiques avancées).

Description

Rédiger une charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions dans les équipes soignantes-types des différents secteurs d'activité :

- préciser et communiquer le modèle souhaité de prise en charge infirmière dans le canton de Genève
- clarifier la place des infirmières HES dans les équipes selon le type de prise en charge
- revaloriser la position des ASSC selon le principe d'autonomie qui prévaut pour les CFC
- accompagner l'évolution de la culture professionnelle.

Profession(s) concernée(s)

Médecins, infirmières HES, ASSC, AS/ASA, ASE et autres métiers de la santé

Remarques

- Cette action permettra d'effectuer des prévisions plus précises concernant les besoins en formation.
- Elle devrait également aboutir à la mise à disposition des institutions des outils pour accompagner la réflexion sur l'organisation des équipes et doit s'inscrire dans les réflexions sur

l'évolution des pratiques et des métiers, notamment dans les ambitions concernant les nouveaux modes de délégation (médecins-infirmières-ASSC).

- L'action vise aussi à donner plus d'autonomie aux ASSC, à assouplir les directives de répartition des tâches entre catégories professionnelles et revoir les responsabilités des ASSC (formées pour être autonomes - niveau CFC) pour qu'elles soient utilisées à leur niveau de compétences :

En effet, le nombre d'ASSC employés dans le canton de Genève reste très faible en comparaison avec d'autres cantons ayant eu une politique beaucoup plus déterminée dans ce domaine (Vaud) ou dans lesquels la culture de formation est différente (Berne). Les chiffres des autres cantons montrent que le réservoir de personnel soignant de niveau CFC est important. Cet aspect est en lien avec la loi C2-15 (quotas).

L'intégration des ASSC dans les équipes se heurte à des résistances liées principalement à l'organisation du travail, les ASSC devant actuellement travailler sous la responsabilité d'une infirmière. Or la logique de la formation professionnelle de type CFC est celle de l'autonomie (ce que l'on retrouve dans les terminologies allemande et italienne, dans lesquelles on ne parle pas « d'assistante », mais de « Fachfrau (Gesundheit) » ou de « operatori (socio-sanitari)... »).

- Cette visibilité permettra, par ailleurs, au guichet d'information universel ainsi qu'aux cellules de mobilité qui y sont liées (cf. action 4.1) de donner des informations plus précises sur le rôle de chacune des professions au sein des équipes, ainsi que sur les bénéfices et risques d'un transfert intra ou interinstitutionnel.
- De nombreuses tâches qui font partie du métier et doivent être accomplies ne sont pas bien reconnues – et sont bien souvent réalisées « en plus » de celles stipulées dans les cahiers des charges et reconnues dans l'établissement/la répartition des dotations.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

La mise en place de cette action implique notamment de repenser la place des nouveaux professionnels que sont les infirmières HES dans les équipes (difficulté constituée par la force d'inertie des professionnels en activité et le choc des cultures professionnelles, avec un modèle de soignant HEdS plutôt anglo-saxon, orienté vers un travail global avec le patient, et un modèle français axé avant tout sur les actes techniques).

Elle nécessite donc un important changement de culture et une volonté d'effectuer ce changement, sans lequel elle ne pourra pas être effective.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Rédiger un prototype sur la base d'une analyse et d'une synthèse des textes existants.	Septembre 2012
2. Établir les principes d'action des différentes catégories de professionnels (institutions formatrices d'une part et organisations professionnelles d'autre part).	Décembre 2012
3. Faire converger les différentes visions et préciser quels sont les principes d'action communs et les principes spécifiques à chaque fonction.	Avril 2013
4. Rédiger la version finale de la charte et la promouvoir.	Juin 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

0.2 EPT sur une année, soit environ 40'000.-

Financement

Canton

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **indirect** sur la pénurie, mais favorisera de manière importante et concrète l'adéquation du déploiement (augmentation des effectifs) des différentes formations (HEdS, faculté de médecine, formation duale et en emploi, ...) avec les besoins réels et la culture du « terrain ».

Articulation et liens avec d'autres actions

Une action, en particulier, constitue un **préalable indispensable** à cette action :

- 8.3 "Tableaux de bord"

Cette action aura un **impact direct** sur un certain nombre d'autres actions, pour lesquelles elle constituera une base informative et « culturelle » essentielle :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.2 "Développement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 1.3 "Renforcement de la médecine de premier recours"
- 3.2 "Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques"
- 3.3 "Master en soins intégrés"
- 4.1 "Guichet universel d'orientation"
- 4.2 "Campagnes d'image"
- 5.4 "Cursus professionnel des médecins hospitaliers (praticiens hospitaliers)"
- 6.2 "Mesures de réinsertion et de réorientation"
- 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
3.2	3. Améliorer l'inter-professionnalité	II. Allocation des ressources I. Formation	A

Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques

Entité porteuse de l'action (entité leader)	Faculté de médecine
Equipe de projet	HEdS, CFPS, HUG, FSASD, AMG
Personne de contact	Elisabeth Van Gessel
Autres acteurs impliqués	FEGEMS, FSASD, INSOS, ACPG, DIP, DARES

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Créer un centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques et apprendre aux professionnels de la santé à mieux travailler en interdisciplinarité autour du patient en développant entre autres des formations communes aux différents acteurs
- Développer un centre de formation en pratique simulée permettant une mutualisation d'outils et de dispositifs pédagogiques

Description

L'action vise à créer un centre de compétences multidisciplinaire et interinstitutionnel destiné à la formation spécifique de pratiques collaboratives des différents professionnels de la santé, au niveau prégradué, postgradué et continu (recertification). Il s'agit d'un environnement clinique simulé, dans lequel aussi bien les gestes techniques que des situations de soins complexes sont reproduites, permettant de comprendre et de travailler les relations entre les différents professionnels.

Cette action permettra de favoriser une évolution des structures de soins existantes vers des modèles participatifs et mieux coordonnés autour du patient, en développant un savoir-faire collaboratif et inter-professionnel, afin de faire face au mieux aux besoins en soins d'une population vieillissante souffrant de maladies chroniques.

Le modèle propose 2 orientations pédagogiques majeures:

1. L'enseignement pluri-professionnel de compétences techniques et procédurales (pratique simulée aussi bien en soins aigus qu'en premier recours)
2. L'enseignement pluri-professionnel de compétences non-techniques («soft skills»)

Pour mettre en œuvre ces deux orientations, le corps enseignant devra adapter sa pédagogie en y intégrant les pratiques simulées. L'accompagnement pédagogique et le développement d'une recherche pédagogique y relative seront les corollaires obligés de ces orientations.

Les compétences collaboratives transversales identifiées sont :

- Travailler en équipes pluri-professionnelles;
- Acquérir des compétences techniques et procédurales
- Prendre le leadership/Encadrer/Coopérer ;
- Résoudre des problèmes (évaluer une situation, traiter l'information, anticiper, gérer une situation) ;

- Communiquer et acquérir des compétences relationnelles

Si la mise en place d'un tel centre ne diminuera pas le nombre de places de stages nécessaires, elle permettra de bien mieux préparer les étudiants à des stages plus courts (durées d'hospitalisation réduites avec les DRG), leur permettant d'être beaucoup plus facilement intégrés dans les équipes et d'être plus rapidement opérationnels et plus efficaces lors de ces stages.

Profession(s) concernée(s)

L'ensemble des filières médicales et HEdS ; en sus des professionnels affiliés à savoir ambulanciers, ASSC, ASA, pharmaciens, etc., seront intégrés.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

Cette action vise à faire évoluer les pratiques et à donner de la place à de nouveaux « inter-professionnels ». Elle implique donc un changement de culture dans la prise en charge de certains patients et partant porte les risques liés à la gestion du changement.

L'articulation avec les organisations professionnelles, et en premier lieu l'hôpital, est très importante pour que les compétences développées, ainsi que les rôles et responsabilités des différents professionnels soient en phase avec les besoins et l'évolution du système de prise en charge sanitaire.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Développement, validation et rédaction de 3 programmes de formation inter-professionnelle (IP) en soins communautaires ; dépôt de deux PL (investissement et fonctionnement)	Juin 2012
2. Re-design et élargissement de 3 programmes de formation existants (ateliers de pratique simulée) dans et en collaboration avec les institutions partenaires	Décembre 2012
3. Ouverture du centre et des programmes de formation ; mise en activité des 6 formations (ateliers pratiques et formations IP) validées.	Juin 2013
4. Stabilisation, développement et optimisation des programmes existants. Développement, validation et rédaction de 2 programmes destinés aux instructeurs et formateurs.	Décembre 2013
5. Poursuite des stabilisation, développement et optimisation des programmes en collaboration avec l'ensemble des institutions de soins (réseaux,...). Démarrage de programmes de recherche	2014
6. Finalisation du calendrier, publication du catalogue des formations, enseignement pluri-groupes et pluri-tuteurs estimée à 3000-3500 heures/an et environ 3 à 400 personnes formées par an.	2015

Ressources

Budget (moyens à engager)

1. Investissements (montant unique)

Équipement d'enseignement spécifique et équipement informatique	1'200'000.-
---	-------------

2. Frais de fonctionnement (montants annuels)

Ressources humaines : 1 EPT de responsable du centre 4 EPT de coordinateurs d'enseignement (mis à disposition par les institutions partenaires) 1 EPT de secrétariat 2 EPT de techniciens	185'000.- 90'000.- 235'000.-
Biens, services et marchandises : Consommables (perfusions, seringues, médicaments,...) Licences, matériel de bureau, électricité (~ 12% du total) Diverses assurances (RC,...) Charges de nettoyage	75'000.- 150'000.- 35'000.- 20'000.-
Renouvellement et maintien des mannequins et mobilier divers (amortissement 20% sur 5 ans)	50'000.-
Loyer annuel (1000 m ² à 400.- par m ² par année)	400'000.-
Total	1'240'000.-

Financement

Une partie des investissements dans l'équipement d'enseignement spécifique et l'équipement informatique pourrait bénéficier de l'apport de fonds privés.

Pour le personnel, il est prévu une mise à disposition de 4 EPT existants. Les nouveaux postes, à créer et financer, sont ceux du responsable (100%), des 2 techniciens (200%), et du secrétariat (100%).

Sur la base d'expériences d'autres centres du même type en Europe, des revenus, difficilement chiffrables à ce stade, peuvent être tirés de formations à proposer à des tiers, par exemple :

- cours standards de BLS (Basic Life Support, cours obligatoire pour tous les professionnels de la santé en formation continue) : 250.- / personne pour un cours de 4 heures
- formations plus complexes avec mannequins de moyenne et haute fidélité et patients acteurs : entre 600.- et 1'000.- par personne et par jour

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **indirect** sur la pénurie, mais un impact très important à long terme en faisant évoluer le système de prise en charge sanitaire et les relations entre les différents professionnels.

Elle a également un impact indirect sur les places de stages, les employeurs étant plus facilement susceptibles d'accueillir un stagiaire disposant d'une expérience préalable.

Articulation et liens avec d'autres actions

Certaines actions sont des **préalables** à cette action :

- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"

Elle est en outre **en relation directe** avec les actions suivantes :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.2 "Renforcement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 1.3 "Renforcement de la médecine de premier recours"
- 3.3 "Master en soins intégrés"
- 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
3.3	3. Améliorer l'inter-professionnalité	II. Allocation des ressources I. Formation	A

Master en soins intégrés

Entité porteuse de l'action (entité leader)	HEdS
Equipe de projet	HEdS, Faculté de médecine, HUG, FSASD, DARES, DIP
Personne de contact	Olivier Tejerina
Autres acteurs impliqués	HUG, FEGEMS, INSOS, ACPG, PRISM-GE, milieux professionnels

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

L'objectif principal est de créer une filière de Master en soins intégrés, afin de développer un nouveau profil professionnel et répondre notamment aux nouveaux enjeux des problématiques des prestations de santé à la population et de coordination des professionnels de la santé.

Description

Le projet d'un Master conjoint (Faculté de médecine et Haute école de santé) en *soins intégrés* a pour finalité de développer les compétences de nouveaux profils professionnels afin de mieux répondre aux nouveaux besoins et défis thérapeutiques ; ces nouveaux professionnels trouveront leur ancrage dans le développement des réseaux de soins intégrés.

Cette formation, qui s'adressera autant aux détenteur-trice-s d'un Bachelor de la Faculté de médecine qu'aux diplômé-e-s Bachelor de la Haute école de santé, répondra non seulement à l'évolution attendue des besoins en personnel soignant, mais permettra également de renforcer les pratiques collaboratives, aspect indispensable à une formation de qualité.

Profession(s) concernée(s)

Médecins, infirmières, sage-femme, diététicienne, physiothérapeute, ergothérapeute, voire autres professionnels de la santé de niveau universitaire tertiaire A du système suisse de formation.

Remarques

Cette action est mise en œuvre sur la base des considérants suivants :

- L'émergence de nouveaux besoins sanitaires, l'évolution de la médecine et des soins, les nouveaux modes de prise en charge des patients, la pénurie de personnel et la croissance des coûts de la santé sont autant d'éléments qui ont un impact important sur l'évolution des formations médicales et soignantes, ainsi que sur leurs interactions
- L'organisation actuelle des soins et la prise en charge des patients sont inadaptées à l'évolution démographique et épidémiologique de notre société (vieillesse de la population et augmentation des maladies chroniques). Cet état de fait, auquel s'ajoute une pénurie attendue de personnel de santé, conduit à repenser la répartition des tâches entre professionnels de la santé, à imaginer de nouveaux métiers et donc de nouvelles formations

- Depuis plus d'une décennie, les différents groupes de professionnels de la santé collaborent de manière de plus en plus étroite dans la prise en charge des patients et de nouveaux systèmes de prise en charge se mettent en place. A cet égard, l'organisation en réseaux de soins intégrés, qui regroupent plusieurs professions de la santé, est une des réponses possibles à l'évolution des besoins et à la maîtrise des coûts de la santé
- L'exercice en réseaux de soins intégrés est porteur d'innovations, car il favorise le développement et la coopération ainsi qu'une nouvelle répartition des activités entre les différents professionnels de la santé
- L'université de Genève et la HES-SO Genève collaborent pour créer un pôle santé autour des HUG en regroupant toutes leurs activités au CMU et sur le site de Champel pour la Haute école de santé (HEdS). Ces regroupements d'activités de formation en santé permettront de faciliter les collaborations et l'utilisation de ressources communes.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

Les principaux risques liés à ce projet sont les suivants :

- Résistance des professionnels de la santé vis-à-vis de la nouvelle formation.
- Absence de débouchés professionnels pour les nouveaux diplômé-e-s.
- Restriction par l'autorité fédérale (OFFT) de nouveaux projets Masters HES.
- Différentiation insuffisante de la nouvelle formation avec celles qui existent en Suisse romande.
- Difficulté d'acceptation du nouveau profil métier par les patients et/ou des milieux de pratique.
- Financement des prestations fournies par ces nouveaux profils par les assureurs maladie

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Réaliser une étude de faisabilité (besoins, positionnement, objectifs de la formation, conditions d'accès, périmètre de pratique visé, organisation et financement) – étape en cours de finalisation	Avril 2012
2. Décision des instances cantonales	Automne 2012
3. Demande aux instances universitaires et HES pour l'ouverture de la filière Master	fin 2012
4. Première volée	Été 2014

Ressources

Budget (moyens à engager)

Etape 1 : Un poste de chef de projet est prévu au taux d'activité de 50% sur la durée du mandat. Un montant de CHF 20'000.- est alloué pour les dépenses en biens et services (enquête, déplacement, etc.).

Etapes 2 et 3 : selon résultats de l'étude de faisabilité

Financement

A définir selon les résultats de l'étude de faisabilité

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact *indirect* sur la pénurie, mais un impact très important à long terme en faisant évoluer le système de prise en charge sanitaire et la répartition des compétences entre

professionnels ainsi qu'en amenant une réponse indispensable aux besoins actuels et futurs de coordination des prestations de santé par l'ensemble des acteurs concernés.

Articulation et liens avec d'autres actions

Certaines actions sont des **préalables** à cette action :

- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"

Elle est en outre **en relation directe** avec les actions suivantes :

- 1.1. "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.2. "Renforcement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 1.3. "Renforcement de la médecine de premier recours"
- 3.2. "Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques"
- 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"

2.4.3. AXE III : Promotion / Communication (Attractivité et recrutement) : 2 objectifs et 5 actions

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
4.1	4. Revaloriser l'image des métiers de la santé	III. Promotion / Communication	A

Création d'un « guichet universel » d'orientation spécifiquement dédié aux professions de la santé

Entité porteuse de l'action (entité leader)	OrTra ³
Equipe de projet	HEdS, CFPS, HUG, FEGEMS, FSASD, OFPC
Personne de contact	Claude Howald
Autres acteurs impliqués	INSOS, ASI, Faculté de médecine et ACPG

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Faciliter l'accès à une information aujourd'hui dispersée ainsi que sur les possibilités d'évolution et de développement professionnel.
- Privilégier une fonction de plateforme et de coordination « métiers » non concurrentielle (telle qu'existante aujourd'hui) entre les différents établissements : sorte d'adaptation du concept de la Cité des métiers (permanente).
- Faciliter les carrières transdépartementales et transinstitutionnelles et fidéliser, au sein du secteur santé, le personnel soignant, en soutenant et en facilitant ses souhaits et projets de carrière.

Description

- Proposer un lieu physique unique (doublé d'une plateforme internet) permettant de présenter de manière coordonnée et centralisée :
 - les métiers de la santé, dans toutes leurs dimensions
 - les écoles et filières de formation et les passerelles existant entre elles
 - les établissements et/ou secteurs de soins,
 afin de faciliter l'accès à une information aujourd'hui dispersée.
- Mettre en place les outils permettant d'orienter et accompagner les personnes ayant arrêté leur activité professionnelle pendant un moment et souhaitant réintégrer le monde du travail ou souhaitant se réorienter. Créer un centre de compétence et piloter un réseau.
- Organiser un réseau de « cellules de mobilité » au sein des institutions et des associations professionnelles de manière à :
 - développer des relais (orientation, portail) pour les demandes/besoins de réorientation, de développement de carrière des collaborateurs ou de réinsertion
 - encourager le passage d'un secteur à un autre ou d'un établissement à un autre : simplifier, positiver, valoriser ces changements qui correspondent aussi souvent aux différentes étapes de vie (par exemple : hôpital, EMS, soins à domiciles) en terme de rythme, d'horaires et d'autonomie

³ Selon ses statuts, l'OrTra santé-social Genève a pour but de réaliser une communauté d'actions entre les associations d'employeurs / employeurs et les associations d'employés du canton de Genève pour tout ce qui touche aux intérêts des métiers et des formations dans le domaine de la santé et du social. Elle représente cette communauté d'actions pour toute formation et auprès de toute organisation en rapport avec le domaine. Elle définit notamment les besoins en matière de formation professionnelle secondaire et tertiaire et de formation continue.

- Définir l'organisation, le pilotage et le rattachement de cette structure

Profession(s) concernée(s)

Toutes les professions

Remarques

- Une telle mesure doit impérativement être coordonnée entre les établissements et les écoles et faire l'objet d'une solution centralisée. Dans ce sens, la constitution d'une plateforme commune de communication pour l'ensemble du secteur de la santé (employeurs et écoles) est fortement liée à la création d'un « guichet universel » d'orientation.
- Il est également attendu d'une structure de type guichet qu'elle propose une véritable approche « métiers » ainsi qu'une présentation de ceux-ci, de l'articulation des formations, des perspectives de carrières
- La question de la présence dans les principales manifestations publiques à Genève peut également se poser en termes de « guichets » (guichet externalisé, guichet ponctuel) avec comme finalité :
 - de profiter des manifestations grand-public (Course de l'Escalade, Lake parade, Automnales, etc.) pour présenter les métiers de la santé dans toutes leurs dimensions
 - de fournir de l'information concernant les métiers de la santé tant auprès des publics-cibles visés que des prescripteurs (familles en particulier)
 - d'être dans le contact et dans l'échange afin d'interroger la population, pour comprendre les besoins, attentes et représentations vis-à-vis des métiers de la santé.
- Il serait pertinent d'exploiter ce qui était positif dans l'ancien CIPS (en y ajoutant des moyens de communication appropriés) pour (re)définir le cahier des charges d'un tel guichet.
- En ce qui concerne les « cellules de mobilité » liées au guichet universel :
 - elles permettraient d'éviter les freins à l'évolution professionnelle du personnel soignant, notamment lorsqu'il y a souhait de changer de département ou d'institution
 - elles doivent permettre une meilleure collaboration et coordination entre les différents services ou départements d'une même institution et entre les différentes institutions
 - l'organisation des cellules de médiation pourrait servir d'exemple pour la création des cellules de mobilité.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

- Il est indispensable que ce « guichet universel » soit en lien constant avec les différents acteurs du domaine de la santé, de manière à ce qu'il reste en adéquation avec les besoins réels. La structure et l'organisation retenue devra permettre ce lien.
- La définition des éventuelles ressources supplémentaires et de leur mode de financement étant une des étapes du calendrier de mise en œuvre, il est nécessaire de tenir compte du calendrier budgétaire cantonal.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Définir le cahier des charges d'un guichet d'information et d'orientation pour les professions de la santé, ainsi que celui des cellules de mobilité internes aux institutions et aux associations professionnelles et liées au guichet.	Décembre 2012
2. Sur cette base, définir le mandat, la structure de rattachement du guichet, son organisation et celle des cellules de mobilité, ainsi que les objectifs assignés.	Mars 2013
3. Identifier les ressources et les compétences mobilisables dans les différentes institutions.	Juin 2013

4. Préciser les ressources complémentaires nécessaires et leur mode de financement.	été 2013
5. Mettre en place le guichet et les cellules de mobilité.	fin 2013
6. Analyser leur activité et l'atteinte des objectifs.	fin 2014 et fin 2015

Ressources

Budget (moyens à engager)

Gestion de projet (étapes 1 à 4) : 0.3 EPT sur 12 mois, soit environ 60'000.-, à financer pour l'OrTra (entité leader porteuse de l'action).

L'estimation du budget et des éventuelles ressources supplémentaires à engager est l'une des étapes incluses dans le calendrier de mise en œuvre (étape 4).

Financement

La proposition et le choix du mode de financement des éventuelles ressources supplémentaires nécessaires est l'une des étapes incluses dans le calendrier de mise en œuvre (étape 4).

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **direct** sur la pénurie en offrant un lieu unique d'information et d'orientation qui, d'une part, donnera un plus grande visibilité aux métiers de la santé et, d'autre part, contribuera directement à attirer plus de jeunes et de moins jeunes (réinsertion) dans les filières de formation proposées, et en particulier dans les métiers et secteurs souffrant le plus de la pénurie.

Articulation et liens avec d'autres actions

Trois actions **préalables** sont **nécessaires** à cette action, notamment pour orienter les intéressé-e-s en fonction des besoins réels :

- 8.3 "Tableaux de bord"
- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"
- 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"

Cette action est **en lien étroit** avec les actions visant à revaloriser le domaine de la santé et ses différents métiers :

- 4.2. "Plateforme commune de communication"
- 5.1 "Campagnes d'image"

Elle est également une action de **soutien direct** à toutes les actions qui visent à augmenter les effectifs de formation des professionnels de la santé :

- 1.1 "Augmentation des effectifs de la filière infirmière de la HEdS"
- 1.2 "Développement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 1.3 "Renforcement de la médecine de premier recours"
- 3.3 "Master en soins intégrés"
- 5.3 "Cursus professionnel de médecins hospitaliers (praticiens hospitaliers)"
- 6.2 "Mesures de réinsertion et de réorientation"

Elle **favorisera** enfin directement l'action suivante :

- 6.1 "Gestion des talents et développement de carrières"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
4.2	4. Revaloriser l'image des métiers de la santé	III. Promotion / communication	B
<i>Plateforme commune de coordination de la communication</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader) HEdS

Equipe de projet CFPS, Faculté de médecine, FEGEMS, FSASD, INSOS, ASI, DGPO, HUG, ACPG, AMG, OFPC, OrTra, commissions professionnelles

Personne de contact Daniel Petitmermet

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Renforcer la coordination sur la question de la communication à la fois entre les différentes filières de formation et entre les institutions de formation et les employeurs
- Assurer le lancement coordonné et en adéquation avec les besoins réels de campagnes d'images générales sur le domaine de la santé et de communications ciblées sur les secteurs et les métiers souffrant le plus de la pénurie.
- Assurer la meilleure réactivité, en termes de communication, par rapport à la fois à l'évolution des besoins et de l'offre de formation.

Description

- Mettre en place une plateforme commune de communication afin de renforcer la collaboration entre filières de formation et établissements de soins.
- Développer une stratégie commune et concertée de communication.
- Assurer l'évaluation des campagnes d'images et de communication

Profession(s) concernée(s)

Toutes les professions

Remarques

- Cette action est une action de soutien nécessaire à l'élaboration et au lancement des campagnes d'images (cf. action 5.1) dans la mesure où elle en assure la ligne « stratégique » ainsi que la coordination entre tous les acteurs concernés.
- Elle permet en outre d'envisager aussi la communication sur le domaine de la santé en général et sur les métiers et secteurs spécifiques de pénurie sur le moyen, long terme et de l'adapter au fil du temps à l'évolution des besoins du terrain comme de l'offre en formation.
- La création d'une « plateforme de communication » commune aux entités concernées peut éventuellement se faire aussi au travers de la mise à disposition d'une des structures existantes – HUG, par exemple, ou la HES-SO, via ses différentes filières – pour l'ensemble du secteur.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

HEdS n'étant qu'un des acteurs, il est indispensable qu'elle soit reconnue par l'ensemble des établissements représentés dans cette plateforme comme entité leader pour qu'elle soit en mesure de piloter réellement cette action.

Calendrier de mise en œuvre

Etape(s)	Délai de réalisation
1. Définir le cahier des charges et l'organisation d'une « plateforme de communication » commune aux entités concernées.	Octobre 2012
2. Créer la "plateforme de communication", ou donner un mandat commun à l'une des structures existantes.	Décembre 2012
3. Identifier les axes prioritaires de communication.	Janvier 2013
4. Identifier les personnes-clés chargées de la coordination des campagnes de communication ainsi que de leur suivi.	Février 2013
5. Effectuer un suivi des campagnes de communication lancées et de leurs effets. Les adapter en conséquence.	Juin 2013 et Décembre 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

Gestion de projet (étape 1) : 0.3 EPT sur 3 mois, soit env. 15'000.-

Pas de moyens supplémentaires à engager (ressources internes aux institutions) pour la mise en place de la plateforme.

Financement

Pas de financement supplémentaire pour la mise en place de la plateforme (éventuelle réallocation de ressources internes)

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **indirect** sur la pénurie, mais elle constitue un préalable indispensable à la définition des axes prioritaires de communication, à la coordination des campagnes de communication, à leur suivi et à leur adaptation dans le temps et en fonction des besoins et de l'offre en formation.

Articulation et liens avec d'autres actions

Trois actions **préalables** sont **nécessaires** à cette action, notamment pour cibler l'information en fonction des besoins réels :

- 8.3 "Tableaux de bord"
- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"
- 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"

Cette action est une action de **soutien direct** à l'action :

- 5.1 "Campagnes d'image"

Elle est **en lien étroit** avec l'action visant également à revaloriser le domaine de la santé et ses différents métiers :

- 4.1 "Guichet universel d'orientation"

C'est enfin une action de **soutien indirect** à toutes les actions qui visent à augmenter les effectifs de formation des professionnels de la santé :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"

- 1.2 "Développement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 1.3 "Renforcement de la médecine de premier recours"
- 5.3 "Cursus professionnel de médecins hospitaliers (praticiens hospitaliers)"
- 6.2 "Mesures de réinsertion et de réorientation"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
5.1	5. Rendre plus attractifs les secteurs où la pénurie est plus importante	III. Promotion / communication	A
<i>Campagnes d'image</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	OrTra
Equipe de projet	HEdS, CFPS, Faculté de médecine, HUG, FEGEMS, FSASD, INSOS, ACPG, ASI
Personne de contact	Claude Howald
Autres acteurs impliqués	DIP, DARES, DSE

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Communiquer sur les métiers de la santé très tôt dans le parcours scolaire (niveau cycle d'orientation).
- Orienter rapidement les étudiants vers les métiers de la santé, en montrant bien les multiples « portes d'entrée » ou « passerelles » que permettent les filières de formation.
- Attirer plus spécifiquement les professionnels (futurs étudiants ou actuels professionnels déjà sur le marché) vers les secteurs concernés.

Description

- Mettre en place une campagne d'image présentant les différentes dimensions présentes dans les métiers de la santé, la diversité des missions et leurs interrelations :
 - domaines (hospitalier, EMS, soins à domicile, ...)
 - métiers (médecins, infirmier-ère-s, ASSC, autres professions, etc.)
 - carrières (soignant, spécialiste, formateur, management, etc.)
 - traitements (curatif, préventif, palliatif, etc.)
- Lancer des campagnes d'image spécifiques portant sur les métiers de soins en EMS, au domicile ou dans d'autres secteurs de pénurie clairement identifiés en :
 - valorisant l'image des secteurs concernés comme lieu de travail
 - modifiant les représentations vis-à-vis de ces secteurs
- Utiliser au mieux les moyens et canaux de communication déjà en place au sein des établissements ainsi que les médias locaux (Léman bleu, Tribune de Genève, 20 minutes, etc.).
- Développer les outils appropriés en fonction des cibles visées.

Profession(s) concernée(s)

Toutes les professions

Remarques

- L'expérience du CIPS, dans ses aspects positifs et négatifs devrait être analysée en préalable à la mise en œuvre d'une telle action, ainsi que des autres qui sont en lien avec elle.
- En termes d'outils, cette action nécessitera de disposer de supports de communication (films, clips, présentation 3D, etc.) adaptés aux objectifs de communication définis, afin de :
 - moderniser/actualiser l'image des métiers de la santé;

- permettre une communication via des moyens et supports actuels.
- Il s'agira également d'utiliser au mieux les moyens et canaux de communication au sein des établissements pour une approche coordonnée de la présentation des métiers, des places vacantes, des possibilités de formation ainsi que pour la valorisation des métiers dans chacun des secteurs.
- Cette action contribuera également à encourager la mobilité inter-établissements.
- Au même titre que les supports de communication traditionnels (journaux internes, etc.) il s'agira de profiter du potentiel de communication que représentent les supports audio-visuels existants (salles d'attente, couloir, etc.) pour présenter les métiers de la santé.
- Par ailleurs, il conviendra de dynamiser, actualiser, moderniser les sites internet des écoles en premier lieu et des établissements employeurs en second lieu, pour les mettre en adéquation avec les attentes, les besoins, les représentations, les "habitudes de consommation" des futurs professionnels (futurs étudiants).
- Enfin, il sera essentiel de communiquer avec des outils adaptés au public-cible visé (jeune, en l'occurrence).

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

Le délai de réalisation/lancement de cette campagne est déterminant (hiver 2013), dans la mesure où le choix de la formation post-cycle se fait généralement au plus tard dans le courant de l'hiver qui précède la fin du cycle. Un retard dans le délai de réalisation risque donc de voir les effets de la campagne reportés... d'une année.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Définir les cibles.	Novembre 2012
2. Définir les moyens à utiliser (quels vecteurs) en fonction des cibles visées et préciser les ressources et moyens à engager (budget et mode de financement).	Décembre 2012
3. Réaliser des supports de présentation audio-visuels (multimédia) des métiers de la santé.	Mars-Avril 2013
4. Exploiter les supports d'information existants dans chacune des entités du domaine de la santé à Genève.	Avril-Mai 2013
5. Exploiter les écrans d'accueil existants dans les entités à des fins de présentation et de promotion des métiers de la santé.	Avril-Mai 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

- Ressources pour le travail de définition des cibles visées et des moyens à utiliser : 0.25 EPT sur 6 mois, soit environ 25'000.-, à financer pour l'OrTra (entité leader porteuse de l'action).
- Ressources pour la réalisation de présentations utilisables dans les moyens d'information (y compris écrans d'accueil) existants dans chacune des entités du domaine de la santé à Genève ainsi que de supports de présentation audio-visuels multimédia adaptés au public-cible jeune : à définir.
- Budget annuel estimé pour la campagne d'images elle-même : CHF 200'000.—
Sera précisé dans le cadre de l'étape 2 du calendrier de mise en œuvre.

Financement

Mode de financement possible : participation des institutions au prorata de la masse salariale des professions concernées.

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **direct** sur la pénurie puisqu'elle vise à mieux faire connaître et à revaloriser les métiers de la santé et, partant, à attirer plus de jeunes et de moins jeunes (réinsertion) en particulier dans les métiers et dans les secteurs de pénurie clairement identifiés.

Articulation et liens avec d'autres actions

Trois actions **préalables** sont **nécessaires** à cette action, notamment pour cibler l'information en fonction des besoins réels :

- 8.3 "Tableaux de bord"
- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"
- 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"

Cette action est une action de **soutien direct** à toutes les actions qui visent à augmenter les effectifs de formation des professionnels de la santé :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.2 "Développement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 1.3 "Renforcement de la médecine de premier recours"
- 5.3 "Cursus professionnel de médecins hospitaliers (praticiens hospitaliers)"
- 6.2 "Mesures de réinsertion et de réorientation"

Cette action est **en lien étroit** avec les actions visant à revaloriser le domaine de la santé et ses différents métiers :

- 4.1 "Guichet universel d'orientation"
- 4.2 "Plateforme commune de communication"

Action N°	Objectif	Axes	Priorité
5.2	5. Rendre plus attractifs les secteurs où la pénurie est plus importante	III. Promotion / communication I. Formation	B
Valorisation des stages en EMS			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	FEGEMS
Equipe de projet	HEdS, OFPC et CFPS
Personne de contact	Doïna Rusillon
Autres acteurs impliqués	Faculté de médecine, MEPAGs

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Valoriser des stages en EMS dans certains cursus (infirmières HES, ASSC, médecins).
- Inciter les institutions de formation, notamment la HEdS, à mieux utiliser les places de stages HES à disposition dans les EMS.

Description

- Recenser les places de stage actuellement disponibles dans les EMS et les utiliser pleinement.
- Valoriser davantage, dans les cursus de formation, les aspects de relation avec le patient propres au travail de l'infirmière principalement et de l'ASSC dans les EMS.
- Inclure, voire rendre obligatoires, les stages en EMS dans le cadre des cursus de formation des infirmières HES et des ASSC.
- Augmenter le nombre de places de stages disponibles en EMS, le cas échéant.

Profession(s) concernée(s)

Infirmières HEdS, ASSC, médecins

Remarques

- Cette action doit s'accompagner d'une stratégie de communication visant à rééquilibrer les différentes facettes du métier d'infirmière, notamment les aspects de relation avec le patient.
- D'une manière générale, l'une des dimensions de la gestion des stages (voir action 2.1 "Mesures incitatives"), doit tenir compte des besoins en professionnels de la santé dans les différents secteurs ou dans des sous-catégories particulières. Le stage est un outil d'apprentissage, mais il peut aussi être considéré comme un outil de communication ou de promotion, voire d'orientation. Ainsi, le marché des offres et des demandes de stages devrait également être régulé en fonction des besoins dans les domaines souffrant de pénurie.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

- Cette action implique nécessairement une implication forte des filières de formation des infirmières HES et des ASSC et une réflexion, suivie d'effets au niveau des formations, sur l'importance des aspects de relation au patient dans ces métiers.
- La formation duale (notamment pour le Bachelor) édicte des contraintes qui imposent plus de stages en hôpital qu'en EMS et qui font qu'un stage en EMS ne peut pas se substituer à un stage en hôpital. Pour l'année propédeutique, par contre, il n'y a pas de contraintes spécifiques par rapport aux lieux où les stages doivent s'effectuer.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Identifier la capacité en stages pour les différents cursus dans les EMS genevois.	Juin 2012
2. Identifier dans les différents cursus quels stages pourraient être réalisés en EMS.	Août 2012
3. Définir les règles et le cas échéant les obligations d'effectuer des stages en EMS selon les cursus.	Octobre 2012
4. Effectuer le suivi, en terme d'atteinte des d'objectifs d'apprentissages et de communication et l'impact de la mesure sur l'orientation des professionnels.	Juin 2013 et décembre 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

0.2 EPT de chef-fe de projet, sur 12 mois, à financer pour la Fegems (entité leader porteuse de l'action), soit environ 40'000.-

Pour ce qui est des ressources et moyens à mettre en œuvre dans le déploiement même des stages en EMS, ils entrent dans le cadre défini dans l'action 2.1 "Modèle incitatif pour la formation pratique".

Financement

Financement de 0.2 EPT chef-fe de projet, 12 mois, à financer en faveur de l'entité porteuse de l'action (Fegems).

En ce qui concerne le financement de stages supplémentaires (utilisation des capacités de stages inexploitées actuellement et développement éventuel de places de stages supplémentaires), il entre dans le cadre défini dans l'action 2.1 "Modèle incitatif pour la formation pratique".

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **direct** sur la pénurie dans le secteur des EMS, en le valorisant et formant davantage d'infirmières et d'ASSC à ses spécificités.

Articulation et liens avec d'autres actions

Certaines actions sont des **préalables nécessaires** à cette action, notamment pour orienter les intéressé-e-s en fonction des besoins réels :

- 8.3 "Tableaux de bord"
- 2.1 "Modèle incitatif pour la formation pratique"

Elle est également **en lien étroit** avec les actions suivantes :

- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"
- 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"
- 5.1 "Campagnes d'image"
- 4.1 "Guichet universel d'orientation"

Elle aura en outre un **impact favorable** sur les actions suivantes :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.2 "Développement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 6.2 "Mesures de réinsertion et de réorientation"

Action N°	Objectif	Axes	Priorité
5.3	5. Rendre plus attractifs les secteurs où la pénurie est plus importante	III. Promotion / communication I. Formation II. Allocation des ressources	B
<i>Cursus professionnel de médecins hospitaliers</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	HUG
Equipe de projet	HUG, faculté de médecine et AMG
Personne de contact	Mitsuko Kondo Oestreicher

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Trouver le bon équilibre entre capacité de formation de l'hôpital et besoins en médecins hospitaliers.
- Réguler la migration des médecins formés en Suisse vers le privé pour résoudre le problème de la pénurie de médecins hospitaliers.

Description

Mettre en place et faire connaître un cursus hospitalier et facultaire de médecins hospitaliers à Genève, notamment en :

- développant les plans hospitaliers et facultaires de carrières ;
- faisant évoluer les cahiers des charges et les définitions des rôles et des responsabilités au sein de la hiérarchie médicale et hospitalière des médecins hospitaliers ;
- développant la description des profils de médecins hospitaliers par discipline médicale, pour soutenir les processus de recrutement et d'engagement ;
- allongeant la durée d'engagement contractuel entre hôpital formateur et médecins en formation en cohérence avec un engagement mutuel basé sur un plan de formation, dans le but de fidéliser ces derniers ;
- développant des processus de sélection et d'engagement des médecins en formation en collaboration avec d'autres institutions ;
- développant de nouvelles possibilités contractuelles de partages de compétences avec la ville, les partenariats privés-publics.

Profession(s) concernée(s)

Médecins

Remarques

L'atteinte de cet objectif passe par les actions suivantes:

- rendre les carrières hospitalières plus attractives pour les médecins suisses
- développer les cursus de formation continue hospitalière/institutionnelle
- augmenter l'engagement contractuel de l'hôpital / des institutions envers le corps professionnel médical qui traditionnellement faisait exception.

- développer un ou des concepts de partenariat ville-institution pour augmenter la rétention des compétences, optimiser les ressources investies dans la formation médicale et renforcer les liens de collaboration au sein du réseau cantonal.
- Mettre en adéquation les capacités d'accueil et de formation facultaire avec les besoins locaux, HUG et les besoins helvétiques plus globalement. Coordonner les efforts de formation par une répartition des tâches entre les 5 facultés, selon une planification régionale supracantonale.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Analyse des besoins et des contraintes	Septembre 2012
2. Adapter le profil des médecins hospitaliers	Décembre 2012
3. Mise en œuvre	Avril 2013
4. Elaboration du-des concept-s de partenariat (privé-public et supracantonale)	Décembre 2015

Ressources

Budget (moyens à engager)

Pas de ressources supplémentaires (réallocation de ressources internes).

Financement

Pas de financement supplémentaire.

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **direct** sur la pénurie de médecins hospitaliers.

Elle est **en lien** avec les actions suivantes :

- 6.1 "Gestion des talents et développements de carrière"
- 6.3 "Formation des cadres de proximité"

2.4.4. AXE IV : Condition de travail / Maintien en activité (Attractivité et fidélisation du personnel, capacité d'accueil) : 2 objectifs et 6 actions

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
6.1	6. Améliorer la gestion des carrières	IV. Conditions de travail / Maintien en activité	A

Gestion des talents et développements de carrières

Entité porteuse de l'action (entité leader) OrTra

Equipe de projet HUG, FSASD, FEGEMS, INSOS et ACPG, partenaires syndicaux, ASI, DARES

Personne de contact Claude Howald

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Fidéliser le personnel soignant
- Conserver et développer les talents
- Exploiter le réservoir de collaborateurs souhaitant engager un processus de développement
- Augmenter le niveau général de formation

Description

- Mettre en place, au sein de chaque institution, une véritable gestion des talents et des développements ou des aménagements de carrière, y inclus la validation d'acquis.
- Définir et mettre en œuvre, au sein des établissements, des processus récurrents et fiables pour la détection de talents et les souhaits de développement et d'aménagement de carrière.
- Soutenir les demandes exprimées et lever les blocages existants, notamment par la mise en place de possibilités de formations en cours d'emploi, par le développement des pratiques avancées, etc.
- Rendre visibles les besoins de l'entreprise et les possibilités de développement professionnel transfilières.

Profession(s) concernée(s)

Médecins, infirmières, ASSC, AS/ASA et personnel non qualifié

Remarques

- Cette action est à décliner selon les professions.
- En ce qui concerne plus particulièrement les ASSC, cette mesure répond partiellement au besoin exprimé par certains acteurs de disposer de soignants d'un niveau intermédiaire entre les ASSC et les infirmières HES.
- Quelques pistes sont à envisager pour couvrir ce besoin spécifique :
 - offrir la possibilité aux ASSC de poursuivre leur formation avec par exemple un brevet fédéral (des brevets fédéraux existent dans certains domaines, par exemple « conseillère en affections respiratoires et tuberculose » ; « spécialiste en diagnostic neurophysiologique ») ;
 - promouvoir les maturités professionnelles qui donnent accès à une formation HES.
- Le modèle bancaire sur l'équilibre des contraintes et des engagements entre ce qui est pris en charge par l'employeur et par l'employé peut être un élément de référence.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

- La mise en œuvre de cette action nécessite l'implication des DRH de chaque institution ainsi que des cadres.
- De plus, il est nécessaire que les cadres de proximité soient sinon formés du moins sensibilisés de manière adéquate à la détection de talents ainsi qu'aux différentes possibilités de développement de carrières.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Identifier, sur la base de ce qui se fait déjà dans les institutions et à partir de la littérature ou de modèles dans d'autres secteurs, les expériences et pratiques favorables au développement des carrières ainsi que les facteurs-clés d'attraction et de rétention selon les générations	Octobre 2012
2. Définir les processus de détection de talents et de souhaits de développement de carrière	Janvier 2013
3. Définir les processus de soutien au développement de carrière	Mars 2013
4. Définir les rôles et responsabilités des différents acteurs	Avril 2013
5. Définir les éventuelles ressources et moyens indispensables à la mise en œuvre ainsi que leur mode de financement.	Juin 2013
6. Mettre en œuvre (lien à faire avec l'action 4.1, en particulier avec les « cellules de mobilités »)	Septembre 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

- Ressources pour le travail d'identification des expériences et pratiques favorables, des processus de détection de talents et de soutien, de définition des rôles et responsabilités et des moyens à mettre en œuvre (phases 1 à 5), 0.2 EPT sur 15 mois, soit environ 50'000.-, à financer pour l'OrTra (entité leader porteuse de l'action).
- Pour ce qui est de la mise en œuvre des processus définis, les éventuels moyens et ressources supplémentaires seront définis lors de l'étape 5.

Financement

Le mode de financement des éventuels moyens et ressources supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre des processus qui auront été définis sera précisé lors de la réalisation de l'étape 5.

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **indirect** sur la pénurie, mais permettra à la fois de rendre plus attractifs les métiers de la santé et de garder plus longtemps les professionnels de la santé dans le domaine.

Articulation et liens avec d'autres actions

Certaines actions constituent des **préalables** à la mise en œuvre de cette action :

- 6.3 "Formation des cadres de proximité"
- 4.1 "Guichet universel d'orientation"

Cette action est en outre **étroitement liée** à un certain nombre d'autres actions :

- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"
- 3.2 "Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques"
- 3.3 "Master en soins intégrés"
- 8.3 "Tableaux de bord"

- 8.1 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"

Elle aura également un **impact direct important** sur les actions suivantes, notamment en rendant les formations et la réinsertion dans le domaine de la santé plus attractives par des perspectives de carrières plus structurées et étendues :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.2 "Développement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 5.3 "Cursus professionnel des médecins hospitaliers"
- 6.2 "Mesures de réinsertion et de réorientation"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
6.2	6. Améliorer la gestion des carrières	IV. Conditions de travail / Maintien en activité	A
<i>Mesures de réinsertion et de réorientation</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	OrTra
Equipe de projet	HEdS, HUG, FSASD, FEGEMS, INSOS, ASI, autres associations professionnelles
Personne de contact	Claude Howald
Autres acteurs impliqués	Croix-Rouge, OFPC et DGS

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Augmenter le nombre de personnel soignant en favorisant et en facilitant le retour à l'activité professionnelle, la réinsertion et la réorientation.
- Répondre à la pénibilité du travail et aux contraintes physiques et morales des personnels en accompagnant les parcours professionnels vers une meilleure prise en compte des phases de vie.

Description

- Développer et organiser les mesures d'accompagnement, de réinsertion ou de réorientation à l'usage de professionnels spécifiques, afin de :
 - permettre une reprise facile et sans difficulté administrative pour les professionnels qui ont arrêté une activité professionnelle
 - Permettre une évolution de l'activité professionnelle en fonction des phases de vie et des contraintes physiques et morale
 - permettre la création de places de travail spécifiques pour les professionnels qui ne peuvent plus exercer dans les soins (place type mentorat, réponse téléphonique spécialisée, etc.)
- Vérifier le potentiel réel de personnel soignant souhaitant / pouvant reprendre une activité professionnelle (liste de la Croix-Rouge)
- Analyser les modèles existants – et notamment le modèle vaudois, non payant pour la personne qui souhaite se réinsérer et qui comprend quatre volets distincts :
 - entretien d'orientation avec appui individualisé et conseils (coaching)
 - bilan de compétences
 - cours d'actualisation des connaissances (formation modulaire)
 - stage pratique de réinsertion avec un mentorat spécifique

Profession(s) concernée(s)

Toutes les professions

Remarques

- Cette action est destinée à toutes les personnes qui souhaitent reprendre une activité professionnelle après un temps d'arrêt ainsi qu'à toutes celles qui ne peuvent plus exercer « pleinement » leur profession de soignants, en raison de leur âge et/ou de la pénibilité du travail et qui risquent donc, sans un accompagnement adéquat et une réorientation, de quitter le domaine de la santé.

- Une recherche qui analyse les différents facteurs de rétention des infirmières est actuellement en cours et pourrait apporter des éclairages très intéressants pour définir ces mesures : « Longitudinal retrospective cohort study of nurses' career paths and retention » (principal investigator : Véronique Addor)
- Pour les infirmières HES, cette mesure prendra place dans l'attente de la mise en application de la procédure a posteriori du titre Bachelor HES de l'OFFT, pour ce qui concerne la reconnaissance des titres de formation.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

- Il semble que l'une des conditions rendant les mesures de réinsertion réellement attractives est leur gratuité. Il est donc important d'inclure la définition d'un budget ad hoc dans la réflexion préparant la mise en œuvre des mesures de réinsertion et d'en assurer le financement.
- Il est également important de prendre en compte une éventuelle augmentation ponctuelle des besoins d'encadrement après l'engagement des personnes « réinsérées ».

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Vérifier le potentiel réel de personnel soignant souhaitant / pouvant reprendre une activité professionnelle (liste de la Croix-Rouge)	Octobre 2012
2. Analyser les mesures et les modèles existants pour l'accompagnement, la réinsertion et la réorientation, et notamment le modèle vaudois (non payant pour la personne qui souhaite se réinsérer) : entretien d'orientation avec appui individualisé et conseils (coaching), bilan de compétences, cours d'actualisation des connaissances (formation modulaire), stage pratique de réinsertion avec un mentorat spécifique.	Février 2013
3. Définir le modèle genevois : objectifs, processus et organisation, ainsi que les besoins en ressources et compétences et les modes de financement	Mai 2013
4. Mettre en place l'organisation et promouvoir ses activités	été 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

- Ressources pour la phase réflexive (phases 1 à 3), 0.25 EPT sur 1 an, soit environ 50'000.-, à financer pour l'OrTra (entité leader porteuse de l'action)
- Pour ce qui est de la mise en œuvre des processus définis, les éventuels moyens et ressources supplémentaires seront définis lors de l'étape 5.

Pas de ressources supplémentaires à engager pour la phase réflexive de la mise en œuvre.

Les moyens et les ressources supplémentaires à engager seront définis à l'étape 3 du calendrier de mise en œuvre.

A noter :

1) que le Canton de Vaud engage environ CHF 500'000.— par année pour son programme de réinsertion et qu'entre 2004 et mai 2011, ce sont 280 infirmières qui ont été réengagées après avoir suivi ce programme et que 200 autres sont actuellement en cours de réinsertion⁴).

⁴ Cf. présentation en conférence de presse DSAS-DFJC du 30 mai 2011

2) que le DARES subventionne actuellement l'ASI, dans le cadre d'un contrat de prestations, à hauteur de CHF 150'000 par année, dans le but de soutenir la formation continue.

Financement

Le mode de financement des moyens et ressources supplémentaires qui devront être engagés pour la mise en œuvre des mesures de réinsertion à proprement parler sera défini à l'étape 3.

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **direct** sur la pénurie, puisqu'elle permet à la fois d'augmenter le nombre de professionnels de la santé par la réinsertion de certains d'entre eux et de garder dans les métiers de la santé des professionnels qui partiraient (comme c'est généralement le cas aujourd'hui) sans accompagnement adéquat ni possibilité de se réorienter.

Articulation et liens avec d'autres actions

Les actions suivantes présentent un **soutien important** à la réinsertion, en offrant une information complète à la fois sur les possibilités de réinsertion et de réorientation et sur les métiers et les secteurs de soins ayant le plus besoin de professionnels :

- 4.1 "Guichet universel d'orientation"
- 5.1 "Campagnes d'image"

Certaines actions constituent des **préalables** à cette action, dans la mesure où elles permettront notamment d'orienter les professionnels en réinsertion ou en réorientation dans les domaines souffrant le plus de la pénurie :

- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"
- 8.3 "Tableaux de bord"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
6.3	6. Améliorer la gestion des carrières	IV. Conditions de travail / Maintien en activité	B
<i>Formation des cadres de proximité</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	Centre de formation des HUG
Equipe de projet	HEdS, ASI, HUG, FSASD, FEGEMS, ACPG et (Espace compétences,) IDHEAP, université
Personne de contact	Didier Jaccard

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Fidéliser le personnel soignant
- Conserver et développer les talents
- Répondre à la pénibilité du travail, qui est également une cause de réorientation ou de départ, par la reconnaissance du travail effectivement réalisé (notamment les tâches non facturées)
- Réintégrer la formation des cadres dans le cursus académique

Description

- Développer les compétences managériales des cadres de proximité en les sensibilisant ou en les formant :
 - à la détection de talents
 - au suivi et au soutien des développements de carrière
 - à la reconnaissance et à la valorisation des tâches non facturées, telles que formation, conseil, encadrement, etc.
- Préciser les attentes des établissements vis-à-vis des organes de formation de cadres infirmiers dans les domaines précités.

Profession(s) concernée(s)

Infirmières-cadres
Médecins-cadres
Autres chefs d'équipe

Remarques

Un groupe de travail existe déjà, réunissant les HUG et l'université. A élargir en incluant la FSASD et le niveau HES.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

Il est essentiel d'identifier toutes les formations déjà existantes et de les répertorier afin d'éviter de créer de nouvelles formations qui feraient doublon avec celles qui sont déjà à disposition en Suisse romande.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Identifier les compétences managériales cibles	Septembre 2012
2. Identifier les « catégories » de cadres qui devraient pouvoir bénéficier de ces formations et évaluer leur nombre	Novembre 2012
3. Identifier de manière exhaustive et précise les moyens, outils et formations déjà existants en lien avec les objectifs	Février 2013
4. Définir les besoins complémentaires ainsi que les ressources nécessaires à leur mise en œuvre et leur mode de financement	Avril 2013
5. Mettre en place les formations adéquates et/ou promouvoir celles qui existent auprès des populations cibles	Septembre 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

- Ressources pour la phase réflexive (phases 1 à 4), 0.1 EPT sur 1 an, soit environ 20'000.-
- En ce qui concerne le développement futur de formations *ad hoc* pour les cadres de proximité, le coût des moyens et ressources supplémentaires à engager seront définis à l'étape 4 du calendrier de mise en œuvre.

Financement

Pas de financement supplémentaire pour la partie réflexive de cette action.

En ce qui concerne le développement futur de formations *ad hoc* pour les cadres de proximité, le mode de financement des moyens et ressources supplémentaires à engager sera défini à l'étape 4 du calendrier de mise en œuvre.

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **indirect** sur la pénurie de personnel soignant, toutes catégories professionnelles confondues, parce que les cadres de proximité sont véritablement le facteur déterminant dans la reconnaissance de toutes les tâches effectuées (formation, conseil, encadrement, etc.) en sus des tâches de base ainsi que de leur valorisation (reconnaissance, décharge de travail, etc.) et de la détection de talents ainsi que des développements de carrière – deux éléments (et actions) essentiels pour augmenter la durée de l'activité professionnelle du personnel soignant.

Articulation et liens avec d'autres actions

Cette action est un **préalable indispensable** à la mise en œuvre des actions suivantes :

- 6.1 "Gestion des talents et développement de carrières"

Elle a également une **action de soutien** à toutes les actions portant sur la formation du personnel médical et soignant, puisqu'elle soutient le développement de carrière :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.2 "Développement de la formation duale et de la formation en emploi"
- 1.3 "Renforcement de la médecine de premier recours"
- 5.3 "Cursus professionnel de médecins hospitaliers (praticiens hospitaliers)"
- 6.2 "Mesures de réinsertion et de réorientation"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
7.1	7. Améliorer les conditions de travail	IV. Conditions de travail / Maintien en activité	B
<i>Intégration des nouveaux diplômés</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	HUG
Equipe de projet	HEdS, FEGEMS, FSASD, INSOS, ACPG, ASI
Personne de contact	Valérie Mégevand

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

Suivre plus finement l'entrée des nouveaux diplômés dans le monde du travail et réduire ainsi l'écart entre le métier attendu (appris) et le métier réel (notamment plus administratif) afin de :

- faciliter l'entrée dans la vie professionnelle des nouveaux diplômés
- augmenter progressivement le niveau d'intégration et de performance des nouveaux diplômés
- fidéliser davantage le personnel infirmier
- favoriser le partage des bonnes pratiques ainsi que des modèles d'intégration adoptés dans les différents établissements

Description

- Phasage de la mise en œuvre des pratiques durant les 2 premières années
- Mentorat durant la 1ère année
- Prise en compte des souhaits et possibilités quant à la suite du développement professionnel dès la 2ème année – et durant les années suivantes
- Créer des groupes d'analyse de la pratique professionnelle à l'usage des nouveaux diplômés et/ou nouveaux collaborateurs venant d'un autre champ d'activités

Profession(s) concernée(s)

Infirmières HES, autres professions

Remarques

Cette action s'inscrit dans l'accompagnement du parcours professionnel des personnels de santé.

Beaucoup de choses ont déjà été mises en place par les établissements pour accueillir les jeunes diplômés et les intégrer le mieux possible dans les équipes. De ces expériences, il ressort que le mentorat constitue une piste très intéressante. Le fait d'avoir un statut particulier, par exemple d'infirmière junior, permet également de reconnaître les personnes comme étant en phase d'intégration et d'éviter de leur faire assumer des responsabilités qui nécessitent une très bonne connaissance des pratiques de l'établissement pour être assumées efficacement et sans pression inutile.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

- Il est essentiel que la mise en œuvre de cette action soit en cohérence avec la politique RH des différentes institutions ainsi qu'avec l'organisation des soins.

- Un autre point essentiel est la communication entre les entreprises ou les institutions et la HEdS.
- Enfin, une formation *ad hoc* des mentors doit également être prise en compte dans la mise en place de l'accueil et du suivi des nouveaux collaborateurs.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Préciser les besoins et rédiger un concept d'accueil et de suivi	Octobre 2012
2. Identifier les ressources et les compétences nécessaires : celles qui sont mobilisables dans les établissements et celles, supplémentaires, qu'il faudra trouver/mettre en place Etablir, le cas échéant, le budget et définir le mode de financement des éventuels moyens et ressources supplémentaires à engager.	Décembre 2012
3. Définir les processus et le mode d'organisation	Février 2013 2012
4. Mettre en œuvre	Avril 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

- Ressources pour la phase réflexive (phases 1 à 3), 0.1 EPT sur 1 an, soit environ 20'000.-
- L'estimation du budget et des éventuelles ressources supplémentaires à engager est l'une des étapes incluses dans le calendrier de mise en œuvre (étape 2).

Financement

La proposition et le choix du mode de financement des éventuelles ressources supplémentaires nécessaires est l'une des étapes incluses dans le calendrier de mise en œuvre (étape 2).

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **indirect** sur la pénurie en favorisant le fait de garder les professionnels formés dans le domaine de la santé : en réduisant l'écart entre le métier attendu (appris) et le métier réel (notamment plus administratif) des nouveaux diplômés, elle évite des désillusions ou déceptions pouvant amener à des réorientations de carrière hors du domaine de la santé.

Articulation et liens avec d'autres actions

Certaines actions constituent des **préalables nécessaires** à cette action :

- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"
- 8.4 "Intégration de la HEdS dans les commissions de formation professionnelle"
- 6.3 "Formation des cadres de proximité"

Cette action est aussi **étroitement liée** aux actions suivantes :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 6.1 "Gestion des talents et développements de carrière"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
7.2	7. Améliorer les conditions de travail	IV. Conditions de travail / Maintien en activité	B
Garde d'enfants			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	Ortra
Equipe de projet	HUG, FEGEMS, FSASD et ACPG
Personne de contact	Claude Howald
Autres acteurs impliqués	ACG (Association des communes genevoises)

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Faciliter le maintien en activité des jeunes parents
- Faciliter le retour à une activité professionnelle des parents de jeunes enfants

Description

- Développer des moyens de garde d'enfants, y compris des moyens alternatifs : crèches, garderies, réseaux de mamans de jour, Chaperon Rouge
- Augmenter le nombre de places et les possibilités de garde d'enfants avec des horaires adaptés au personnel soignant :
 - afin de mieux concilier vie professionnelle et vie privée et
 - afin de faciliter le maintien ou le retour à une activité professionnelle.

Profession(s) concernée(s)

Toutes les professions soignantes et médicales

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

L'une des contraintes à respecter est bien évidemment la réglementation concernant la garde d'enfants.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Préciser les besoins selon les différentes modalités possibles de prises en charge et faire un état des lieux de l'existant dans les institutions sanitaires	Décembre 2012
2. Définir les ressources en personnel et en infrastructures nécessaires ainsi que les coûts d'investissement et d'exploitation	Mai 2013
3. Définir les modalités de financement	été 2013
4. Mettre en œuvre l'action	fin 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

- Ressources pour la phase réflexive (phases 1 à 3), 0.2 EPT sur 1 an, soit environ 40'000.-, à financer pour l'OrTra (entité leader porteuse de l'action).
- La définition des ressources en personnel et en infrastructures nécessaires ainsi que les coûts d'investissement et d'exploitation est l'objet même de l'étape 2 du calendrier de mise en œuvre.

Financement

Les modalités de financement seront définies à l'étape 3.

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **direct** sur la pénurie, en permettant aux parents de jeunes enfants soit de rester en emploi soit d'y revenir plus rapidement.

2.4.5. AXE V : Pilotage (Planification, organisation et conduite) : 1 objectif et 4 actions

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
8.1	8. Améliorer la planification et le pilotage	V. Pilotage	A
<i>Intégration la dimension de formation dans la planification sanitaire</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	DGS
Equipe de projet	DSE, HEdS, Faculté de médecine, OrTra, OFPC et DGPO
Personne de contact	Adrien Bron
Autres acteurs impliqués	HUG, FEGEMS, FSASD, INSOS, ACPG, AMG

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Avoir une vue prospective des besoins en formation dans les différentes professions.
- Améliorer le pilotage politique face aux enjeux, notamment démographiques, du domaine sanitaire.

Description

- Renforcer la planification sanitaire en intégrant la dimension de formation.
- Mettre en place une organisation qui permette de suivre en continu, année après année, la problématique de la démographie des professionnels de la santé.

Profession(s) concernée(s)

Toutes les professions

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

Il est indispensable, pour pouvoir mettre en œuvre cette action, que les données quantitatives nécessaires (personnel soignant, places de formation, données démographiques, ...) soient mises à jour.

Le risque principal consiste dans la non mise en œuvre ou dans la mise en œuvre partielle de cette action, car elle permet d'anticiper les besoins futurs et, partant, d'anticiper les éventuelles nouvelles mesures à mettre en œuvre et de corriger si nécessaire les mesures en cours.

Calendrier de mise en œuvre

<i>Etape(s)</i>	<i>Délai de réalisation</i>
1. Définir le contenu de la planification sanitaire dans sa dimension de formation	Septembre 2012
2. Définir les rôles et responsabilités des différents départements et leurs services dans l'établissement de la planification sanitaire en termes de besoins en personnel formé, de besoins en formation, d'objectifs de formation au niveau qualitatif et quantitatif et de définition de projets en découlant	Décembre 2012
3. Définir et mettre en œuvre les processus de récolte d'information et de traitement nécessaires à cette planification	Mars 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

Ressources projet : 1 chef de projet au niveau de la DGS (0.1 EPT pendant 1 année), soit environ 20'000.-

Financement

à définir

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact direct sur la pénurie future éventuelle, en permettant de d'anticiper les besoins futur et d'y réagir de manière proactive.

Articulation et liens avec d'autres actions

Une action préalable indispensable à cette action est :

- 8.3 "Tableaux de bord"

Elle constitue en outre un préalable nécessaire à l'action :

- 3.1 "Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"

Cette action aura également un impact direct sur les actions suivantes :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 1.3 "Renforcement de la médecine de premier recours"

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
8.2	8. Améliorer la planification et le pilotage	Soutien tous les axes	A

Structure de pilotage et de suivi

Entité porteuse de l'action (entité leader)	DARES et DIP
Personne de contact	DGS
Equipe de projet	DIP, DARES et DSE
Autres acteurs impliqués	Tous les acteurs du système de santé et de formation de professionnels de la santé

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

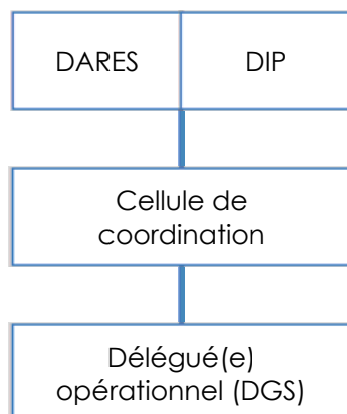
- Renforcer la coordination entre les départements qui sont parties prenantes au bon fonctionnement du système sanitaire genevois (DARES, DIP, DSE) pour :
 - améliorer le pilotage politique des enjeux, notamment démographiques, du domaine sanitaire
 - renforcer la coordination dans le pilotage politique du domaine sanitaire, notamment dans les dimensions des ressources humaines et de la formation
- Assurer que la liste d'actions retenues constitue réellement un programme et que celui-ci soit mis en œuvre et suivi

Description

Mettre en place un pilotage politique ainsi qu'un organe de veille, de pilotage et de suivi de la démographie du système sanitaire genevois.

Afin d'assurer un suivi opérationnel, cette cellule de coordination devrait pouvoir s'appuyer sur un(e) délégué(e) opérationnel(le), rattaché(e) par exemple à la DGS, de manière similaire à ce qui a été mis en place dans des cantons tels que Vaud et Berne.

Schématiquement, l'organisation pourrait ainsi être la suivante :



Profession(s) concernée(s)

Toutes les professions

Remarques

- Le besoin d'un message plus clair et concerté de la part des politiques est réel.
- Par ailleurs, il convient dès maintenant de prévoir une modalité permettant d'effectuer le suivi politique du présent programme d'actions.
- A court terme, cette coordination pourrait ainsi prendre la forme d'une cellule de coordination (« comité santé ») issue du Comité de pilotage du présent projet, et réunissant les dirigeants de toutes les entités directement concernées par la problématique de la pénurie dans les métiers de la santé. Cette cellule aurait pour principale mission de garantir (et d'obtenir de tous les services concernés) la mise en place de solutions concertées ainsi que la mise à disposition des entités de l'ensemble de l'information utile.
- Il est également essentiel que cette cellule de coordination travaille en contact étroit avec le CFRG, leurs travaux respectifs devant être coordonnés.

Calendrier de mise en œuvre

Etape(s)	Délai de réalisation
1. Définir une organisation pérenne chargée : a. du suivi du présent programme d'actions b. de fournir aux autorités politiques les éléments nécessaires à la prise de décision concernant le domaine sanitaire, dans les dimensions des ressources humaines et de la formation c. de proposer d'autres actions en fonction de l'évolution de la situation relative à la démographie des professionnels de la santé	Dès la validation du présent rapport par le Conseil d'Etat
2. Mettre en place le dispositif de pilotage politique du présent programme et du dispositif mentionné au point 1.	Dès l'étape 1 réalisée

Ressources

Budget (moyens à engager)

- Pas de moyens à engager pour la « cellule de coordination » issue du Comité de pilotage.
- Délégué(e) opérationnel(le) rattaché(e) au DIP et/ou au DARES pour assurer la récolte, la mise à jour et le suivi réguliers des informations : estimé à 0.5 EPT, soit CHF 100'000.- par année.

Financement

→ À définir (étape 1 ci-dessus)

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact **indirect** sur la pénurie, mais elle constitue un préalable indispensable à la mise en œuvre, au pilotage et au suivi de l'ensemble du programme de lutte contre la pénurie.

Articulation et liens avec d'autres actions

Cette action est **en lien direct avec toutes les autres actions** du présent programme, puisqu'elle consiste en la mise en place du pilotage et du suivi de la mise en œuvre de l'ensemble du programme d'actions.

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
8.3	8. Améliorer la planification et le pilotage	V. Pilotage	A

Tableaux de bord

Entité leader	DGS
Equipe de projet	DIP, DARES, DSE
Personne de contact	Ursula Ledermann Bulti
Autres acteurs impliqués	HUG, FEGEMS, FSASD, INSOS, ASI, Faculté de médecine et ACPG

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Déterminer un skill mix moyen par secteur de soins et suivre régulièrement les tendances d'évolution, afin d'avoir une meilleure vue prospective des besoins dans les différentes catégories professionnelles et de pouvoir effectuer des prévisions concernant les besoins en formation.
- Suivre les effectifs dans chaque catégorie professionnelle pour déterminer la capacité de formation des établissements.

Description

Mettre en place des tableaux de bord par secteur, notamment basés sur le skill-mix, en consolidant, dans un premier temps, une base de données quantitative regroupant l'ensemble des informations nécessaires à tous les acteurs concernés par la problématique de pénurie dans les métiers de la santé.

Dans un deuxième, il s'agira de choisir le système d'information adéquat pour le suivi et l'actualisation des données. Ce système peut être très simple (de type Excel avec récolte des informations une fois par année) ou plus élaboré (avec une récolte d'information mensuelle, par exemple).

Profession(s) concernée(s)

Médecins, infirmières HES, ASSC, AS/ASA, ASE et autres métiers de la santé

Remarques

- Cette action s'inscrit dans le cadre de mesures de planification.
- Cette action constitue, pour sa première phase, un prérequis incontournable pour un grand nombre d'autres mesures développées au terme des travaux du GTO et, à plus forte raison, pour les mesures concernées par une implémentation rapide.

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

- Le livrable issu de la phase 2 devra être régulièrement actualisé et maintenu par les services concernés de l'Etat de Genève jusqu'au moment où un système plus robuste aura pu être mis en place.
- Si la mise en œuvre de cette action s'arrête à une première récolte d'informations, sans suivi ad hoc et sans mise en place d'un système d'information adapté, la qualité et la pertinence du pilotage des besoins en professionnels de la santé et en formation risque d'être compromis, ainsi que la mise en œuvre de bon nombre d'autres actions de lutte contre la pénurie.

Calendrier de mise en œuvre

Etape(s)	Délai de réalisation
1. Adapter la matrice OBSAN pour les besoins de réalisation des actions de remédiation à la pénurie de professionnels de santé dans le Canton de Genève.	Réalisé
2. Récouter les informations auprès des établissements (effectifs, durée estimée d'exercice de la profession, évolution du taux d'activité, composition des équipes...) et en effectuer une synthèse afin d'avoir une première estimation précise des besoins à Genève.	Juin 2012
3. Préciser les besoins en termes de système d'information pour le pilotage de la lutte contre la pénurie des professionnels de la santé.	Septembre 2012
4. Établir le cahier des charges technique du système d'information et décrire les flux, rôles et responsabilités en lien avec ce système.	Décembre 2012
5. Développer et mettre en œuvre le système d'information.	Mai 2013

Ressources

Budget (moyens à engager)

- Ressources au sein du DIP et/ou du DARES pour assurer la récolte, la mise à jour et le suivi réguliers des informations : 0.1EPT, soit CHF 20'000. — par année.
- Ressources pour le développement et la mise en œuvre du système d'information : à définir selon cahier des charges.

Financement

→ À définir selon résultats des étapes 3 à 5 ci-dessus

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact indirect sur la pénurie, mais elle constitue un préalable indispensable à la mise en œuvre d'autres actions qui, elles, ont un impact direct sur la pénurie.

Articulation et liens avec d'autres actions :

Cette action est en lien direct avec les actions suivantes, pour lesquelles elle constitue un **préalable nécessaire** et qu'elle impactera directement :

- 1.2 "Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire"
- 4.4 "Développement de la formation duale et en emploi"
- 6.1 "Charte définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes"

Cette action est donc indispensable à l'intégration des nouveaux métiers dans les institutions et dans les équipes ainsi qu'à leur développement (planification, déploiement de la formation, etc.).

Action N°	Objectif	Axe	Priorité
8.4	8. Améliorer la planification et le pilotage	V. Pilotage	B
<i>Intégration de la HEdS dans les commissions de formation professionnelle</i>			

Entité porteuse de l'action (entité leader)	HEdS
Equipe de projet	HEdS et OrTra
Personne de contact	Daniel Petitmermet
Autres acteurs impliqués	OFPC, CFPS, DGPO

Descriptif de l'action

Objectifs visés et résultats attendus

- Renforcer le lien entre HEdS et employeurs
- Mieux coordonner les différents niveaux de formation

Description

Intégrer les HES dans les commissions de formation professionnelle (OrTra).

Profession(s) concernée(s)

Infirmières HES, ASSC

Contraintes et risques pour la mise en œuvre de l'action

L'adaptation de la matrice OBSAN pour le Canton de Genève ainsi que la récolte des informations auprès des établissements (effectifs, durée estimée d'exercice de la profession, évolution du taux d'activité, composition des équipes...) et leur synthèse (étapes 1 et 2 de l'action 8.3) permettra une coordination en prise directe avec la réalité.

Remarques

- Le cas échéant, statut d'observateur pour les HES dans l'OrTra
- D'une manière générale aujourd'hui, les formations de type secondaire II se sont adaptées aux besoins des employeurs, alors que pour le tertiaire la tendance est plutôt l'inverse : l'employeur doit intégrer des personnes avec des formations sur lesquelles il n'a rien à dire.

Calendrier de mise en œuvre

Etape(s)	Délai de réalisation
1. Définir les modalités de participation	Juin 2012
2. Nommer la ou les personnes dévolues à cette tâche de participation ainsi qu'à celle de coordination en découlant	Septembre 2012
3. Participation effective de la HEdS dans les commissions de formation professionnelle	Octobre 2012

Ressources

Budget (moyens à engager)

Pas de moyens particuliers à engager.

Financement

→ Pas de financement supplémentaire.

Impact attendu sur la pénurie

Cette action a un impact *indirect* sur la pénurie, mais favorisera de manière importante et concrète sur la coordination de la formation professionnelle et son adéquation avec les besoins réels.

Articulation et liens avec d'autres actions

L'un des *préalables* à cette action est l'action :

- 8.3 "Tableaux de bord", notamment ses étapes 1) et 2).

Cette action est un *préalable important* aux actions suivantes :

- 1.1 "Capacité d'accueil de la HEdS"
- 6.1 "Gestion des talents et développement de carrières"

2.5. Estimation des coûts, synthèse

1. Actions prioritaires

Action	Ressources pour gestion de projet	Frais d'investissements	Frais d'exploitation	Financement
1.1. Capacité d'accueil de la HEdS	Budget ordinaire	15'000'000.-	5'400'000.-	Canton, cantons partenaires de la HES-SO, Confédération
1.3. Renforcement de la médecine de premier recours	Budget ordinaire	-	Obj 1 + 2 : env. 1'000'000.- à 1'500'000.- Obj. 3 : env. 10'000'000.-	Canton + partiellement Confédération (LAU + AIU)
2.1. Modèle incitatif pour la formation pratique	env. 80'000.-	-	à estimer en fonction du modèle retenu	Canton (gestion de projet) Canton + assureurs (financement des stages)
3.1. Charte cantonale définissant le rôle des différentes fonctions au sein des équipes	env. 40'000.-	-	-	Canton (gestion de projet)
3.2. Centre de formation interprofessionnelle en compétences cliniques	Budget ordinaire	1'200'000.-	env. 1'240'000.-	Canton + fonds privés (investissements) Canton + revenus des activités (fonctionnement)
3.3. Master en soins intégrés	env. 120'000.-	à préciser selon résultats de l'étude de faisabilité		Canton (gestion de projet) à préciser selon résultats de l'étude de faisabilité (fonctionnement)
4.1. Guichet universel d'orientation	env. 60'000.-	à préciser selon résultats de l'étude de faisabilité		Canton (gestion de projet) à préciser selon résultats de l'étude de faisabilité (fonctionnement)
5.1. Campagnes d'image	env. 25'000.-	-	env. 200'000.- pour les campagnes. À définir pour réalisation / coordination	à définir. par exemple participation des institutions au prorata de la masse salariale des professions concernées
6.1. Gestion des talents et développements de carrière	env. 50'000.-	le cas échéant, à déterminer dans le cadre du projet		Canton (gestion de projet)
6.2. Mesures de réinsertion et de réorientation	env. 50'000.-	-	à définir dans le cadre du projet	Canton. Actuellement 150'000.- par année. Pour comparaison, le Canton de Vaud engage 500'000.- par année pour des mesures similaires
8.1. Intégration de la dimension de formation dans la planification sanitaire	env. 20'000.-	-	-	Canton (gestion de projet)
8.2. Structure de pilotage et de suivi	-	-	Env. 100'000.-	Canton
8.3. Tableaux de bord	-	à définir si nécessaire	Env. 20'000.-	Canton

2. Autres actions

Action	Ressources pour gestion de projet	Frais d'investissements	Frais d'exploitation	Financement
1.2. Renforcement de la formation duale et de la formation en emploi	Budget ordinaire	à déterminer dans le cadre du projet		
2.2. Processus administratifs liés aux stages	env. 20'000.-	-		Canton
4.2. Plateforme commune de communication	env. 15'000.-	-		Canton
5.2. Valorisation des stages en EMS	env. 40'000.-	-	à définir dans le cadre du projet	Canton (gestion de projet) Dans le cadre de l'action 2.1 (modèle incitatif) pour les stages
5.3. Coursus professionnel de médecins hospitaliers	Budget ordinaire	-	-	
6.3. Formation des cadres de proximité	env. 20'000.-	-	à définir dans le cadre du projet	Canton
7.1. Intégration des nouveaux diplômés	env. 20'000.-	-	à définir dans le cadre du projet	Canton
7.2. Garde d'enfants	env. 40'000.-	-	à définir dans le cadre du projet	Canton
8.4. Intégration de la HEdS dans les commissions de formation professionnelle	-	-	-	

Note : un affinage des chiffrages et des calendriers devra se faire une fois les décisions du Conseil d'Etat connues et sur la base des actions finalement retenues.

Annexe A : membres des sous-groupes de projet et sources d'informations

Sous-groupes de travail

a. Stages et financement de la formation pratique

Laura Alberte (DSE)
Monique Boesch (ASI)
Ursula Ledermann (DARES)
Jacqueline Luciani (FSASD)
Laurent Mauler (AGCP)
Valérie Mégevand (HUG)
Olivier Tejerina (HEdS)
James Wampfler (FEGEMS)

b. Skill & grade mix et adéquation des formations aux besoins

Laura Alberte (DSE)
Chantal Andenmatten (DIP / DGPO)
Florence Baudoin (ASI)
Jean-Marie Carron (FEGEMS)
Françoise Cinter (HEdS)
Grégoire Evéquo (DIP / OFPC)
Anne Fischer (DIP / Secondaire 2)
Monique Gerdil (DIP / CFPS)
André Laubscher (HUG)
Olivier Tejerina (HEdS)
Elisabeth van Gessel (Faculté de médecine)
Catherine Zumwald (FSASD)

c. Professions médicales

Véronique Addor (HEdS)
Jean-François Balavoine (Faculté de médecine)
Jean-Michel Gaspoz (HUG)
Martine Girard (ASI)
Mitsuko Kondo Oestreich (HUG)
Danièle Lefebvre (AMG)
Georgette Schaller (DARES)

d. Parcours professionnels du personnel soignant

Véronique Addor (HEdS)
Florence Baudoin (ASI)
Anne Fischer (DIP / secondaire 2)
Vincent Grattard (FSASD)
Carole Jubin (HEdS)
Valérie Mégevand (HUG)
Jean-Marc Simonin (INSOS)
Françoise Weber (ORTRA)

e. Communication

Chantal Andenmatten (DIP / DGPO)
Catherine Barbey (ASI)
Damien Berthod (DIP / OFPC)
Laurent Mauler (ACPG)
Marcellino Ovan (HES-SO Genève)
Catherine Zumwald (FSASD)

Bibliographie

Enquête sur les besoins en personnel soignant des institutions genevoises d'aide et de soins, CRFG, Commission « Santé, droit et cohésion sociale », Groupe de travail « Formation des assistant-e-s en soins et santé communautaire et des aides soignants », Octobre 2009

Formation aux professions des soins, OFFT, sur mandat du Département fédéral de l'Economie, Mars 2010

Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009, CDS et OdASanté, Berne, 09.12.2009

Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Observatoire Suisse de la santé, H. Jaccard Ruedin et al., Février 2009

Les besoins en personnel infirmiers, aides soignants et aides médico-psychologiques des établissements sanitaires et médico-sociaux de Haute Savoie, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Haute-Savoie, Octobre 2008

Etude franco-genevoise sur les formations professionnelles et les besoins en personnels soignants, CRFG, Commission « population transfrontalière et économie », Mars 2004

Rapport du Conseil d'Etat au Grand conseil sur a) interpellation sur pénurie d'infirmier-ère ; b) proposition de motion pour revaloriser la profession d'infirmier-ère, Secrétariat du Grand Conseil, Mars 2007

Recherche qualitative sur le personnel de santé étranger en Suisse et sur son recrutement, CDS, K Huber & E Mariéthoz, Novembre 2010

Migration du personnel de santé en Suisse, La situation actuelle en Suisse, CDS, K Huber & E Mariéthoz, Juillet 2010

La pénurie d'infirmiers et d'infirmières à Genève, CIPS, Avril 2002

Extrait du rapport du GT « pénurie en personnel », Infosmembres AVDEMS, juin 2010

Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals, J Buchan et al., Human Resources Development Journal Vol. 4, Nb 2, 2000

Le futur sera interprofessionnel ou ne sera pas, J.-M. Gaspoz & N Junod Perron, Revue médicale suisse, 28 septembre 2011

La médecine de premier recours dans le canton de Berne, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, Octobre 2011

Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique, Rapport 2007 et commentaire 2011, Académie suisse des sciences médicales, 2011

Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, F Höpflinger et al., Verlag Hans Huber, 2011

Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins, M Estry-Béhar et al., Le concours médical 131, 2009

Enquête sur le devenir des ASSC dans le canton de Vaud, N Viens Python & B Guinchard, HECVSanté et HEdS-La Source, janvier 2011

L'Enquête PRESST-NEXT, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, A Simon et al., 4^{ème} journée du CNSF, Mars 2006

Mesures contre le risque de pénurie de personnel de soins, B Heim & M Müller, Point de vue (Curaviva), Session été 2009

Lutte contre la pénurie des professionnels de santé : où en est le Canton de Vaud, Présentation en Conférence de presse DSAS-DFJC, 30 mai 2011

Les soins infirmiers en Suisse – perspectives 2020, Document de positionnement de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), juin 2011

Planification des soins 2011–2014 selon la loi sur les soins hospitaliers, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, Août 2011

Projet pilote « Formation postgrade au cabinet du praticien de premier recours (assistantat au cabinet médical) », Rapport présenté par le Conseil-exécutif au Grand Conseil du canton de Berne, Juin 2011

Soins infirmiers en Suisse: perspectives 2020 - une analyse approfondie, L Imhof et al., ZHAW, 2010

Portrait démographique du personnel infirmier à Genève : Population en danger ? S Chirine, DGS et Laboratoire de démographie (FSES, UNIGE), Janvier 2008

Solving nursing shortages: a common priority, J Buchan & L Aiken, J Clin Nurs 17 :3262-3268, Décembre 2008

Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030?, H Jaccard Ruedin et al., Présentation au Séminaire santé, Lausanne, 22 avril 2010

Pénurie infirmière, les racines du mal, M Dabrion, Institut de Formation des Soins Infirmiers de Besançon, Avril 2009

Masterplan Formation aux professions des soins, www.bbt.admin.ch/gesundheit, Newsletter 1.2011, Juin 2011, et Newsletter 1.2012, Mars 2012

Coûts et bénéfice des formations en soins infirmiers du degré tertiaire, M Führer & J Schweri, sur mandat du groupe de pilotage du Masterplan « Formation aux professions des soins », Octobre 2011

Autres sources d'information (rencontres et échanges de correspondance)

Danny Heilbronn, Chef du Service de la formation professionnelle, Office des hôpitaux, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

Carina Hum et Ingrid Kündig, Cheffes de projet démographie et pénurie au service de la santé publique du Canton de Vaud

Romy Geisser Roth, Geschäftsführerin, Organisation der Arbeitgeber – OdA Gesundheit beider Basel

Philipp Waibel, Leiter Bereich Gesundheitsdienste Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Jacques de Haller et Werner Bauer, Président et Vice-président de la Fédération des médecins suisses, FMH

Catherine Citherlet et Brigitte Rorive, Direction de l'analyse médico-économique, HUG

Daniel Petitmermet, Directeur de la HEDS

Frédéric Tual, Epsilon informatique (logiciel de gestion des stages)

Annexe B : Diagramme méthodologique

Démarrage officiel du mandat	27 juin 2011
Analyse du mandat Lecture des sources disponibles, recherche d'informations additionnelles, organisation du matériel à disposition, consignation des actions déjà réalisées à Genève et dans d'autres lieux	Du 7 juin au 6 juillet 2011
1^{ère} séance du GTO Recherche d'une compréhension partagée du mandat et des enjeux	7 juillet 2011
Entretiens individuels 18 entretiens avec les membres du GTO + entretiens et échanges avec d'autres acteurs importants (VD, BE, Obsan, FMH)	Du 9 août au 16 septembre 2011
Synthèse des entretiens et élaboration d'un document de travail De nombreuses idées d'actions. Pénurie effective seulement dans certains secteurs particuliers, mais déséquilibre général entre besoins actuels et futurs et offre de professionnels formés en Suisse	Du 16 au 22 septembre 2011
2^{ème} séance du GTO Adhésion d'ensemble à la synthèse et regroupement des différentes problématiques identifiées en 5 thématiques à travailler en sous-groupe	28 septembre 2011
Clarification / orientation du COPIL Mandats aux sous-groupes	11 octobre 2011
Travail en sous-groupes Définition des actions possibles en lien avec les problématiques dégagées	Du 12 au 30 octobre 2011
Synthèse des travaux en sous-groupes Elaboration d'un catalogue d'actions	Du 15 octobre au 3 novembre 2011
3^{ème} séance du GTO Validation du catalogue d'actions	9 novembre 2011
COPIL Validation du rapport intermédiaire, orientations concernant les actions, regroupements, priorisations	5 décembre 2011
Rapport intermédiaire	15 décembre 2011
COPIL Orientations sur les actions majeures, analyse, regroupements, élimination de certaines actions	10 février 2012
COPIL Analyse du rapport pré-final, repositionnement de certaines actions	16 mars 2012
4^{ème} séance du GTO Analyse du rapport pré-final, repositionnement de certaines actions	28 mars 2012
COPIL Validation du rapport final	16 avril 2012
Rapport final	Avril 2012

Annexe C : Etat de situation

C.1. Situation générale et état des lieux

Le constat est fait d'une pénurie en personnel soignant, dans le sens d'un déséquilibre significatif sur le marché du travail entre les besoins actuels et à venir du système de santé pour fournir les prestations attendues par la population, et l'offre de professionnels formés en Suisse.

La plupart des institutions genevoises confrontées à un problème de pénurie de personnel qualifié ont d'ores et déjà lancé des réflexions et des actions sur cette problématique.

Ainsi, par exemple, la FEGEMS mène actuellement une réflexion sur le skill mix afin de s'assurer de pouvoir à l'avenir garantir des prestations adaptées aux besoins des résidents, intégrer les nouveaux métiers et anticiper la pénurie de personnel.

Dans leur plan stratégique 2010-2015, les HUG définissent également une série d'objectifs, desquels découlent des programmes d'actions composés de différents projets.

2 objectifs sont en lien direct avec la question de la pénurie de soignants :

- l'objectif 2 « Relever les défis de santé publique », avec un programme d'actions visant à faire face au vieillissement de la population, à développer la prise en charge des maladies chroniques, à prévenir la saturation des soins psychiatriques et à assurer l'accès aux soins pour tous
- et l'objectif 5 « Attirer et retenir les talents nécessaires à notre activité », qui est traduit par un programme d'action visant à assurer la relève et l'attractivité auprès des professionnels de la santé, développer les carrières et renforcer la satisfaction et la mobilisation des collaborateurs.

C.1.1. Pilotage et coordination

L'une des difficultés évoquée lors des travaux a trait à l'organisation du pilotage politique et administratif. La question de la pénurie des professionnels de la santé étant au carrefour de plusieurs départements cantonaux, la nécessité d'une coordination à tous les niveaux, qui manque encore aujourd'hui, a été mise en avant. Dans le même esprit, une réflexion sur les rôles et responsabilités des différents organes de l'Etat, et leur capacité d'action, notamment par la disponibilité de ressources, apparaît importante à l'ensemble des partenaires.

Comme cela a été recommandé dans le rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009⁵, des mesures liées au pilotage et à la planification devraient venir en support aux actions proposées ici.

Notamment, et selon les termes de ce rapport qui peuvent parfaitement s'appliquer à la réalité genevoise, « la base actuelle de données sur le personnel (statistiques respectives des hôpitaux, des institutions médico-sociales et des services d'aide et de soins à domicile) montre des lacunes qu'il y a lieu de combler le plus rapidement possible ».

C.1.2. Professions médicales

La problématique de la pénurie dans les professions médicales est à lier quasi-exclusivement à quelques spécialisations bien déterminées :

- la médecine de premier recours ;
- la gériatrie ;
- la psychiatrie.

⁵ Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009, OdASanté + CDS, décembre 2009

Il a trait également à la médecine hospitalière, et à l'équilibre à trouver entre la capacité de formation de l'hôpital et son besoin de praticiens pour assumer sa mission de soins.

Deux approches sont à envisager concernant la médecine de premier recours :

- souhaite-t-on garder le modèle actuel du médecin de premier recours ?
- ou est-il pertinent de revoir celui-ci (p. ex : par la mise en place de centres de soins, maisons de santé) ?

L'évolution de l'approche dépendra étroitement de la politique des assurances et de ce qui se discute actuellement aux chambres fédérales (position du médecin généraliste en tant que « gatekeeper » notamment).

Dans l'hypothèse de maintien du modèle actuel, la pénurie est imminente à Genève : la moyenne d'âge des médecins généralistes du canton est élevée et un grand nombre arrêteront leur activité ces prochaines années.

Il convient en outre de distinguer le secteur public/institutionnel du secteur privé/médecine de ville : les dynamiques sont différentes et il peut exister un besoin dans un secteur alors que dans l'autre la situation est satisfaisante. En effet, le secteur public, qui forme les médecins, peine à les garder, la plupart migrant rapidement vers le secteur privé. Des mesures pourraient être développées pour diminuer cette migration, cause de pénurie en milieu hospitalier, telles que le renforcement des liens entre l'hôpital et la ville, la redéfinition de la hiérarchie hospitalière (médecins praticiens) ou l'augmentation de la durée de l'engagement contractuel entre l'hôpital et les médecins en formation.

Il faut souligner également que la situation est déjà critique dans les cantons périphériques, pour lesquels le canton de Genève, au même titre que les autres cantons disposant d'une faculté de médecine, a une responsabilité de formation.

Dans l'hypothèse d'une révision du modèle, une définition prospective de celui-ci est à proposer également très rapidement.

Une question centrale dans ces réflexions a trait aux conditions cadres pour la pratique médicale. La clause du besoin n'est plus en vigueur depuis 2012, et des différences très importantes de revenus et de contraintes entre les spécialités ont une influence majeure sur l'orientation des futurs professionnels.

Une solution durable visant à rééquilibrer les spécialités médicales, notamment au renforcement de la médecine de premier recours, nécessite d'apporter des solutions à ces questions de conditions cadres.

Naturellement, de nombreux acteurs du système sanitaire se penchent déjà sur cette question, notamment la Faculté, les HUG, la FMH, l'AMG et certains acteurs privés, mais une coordination des réflexions et des actions est nécessaire.

Parmi les problèmes relevés, on pourra citer :

- Les problèmes logistiques et de conditions cadres, qui ne favorisent pas le temps de travail partiel ou partagé
- Le problème de la tarification et de la rémunération dans les différents secteurs médicaux
- le problème de la visibilité, de l'attractivité et de l'identité de la profession auprès des médecins en formation ;
- la faiblesse d'identité de la profession au niveau des responsables académiques ;
- l'absence, au niveau de la formation postgrade, de cursus adapté aux futurs médecins de premier recours, avec un suivi spécifique des étudiants (création d'une identité, d'une plateforme d'échanges déjà en cours de formation) ;
- les besoins à court terme incompatibles avec le temps nécessaire à l'obtention des résultats des mesures liées à la formation.

D'autres spécialités médicales sont identifiées comme étant sujettes à un risque de pénurie, notamment la gériatrie et la psychiatrie (adulte et enfant).

C.1.3. Infirmières et ASSC et autres soignants : articulation entre besoins de professionnels et formation

En ce qui concerne le personnel de santé non médical, la question de la pénurie semble se poser différemment. En effet, il existe d'une part un décalage apparent entre certaines formations et les besoins exprimés par les différents acteurs du système sanitaire (ASSC, infirmières HEdS, notamment). Ce décalage se traduit également par des incompréhensions et des attentes a priori difficilement conciliables durant le processus de formation (objectifs d'apprentissage des stagiaires et réalité des places de stages par exemple).

D'autre part, la réflexion sur l'évolution des pratiques, notamment traitée dans les recherches effectuées à la HEdS, nécessite d'une part un ancrage fort dans les institutions de soins, et devrait d'autre part permettre à celles-ci de faire évoluer leurs pratiques.

Enfin, un besoin en infirmières de type ES a été exprimé par plusieurs acteurs (secteur des EMS, prise en charge des handicapés, lieux de vie pour malades chroniques).

Or, la décision a été prise au niveau de la HES-SO (HES-S2) de ne pas introduire le niveau de formation ES spécifique pour les infirmières.

Enfin, il convient de rappeler que le niveau HES est peu développé actuellement pour les infirmières en Suisse alémanique (question analogue pour des infirmières formées en Suisse alémanique que pour les infirmières françaises).

A noter qu'une part importante des ASSC formées en Suisse alémanique (environ 1/3) poursuivent directement leurs études en ES.

C.1.4. Organisation des soins et des pratiques professionnelles (skill & grade mix)

La question de la répartition des tâches en fonction des compétences est fondamentale en regard de l'estimation des besoins futurs et des coûts et de la planification sanitaire.

Cette problématique se pose notamment à trois niveaux principaux :

- place des ASSC dans les équipes ;
- compétences des infirmières de niveau ES versus infirmières de niveau HES ;
- répartition des tâches entre les médecins, les infirmières et les MTT (professions médico-techniques et médico-thérapeutiques).

Pour ce qui est des ASSC, relevons que la mise en place de la formation d'ASSC en duale a été très difficile; que certains secteurs, notamment les cliniques privées, ne forment pas d'ASSC ; que les ASSC qui terminent leur formation ont des difficultés à trouver un emploi.

Dans le canton de Vaud en 2011-2012, ce sont au total 620 jeunes qui poursuivaient leur apprentissage en ASSC, alors que dans le canton de Genève pour la même période ils sont au total 142 (66 en apprentissage dual et 76 en école).

Pour ce qui est des infirmières, il a été souligné par certains membres du GTO que l'organisation des soins était impactée par la « distorsion » entre les nouvelles infirmières HES et les infirmières formées dans un autre contexte. À noter que la formation infirmière en France a évolué, et le système de formation permet d'aboutir à un diplôme de niveau Bachelor.

Finalement, il est important de souligner que le vieillissement de la population fait d'ores et déjà évoluer les besoins de prise en charge. Les ressources et l'organisation actuelle devront nécessairement s'adapter, dans un souci de prise en charge optimum, mais aussi avec le

besoin d'efficience économique. La réflexion sur les filières de soins sera importante dans cette perspective.

C.1.5. Parcours professionnels : conditions de travail, plans de carrière et réinsertion

La durée moyenne d'activité professionnelle est courte pour les infirmières, ce qui a un impact important sur le besoin de nouvelles infirmières. Passer par exemple d'une durée de vie professionnelle moyenne de 8 à 10 ans permet d'augmenter de 25% le nombre d'infirmières. Avec environ 5'000 infirmières à Genève actuellement, cela représenterait l'équivalent de 1'250 infirmière de plus. Un projet de recherche est en cours à la HEdS (projet « Nurses at work ») pour déterminer la durée en emploi totale des infirmières.

Cette faible durée de vie professionnelle a également un coût important lié aux pertes de savoir-faire et à la nécessité de former les nouveaux venus au fonctionnement spécifique de l'établissement.

Les conditions de travail sont un des éléments qui influent sur cette durée : horaires, pénibilité physique et morale, articulation vie privée – vie professionnelle, répartition des tâches, augmentation des tâches administratives, ...

Un autre aspect important et influençant la durée d'activité professionnelle des infirmières est le manque de filières claires dans les établissements, qui leur permettent de se projeter à long terme dans l'institution.

Le métier étant par ailleurs usant, il est important de permettre des réorientations, évolutions, aménagements.

Enfin, la question de la réinsertion et de la reconversion du personnel est également cruciale et est encore peu développée. Elle concerne principalement :

- le personnel soignant qualifié ayant arrêté son activité pendant quelques années ;
- le personnel soignant souhaitant réorienter son activité en lien avec une évolution de sa vie privée ;
- des demandeurs d'emploi (non soignants) qui seraient réorientés vers les métiers de soins.

Ces axes s'appliquent d'une manière générale aux soins infirmiers, mais avec une acuité particulière là où il y a pénurie effective, dans des domaines spécialisés, en particulier :

- en chirurgie (bloc opératoire) ;
- en gériatrie ;
- en psychiatrie ;
- dans les soins à domicile (dimension psycho-sociale et connaissance du système socio-sanitaire) ;
- dans le domaine du handicap ;

La question de la "spécialisation en encadrement" peut également être intégrée à cette problématique.

C.1.6. Stages et financement

La formation des professionnels de la santé de tous niveaux nécessite un nombre important de stages afin d'assurer un lien fort entre la formation et la pratique professionnelle. En outre, historiquement, la formation de niveau secondaire II a plutôt lieu dans les écoles à Genève, contrairement à la Suisse alémanique où les entreprises sont beaucoup plus présentes (place des apprentissages nettement plus importante notamment). Cette formation en école implique naturellement d'effectuer des stages.

Or l'augmentation des besoins futurs de la population (pressentis en augmentation sur la base des données démographiques de la population) impliquant nécessairement une augmentation des besoins en professionnels de la santé, il y a besoin non seulement d'augmenter les capacités des écoles, mais également les places de stage et de formation duale. Cette augmentation passe par la résolution d'un certain nombre de problèmes logistiques (lieux de stage, encadrement, financement, etc.).

Il s'agit donc de lever le maximum de barrières et de faciliter l'accueil de stagiaires et de personnes en formation, voire de les rendre attractifs pour les employeurs.

En dehors de ces questions concernant les aspects logistiques, la problématique est également celle du modèle à utiliser pour amener les employeurs à augmenter le nombre de places de stages ou de formation en emploi, et de valoriser les stages pratiques.

C.1.7. Communication

Le manque d'attrait des professions de la santé (domaine infirmier et paramédical en particulier) est largement mentionné comme une des raisons susceptibles d'accentuer le risque de pénurie.

Avant la communication sur des métiers particuliers, il y a d'abord une problématique de communication générale autour de la santé et du système sanitaire auprès du public le plus large, qui n'en voit bien souvent que les coûts et les contraintes. Si la représentation collective est plus porteuse, la projection dans un métier de ce domaine sera facilitée.

Ce constat se double de celui d'un manque d'informations plus spécifiques, en particulier à l'attention des jeunes, mais également auprès de populations susceptibles d'une réorientation professionnelle.

Il existe un problème de représentation des différents métiers dans la perception de la population.

A noter que la dynamique pour les professions médicales est différente : il y a largement assez de jeunes intéressés par les études de médecine. Le problème se situe au niveau des orientations de carrière, et cela ne passe pas par des actions de communication en dehors de celles très spécifiques envers les étudiants.

C.2. Situation dans d'autres cantons

Les actions menées dans d'autres cantons ont été analysées afin d'identifier des actions qui pourraient apporter des réponses intéressantes dans le contexte genevois. Les cantons plus particulièrement analysés sont les suivants :

- Vaud
- Berne
- Zürich
- Bâle

En outre, considérant que la pénurie des professionnels de la santé est une problématique partagée par de nombreux pays, des actions menées à l'étranger ont également été étudiées.

C.2.1. Vaud

Dans son rapport de politique sanitaire 2008-2012, le Conseil d'Etat vaudois a fait du renforcement des efforts pour assurer une offre suffisante en personnels de santé une de ses lignes directrices. Cette orientation s'est traduite par l'annonce d'une série d'actions qui s'articulent autour de 5 axes :

- l'attractivité des professions et le recrutement (attirer les jeunes vers des carrières de soins, faciliter l'équilibre entre vie personnelle et familiale et activité professionnelle, aider à la reprise d'une activité après une interruption de plusieurs années)
- l'adaptation de la capacité de formation (Médecins, infirmières, ASSC) (faire correspondre la politique de formation aux besoins, tant au niveau qualitatif que quantitatif. Prise en compte des besoins futurs relatifs aux évolutions démographiques et épidémiologiques)
- la coopération entre les acteurs fournisseurs de soins (autour de filières de soins et des itinéraires cliniques, avec une répartition des compétences et un partage des responsabilités repensés))
- l'évolution des métiers (place des ASSC et des ASE et rôle des infirmières de pratique avancée)
- la médecine de premier recours (modèles d'organisation en réseau et multidisciplinaires, maisons de santé, cabinets de groupe)

C.2.2. Berne

Dans sa planification des soins pour 2011-2014 (approuvée par le Conseil exécutif le 24 août 2011), la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne a décidé de consentir d'importants efforts pour former un nombre suffisant de professionnels de la santé en vue d'assurer une bonne couverture des soins. Elle concentre ses efforts stratégiques sur l'exploitation du potentiel de formation pratique des établissements et le maintien du personnel, tout en continuant d'appliquer les stratégies et mesures qui ont fait leurs preuves par le passé. Pour cela, elle a défini 4 stratégies parallèles (les 3 premières concernent les professions non universitaires)

- Exploitation du potentiel de formation pratique des établissements avec le soutien du canton dans le but d'augmenter le nombre de places de formation (stages, formation duale etc.). Mise en place d'un modèle « d'incitation-punition » appelé « modèle bernois » : définition du potentiel de formation de chaque établissement ; définition, sur la base d'une pondération établie par le canton, d'un forfait pour chaque prestation de formation ; calcul de l'indemnité de formation globale due à l'établissement ; paiement supplémentaire du canton ou remboursement et/ou paiement compensatoire de l'établissement (en cas de prestation de formation nettement insuffisante). A noter que les établissements peuvent définir eux-mêmes le nombre et la nature des places de formation. En cas d'adaptation complète aux besoins, les coûts d'indemnisation des prestations de formations des établissements se monteraient à 30.2 mio de CHF, dont 23.4 mio de CHF à la charge du canton (pour comparaison, 21.0 mio de CHF ont été prévus dans le budget 2011). Cependant, étant donné que les assureurs-maladie participeront aux frais de formation du secteur hospitalier dès 2012, le coût supplémentaire maximal à charge du canton est estimé à 2.4 mio de CHF.
- Soutien des efforts consentis par les établissements et les associations pour maintenir les professionnels dans le système dans le but d'augmenter la durée moyenne d'exercice dans la profession. L'objectif pour le canton est d'identifier durant la période 2011-2014 les mesures susceptibles d'être les plus efficaces, ceci en collaboration avec les établissements ; dans un premier temps, l'objectif est de déceler les principaux motifs qui incitent les professionnels à quitter les métiers de la santé.
- En collaboration avec les organisations partenaires, poursuite des mesures cantonales de recrutement de la relève pour susciter l'intérêt et l'envie de pratiquer un métier de la santé (le canton souhaite renoncer peu à peu à la mise en œuvre opérationnelle pour se limiter au financement).
- En coordination avec les efforts nationaux, durant la période 2011-2014, identification des champs d'action cantonaux pour garantir la relève médicale dans les hôpitaux ainsi qu'en médecine de premier recours. Pour le domaine hospitalier, les analyses portent en priorité sur les formations postgrade menant au titre de médecin spécialiste (état des lieux pour chacune des spécialités ; planification des besoins ; identification des possibilités d'action). Pour le domaine du premier recours, poursuite notamment du projet de formation postgrade des médecins en cabinet médical (assistantat au cabinet

médical) : coût sur 2011-2012 de 1.2 mio de CHF dont $\frac{3}{4}$ à la charge du canton et $\frac{1}{4}$ à la charge des médecins établis qui participent au projet.

C.2.3. Zürich

Lors de la conférence annuelle du 30.11.2010 de la formation professionnelle dans le domaine de la santé, les représentants issus du politique, de la santé, de la formation, de l'ORTRA ZH et des employeurs ont défini un programme en quatre points pour assurer en quantité et en qualité la relève pour la population zurichoise.

- Encouragement de la relève : obtenir un nombre suffisant de candidats pour tous les niveaux de formation ; mobiliser les employés pour rester dans la profession avec un travail attractif et des perspectives de carrière ; mobiliser les personnes entre 35 et 45 ans qui souhaitent entrer ou faire un retour dans le monde professionnel en les attirant avec des offres de formations attrayantes. Dans les actions prévues, on peut notamment relever l'élargissement du profil « sciences naturelles » en « sciences naturelles et santé » à l'école de culture générale pour permettre aux diplômés d'entrer à la HES-santé. ; la volonté de développer des modèles de formation complémentaires pour les personnes qui souhaitent faire un retour professionnel ; la mise en place d'offres de formation ciblées (e-learning, enseignement à distance, offres modulaires) ; la possibilité de faire des formations à temps partiel ou en cours d'emploi.
- Marketing : l'objectif est de toucher tous les groupes cibles par une information et une communication active. La campagne publicitaire pour les professions « am Puls des Lebens » (www.puls-berufs.ch) est maintenue mais les cibles sont élargies.
- Base de données : décision de créer un groupe de travail qui s'assure de la mise en place en 2012 d'une base de données standardisée permettant l'échange d'informations ainsi que la conduite et la coordination des mesures de formation dans le domaine de la santé.
- Rôle des employeurs : les organisations dans le domaine de la santé renforcent leur volonté de formation et augmentent leur offre de formations et de stages. Ils mettent en place des concepts adaptés pour améliorer l'attractivité du travail et augmenter la durée d'exercice de la profession. Mise en place entre-autres d'un groupe de travail pour analyser le financement de la formation professionnelle.

C.2.4. Bâle

A Bâle-Ville, les autorités considèrent qu'il n'y a pas (encore) de pénurie à proprement parler, bien que dans les EMS, un manque de personnel soignant commence à se faire sentir. La situation est cependant très proche de celle de Genève, puisqu'une proportion très importante des professionnels de la santé actifs dans le Canton sont formés à l'étranger. Clairement, il y a un déséquilibre important entre capacité de formation et besoins en professionnels de la santé, et donc une pénurie du même type qu'à Genève.

Suite aux prévisions du Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009 de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de OdASanté, l'organisation nationale faîtière du monde du travail en santé, et sous l'impulsion des réformes en matière de formation du personnel de la santé, une série de mesures a été pris :

- Le Département de la Santé de Bâle-Ville engage les employeurs (hôpitaux, EMS, centres de soin et prestataires de soins à domicile), dans le cadre des conventions des prestations, à offrir des places de formations (objectifs chiffrés), condition préalable pour pouvoir figurer sur la liste cantonale des prestataires de soins et recevoir des mandats de prestations.
- L'OdASanté et le Centre de formation santé de Bâle-Ville (« Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt BZG ») ont collaboré pour élaborer un concept et un guide pratique « Skill & Grademix » en vue d'optimiser le recours au personnel en place dans les organisations. Ce projet a été financé par les demi cantons Bâle-Ville et Bâle-Campagne. Un service de conseil et de soutien est également offert.

- Le BZG et l'OdASanté offrent également un service d'information et de conseil pour aspirants, y compris une ligne téléphonique de renseignements. Ce service est financé paritairement par les deux demi-cantons ; l'OdASanté met à disposition des locaux et l'administration.
- Des journées d'information et de portes ouvertes sont régulièrement organisées avec les employeurs ainsi que dans les écoles préparatoires. Les deux cantons soutiennent également la promotion des professions de la santé à travers des annonces publicitaires et la participation dans les foires professionnelles et autres.
- La Croix Rouge Suisse de Bâle-Ville a commencé à offrir des cours d'allemand spécialisés pour des personnes de langue étrangère résidant en Suisse. Ces cours sont subventionnés par les deux demi cantons.⁶

D'autres mesures sont discutées, mais pas encore mises en œuvre :

- Une campagne d'image est en exécution partielle. Le Département de la Santé a soutenu l'effort avec un financement de départ.
- Élargissement de l'offre de formation pour personnes en activité – un projet pilote prévu en 2012
- Recrutement de personnel venant d'autres horizons ayant des obligations familiales (budget non encore approuvé de CHF 560'000 par an)
- Augmentation des places d'apprentissage ASCC, considéré comme le vivier principal pour la formation d'infirmier diplômé ES
- Soutien à la mise en place de modèles « Skill & Grade Mix » dans les institutions
- Soutien à l'amélioration des conditions de travail

Selon l'administratrice d'OdA Santé des deux Bâle, Madame Romy Geisser Roth, Bâle-Ville a pu éviter la pénurie jusqu'à présent notamment grâce à l'apport étranger. Entre 40 et 45% du personnel soignant est étranger, dont une grande partie sont des frontaliers. La situation semble encore plus prononcée au niveau des médecins, où la question deviendra probablement plus aigüe dans un avenir proche à cause du nombre de médecins de famille qui prendront leur retraite. Alors qu'il s'agit d'une question d'éthique, le recours aux frontaliers n'est pas (encore) devenu une question politique dans le canton. Eventuellement problématique pour les petites cliniques dans les zones frontalières en Allemagne et en France, les autres institutions peuvent se rabattre sur d'autres pays européens. Par contre, si les conditions de travail en Suisse devaient se détériorer, il est à craindre que le système implose rapidement.

⁶ Source : Medical Tribune, 44/4, 28 janvier 2011, p. 2