



**Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil  
à l'appui**

- **d'un projet de loi d'exécution de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers**
- **d'un projet de décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 21'100'000 francs destiné à la mise en œuvre de l'encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique de l'offensive de formation prévue par l'initiative sur les soins infirmiers pour la période 2024-2032 et à de premières mesures d'accompagnement**

(Du 14 février 2024)

---

Madame la présidente, Mesdames et Messieurs,

**RÉSUMÉ**

*Le présent rapport dessine les contours de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers dans le Canton de Neuchâtel. Il vise à donner au Grand Conseil une information suffisamment large sur cette dernière, à lui soumettre un projet de loi permettant la mise en application de l'ensemble des éléments de la première phase de l'initiative et à lui soumettre le traitement des articles 2 à 5 de la loi fédérale d'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers (ci-après la loi fédérale) (soit l'encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique). Une planification par étapes, tenant compte des phases définies par le Conseil fédéral, est proposée. Les options prises ont été approuvées à l'unanimité par le Conseil de santé lors de sa séance du 30 janvier 2024.*

**1. INTRODUCTION**

Le 28 novembre 2021, l'initiative « Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers) » a été acceptée par le peuple et les cantons, à 61% (et à près de 64 % dans le canton). Suite à cette décision populaire, le Conseil fédéral a décidé de mettre en œuvre le nouvel article 117b de la Constitution fédérale (Cst.) et les dispositions transitoires de l'article 197, chapitre 13, en deux étapes. La première, dite offensive de formation, vise à augmenter le nombre de diplômes en soins infirmiers. La seconde vise à améliorer les conditions de travail ainsi que les possibilités de développement professionnel des infirmiers-ères.

La mise en œuvre de la première phase de l'initiative est du ressort des cantons sur base de la loi fédérale citée ci-dessus<sup>1</sup>. Considérant les avancées fédérales et cantonales, et tenant compte de la réalité et des besoins des institutions de santé et des écoles, il s'agit de décliner une feuille de route, réaliste et efficace, tout en définissant le rythme, progressif, de sa mise en œuvre. Obliger les institutions de santé à former des infirmiers-ères, même en s'inspirant d'un modèle éprouvé (modèle bernois, voir ci-après), constitue un défi légal, financier et opérationnel. Il s'agit donc de proposer ici une approche par étapes, une planification respectueuse des phases voulues par la Confédération, mais respectueuses aussi des différents partenaires directement concernés.

Le Parlement fédéral a adopté la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers en décembre 2022. La Confédération élabore actuellement les ordonnances correspondantes<sup>2</sup>. La loi et ses ordonnances devraient entrer en vigueur à la mi-2024, avec la possibilité de solliciter les aides financières de la Confédération dès le printemps.

Le présent document est donc le premier rapport sur le sujet. Il sera suivi par d'autres, au fur et à mesure de la mise en œuvre des dispositions fédérales. Il rappelle les grandes lignes de l'initiative pour des soins infirmiers forts (chapitre 2), situe le contexte de pénurie dans lequel s'inscrit cet objet (chapitre 2) et présente la structure de conduite mise en place dans le canton afin d'y répondre (chapitre 3). Il clarifie les phases et étapes envisagées (chapitre 3) et explicite la mise en œuvre des articles 2 à 5 de la loi fédérale (traitement de la section 2 de cette dernière, soit les éléments relatifs à l'encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique) (chapitre 4). Ce découpage permet d'aller vite là où cela semble possible, de monter « dans le premier train » quant aux demandes de subventions pour les aides fédérales en lien avec l'obligation de formation pour les institutions de santé (les demandes de subventions sont à faire par thématiques et non en une seule fois), mais aussi d'organiser et de coordonner au mieux d'autres volets, telles les contributions aux écoles supérieures (art. 6) ainsi que les aides à la formation (art. 7). C'est aussi un découpage qui permet de respecter le champ de compétence de chacun. L'encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique, sujet traité ici, est avant tout du ressort du Département en charge de la santé. Les articles 6 et 7 impliquent davantage respectivement le Département en charge de la formation et celui en charge des bourses et prêts d'études.

Finalement un projet de loi vous est présenté (chapitre 5), offrant un cadre général à la mise en œuvre de cette première phase de l'initiative.

Un récapitulatif des conséquences financières (chapitre 6) et en personnel (chapitre 7) de cette première phase est lui aussi présenté.

## **2. CONTEXTE**

### **2.1 L'initiative sur les soins infirmiers**

L'initiative « pour des soins infirmiers forts », lancée par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), sous la forme de l'introduction d'un article, 117b, dans la Constitution fédérale, demande à la Confédération et aux cantons de reconnaître que les soins infirmiers sont une composante importante des soins et de les soutenir.

En raison du vieillissement démographique et du nombre croissant de maladies chroniques notamment, le besoin de soins ne cesse de croître. Il faut donc former plus de soignant-e-s et s'assurer qu'ils restent dans le métier pour maintenir la qualité des soins à son niveau actuel et garantir que tout le monde ait accès à des soins de qualité. La Confédération et les cantons auront alors à s'assurer qu'il y ait suffisamment d'infirmiers-ères diplômé-e-s. En outre, les soignant-e-s

---

<sup>1</sup> Extrait du message du Conseil fédéral concernant l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers du 25 mai 2022 (FF 2020 I 1498), chapitre 4.3 : « Les cantons devront déterminer les besoins en places de formation pratique pour les infirmiers ES et HES [...] Ils accorderont des contributions aux acteurs de la formation pratique pour leurs prestations et détermineront, pour chaque acteur, les prestations imputables (art. 5, al. 1). Les cantons ou les communes qui ne connaissent pas encore d'obligation de formation dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile ou de rémunération des prestations de formation pratique devront l'introduire et assurer le financement de la rémunération des acteurs de la formation pratique ».

<sup>2</sup> La consultation a pris fin, fin novembre 2023.

devront être affecté-e-s à des tâches qui correspondent à leur niveau de formation et à leurs compétences.

Cet objet a été accepté à la double majorité du peuple suisse, avec 61% des voix, et des cantons (tous sauf un), le 28 novembre 2021. Dans le canton, l'acceptation a atteint presque 64%.

Le Conseil fédéral a décidé de mettre en œuvre cette décision populaire en deux étapes ; la première comprend une offensive pour les formations en soins de niveau tertiaire et la possibilité pour les soignant-e-s de facturer certaines prestations de soins directement à l'assurance obligatoire des soins (sans nécessité de prescription médicale). La seconde comprend la mise en œuvre de mesures visant notamment à améliorer les conditions de travail et les possibilités de développement professionnel dans le secteur des soins infirmiers.

### L'offensive de formation

La première phase de l'initiative sur les soins infirmiers comporte trois volets, résumés ici par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2023) :

- contributions des cantons aux établissements de santé pour la promotion de la formation pratique et soutien financier de la Confédération aux cantons à cet effet ;
- aides aux futurs infirmier-ère-s suivant une formation dans une école supérieure (ES) ou dans une haute école spécialisée (HES) afin de garantir leurs moyens de subsistance ; soutien financier de la Confédération aux cantons ;
- augmentation du nombre de diplômes en soins infirmiers dans les ES, par le biais de contributions des cantons aux ES et de la Confédération aux cantons ; augmentation du nombre de diplômes en soins infirmiers dans les HES par le biais de contributions de la Confédération à celles-ci.

Ces aspects se déclinent au travers des articles de la nouvelle loi fédérale. Le tableau 1 suivant expose les grandes lignes des articles 2 à 7, soit les sections 2, 3 et 4 de la loi. Il convient d'emblée de souligner que les dispositions de la loi fédérale s'imposent aux cantons.

**Tableau 1 - Article 2 à 7 de la loi fédérale à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers**

<b>SECTION 2 – Encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique</b>	
Planification des besoins (art. 2)	Les cantons déterminent les besoins en places de formation pratique. Ils tiennent compte de la planification cantonale des soins ainsi que des places de formation et d'étude existantes.
Critères de calcul des capacités de formation (art. 3)	Les cantons fixent les critères permettant de calculer les capacités de formation. Ils tiennent compte du nombre d'employé-e-s, de la structure et de l'offre de prestations des organisations et des institutions.
Plan de formation (art. 4)	Les acteurs qui proposent une formation pratique doivent élaborer un plan de formation mentionnant notamment les RH, l'infrastructure ainsi que les objectifs et les grands axes de la formation pratique.
Contributions des cantons (art. 5)	Les cantons rémunèrent les acteurs de la formation pratique pour leurs prestations. Ils déterminent pour chaque acteur les prestations imputables en tenant compte des critères définis aux articles 3 et 4.
<b>SECTION 3 – Contributions aux écoles supérieures</b>	
Contributions aux ES (art. 6)	Les cantons accordent des contributions aux ES pour une augmentation du nombre de diplômes conforme au besoin. Ils tiennent compte des critères visés à l'article 2 et déterminent les modalités pour l'octroi des contributions.

<b>SECTION 4 – Aides à la formation</b>	
Aides à la formation (art. 7)	Les cantons accordent des aides aux infirmiers-ères en formation afin qu'ils puissent suivre la formation en soins infirmiers ES ou HES tout en subvenant à leurs besoins. Ils fixent les modalités et l'étendue de ces aides.

Aux éléments résumés ci-dessus s'ajoute, comme indiqué, la possibilité nouvelle pour les professionnel-le-s des soins de facturer directement certaines prestations aux assurances sociales<sup>3</sup>, ainsi qu'un programme d'encouragement visant à promouvoir l'efficacité dans le domaine des soins médicaux de base.

Durant huit ans, la loi fédérale permettra d'encourager la formation grâce à un montant allant jusqu'à un milliard de francs, versé par la Confédération et les cantons. La Confédération prend en charge au maximum la moitié des coûts des cantons.

### **Vers une amélioration des conditions de travail et des possibilités de développement professionnel**

Cette seconde phase englobe l'ensemble des autres points de l'article 117b, respectivement l'article 197, chapitre 13, de la Constitution fédérale, soit surtout les conditions de travail adaptées aux exigences, la rémunération appropriée des prestations de soins et les possibilités de développement professionnel.

Dans les faits, en janvier 2023, le Conseil fédéral a adopté de premières propositions concernant le contenu de la deuxième étape. Un mandat a été donné par le Conseil fédéral à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de concert avec l'Office fédéral de la justice (OFJ), le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) et le Secrétariat d'État à l'économie (SECO), visant à déterminer les responsabilités inhérentes à la suite de la procédure et de proposer des mesures possibles. Il est notamment question de l'allongement du délai d'annonce des plans de service, de suppléments de salaire pour les missions de travail à court terme, de réglementation d'une obligation de négocier une Convention collective de travail (CCT), et d'obligation envers les associations de fournisseurs de prestations d'élaborer des recommandations relatives à un « skill grade mix » optimal. Divers mandats d'examen sont attribués. Ils visent l'actualisation du contrat-type de travail, la délimitation de mesures de compensation en cas de pénuries de personnel temporaires et en cas de crise.

Au printemps 2024, une consultation sera ouverte sur la nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail adaptées aux exigences dans le domaine des soins ainsi que sur la révision de la loi fédérale sur les professions de la santé.

À ce titre, on relèvera d'ores et déjà l'importance croissante que prendra dans le canton l'existence d'une convention collective de travail très largement appliquée pour concrétiser les termes de l'initiative et de la législation fédérale.

## **2.2 Le contexte de pénurie**

Si la pénurie touche de nombreuses professions<sup>4</sup>, elles aussi affectées par les grands défis démographiques et le plein-emploi, elle est particulièrement aigue – notamment parce que le

<sup>3</sup> « La possibilité de fournir certaines prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que des soins de base sans prescription médicale vise à valoriser les compétences des infirmiers-ères et à renforcer leur rôle dans le domaine des soins de base. La loi fédérale sur l'assurance-maladie sera modifiée en conséquence. Le Conseil fédéral désignera les prestations concernées par voie d'ordonnance. Un mécanisme de contrôle, qui devra être négocié entre les partenaires tarifaires, permettra d'éviter une hausse injustifiée des coûts de la santé ». Office fédéral de la santé publique OFSP. Division professions de la santé. Sections Soins de base professions de la santé. Récupéré sur <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative/vi-pflegeinitiative-etappe1.html#-93942963>

<sup>4</sup> Pour exemple, l'Union patronale suisse fait état d'un taux de chômage historiquement bas, 1.9% en juin 2023 et d'un nombre de places vacantes historiquement élevé avec plus de 130'000 postes non occupés. « Après avoir bondi de 69% en 2022, l'indice de la pénurie de main-d'œuvre en Suisse a crû encore de 24% cette année, selon les données d'Adecco Suisse et du Moniteur du marché de l'emploi suisse de l'Université de Zurich [...] Les postes dans la santé, l'informatique et l'ingénierie restent difficiles à pourvoir, dans un marché de l'emploi tendu ». Récupéré de :

vieillesse démographique affecte à la fois l'offre et la demande de ressources humaines – dans le domaine de la santé. La mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers s'inscrit dans ce contexte spécifique.

Il s'agira, d'autant plus dans les prochaines années, de parvenir à mobiliser les ressources humaines en direction de ces professions. De nombreuses pistes existent, et de nombreuses mesures sont d'ores et déjà déployées, mais elles seront inévitablement à amplifier. Il y a les défis financiers que représentent ces enjeux mais le système de santé va se confronter de plus en plus aux limites de disponibilité des ressources humaines, et il est primordial d'en avoir conscience. Les professionnel-le-s de santé manquent et manqueront de plus en plus. La crise de la COVID-19 « n'a fait que révéler une crise qui couvait depuis des années [...] Il s'agit avant tout d'une crise de main-d'œuvre » (Pons-Vignon, 2024<sup>5</sup>). Selon l'OCDE (2023), cette demande augmentera de près de 40% d'ici 2033 dans le domaine des soins de longue durée.

Outre la voie de la formation initiale, et l'offensive de formation proposée par l'initiative, la mobilisation de ces ressources devra sans nul doute aussi passer par des mesures d'insertion sur le marché du travail, via des reconversions professionnelles, ou encore l'intégration de personnes récemment arrivées en Suisse par l'immigration.

Le besoin de « main-d'œuvre » est tel qu'il faudra y répondre par le biais de mesures adaptées, tout en veillant à ne pas alimenter simplement une « spirale inflationniste » qui verrait chaque profession souffrant de pénurie améliorer systématiquement ses conditions de travail, alors que le problème de fond demeure, celui d'un manque général de main-d'œuvre dans un contexte de vieillissement de la population.

Reste que, dans un tel contexte, les secteurs ou les régions qui ne suivraient pas au moins l'évolution moyenne des conditions de travail verraient la pénurie s'aggraver plus rapidement pour eux. Ce d'autant plus que les spécificités de ces métiers en font des professions peu propices à la concrétisation de certaines aspirations nouvelles, plus largement certaines évolutions sociétales ; la pratique du travail à domicile y est rarement possible, et les sollicitations irrégulières sont nombreuses. Certains chercheurs-euses, dont Pons-Vignons (2024, pp. 9-11), en appellent d'ailleurs à renforcer, au contact des « salarié-e-s », la compréhension de ce qui se passe dans leur quotidien ; restructuration de l'organisation du travail en fonction de tâches prédéfinies, dans un contexte d'imprévus constants, face à des femmes et des hommes mus par la logique du soin<sup>6</sup>, le tout pour aboutir à un sentiment de débordement permanent renforçant les absences, les demandes fréquentes de remplacement au pied levé et, in fine, le sentiment de manque de reconnaissance.

Les améliorations à envisager<sup>7</sup> sont donc davantage à trouver dans les capacités à planifier des horaires et des temps de repos, à reconnaître le travail irrégulier, à organiser les tâches et à les attribuer aux bonnes personnes, ou encore à renforcer la conciliation vie privée-vie professionnelle, par exemple via des solutions de gardes adaptées au plus grand nombre.

Le défi est donc de taille, et implique la contribution de nombreux acteurs. Il s'agira de maintenir les mesures existantes mais aussi de les renforcer partout où cela est possible. « *Les activités de recrutement, de formation, de maintien et de déploiement du personnel sont interdépendantes et nécessitent l'appui de tous les acteurs impliqués* » (2021, p.102)<sup>8</sup>.

---

<https://www.rts.ch/info/economie/14508408-la-penurie-de-maindoeuvre-reste-pregnante-en-suisse.html#:~:text=Apr%C3%A8s%20avoir%20bondi%20de%2069,avant%20pour%20expliquer%20cette%20persistance.>

<sup>5</sup> Pons-Vignon (2024), conférence « quand l'inattendu est récurrent : les défis de la normalisation du travail dans les soins de longue durée. 34<sup>e</sup> séminaire ch – « Gouverner aujourd'hui ». Voir aussi Bally et al. 2023.

<sup>6</sup> Voir Juven P.-A (2012), « Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient, A. Mol », *Sociologie du travail*, Vol. 54 - n° 4 | 2012, 542-544.

<sup>7</sup> Il est intéressant que les variables qui poussent à rester ou au contraire à quitter la profession mises en évidence par l'étude SCOPICA (cohorte suisse des professionnel-le-s de santé et des proches aidant-e-s) actuellement en cours se rapprochent beaucoup de celles qui seront abordées lors de la phase 2 de la mise en œuvre de l'initiative, avec parmi les plus importantes, l'équilibre travail-vie personnelle, le sens du travail et la charge de travail.

<sup>8</sup> Merçay, C., Grünig, A., & Dolder, P. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève. Neuchâtel: L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN).

### **3. MISE EN ŒUVRE DE L'INITIATIVE SUR LES SOINS INFIRMIERS**

#### **3.1 Conduite du projet, partenaires**

La gestion et la coordination du projet reviennent au service cantonal de la santé publique (SCSP). Les travaux sont menés sous la conduite d'un COPIL, co-piloté par le Département des finances et de la santé (DFS) et le Département de la formation, de la digitalisation et des sports (DFDS), en y associant le Département de l'emploi et de la cohésion sociale (DECS) pour les sujets le concernant (mesures d'intégration professionnelle, intégration de migrant-e-s sur le marché du travail ainsi que les aides à la formation). Les services suivants y sont représentés : service cantonal de la santé publique (SCSP), service des formations postobligatoires et de l'orientation (SPFO), service de l'emploi (SEMP), service de l'action sociale (SASO), service des migrations (SMIG). Le COPIL s'est réuni pour la première fois à la fin de l'année 2023. Sa prochaine séance se tiendra encore durant l'hiver 2023-2024.

Ledit COPIL est soutenu dans ses réflexions par un groupe d'accompagnement « SANTE »<sup>9</sup>, présidé par le SCSP, ainsi que par un groupe « FORMATION »<sup>10</sup>, présidé par le SFPO. Une séance du groupe SANTE s'est tenue en décembre 2023, janvier et février 2024 pour le groupe FORMATION. Le souhait est clairement d'impliquer davantage encore les partenaires dans les étapes à venir.

#### **3.2 Phases et étapes**

Vu les différentes phases de la mise en œuvre de cette initiative, l'étendue de certains points<sup>11</sup> et les multiples questions à traiter – aux confins de différents domaines et Départements – les calendriers de ces dernières, vu également l'élaboration en cours des ordonnances correspondantes par la Confédération, les appels à coordonner certaines pratiques, le souci de garantir la cohérence avec les prestations déjà existantes (on peut penser ici aux aides à la formation), les demandes de subventions à solliciter via des canaux différents, ou encore les mesures fédérales à venir, un découpage spécifique, respectueux des deux phases voulues par la Confédération, est proposé.

Dans les faits, comme annoncé en introduction, le projet de loi et décret financier accompagnant ce rapport ambitionne d'offrir les bases légales nécessaires à la mise en œuvre de cette première phase, ainsi que le traitement de fond des articles 2 à 5 de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, soit sa section 2 dédiée à l'encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique. Il s'agit aussi de faire apparaître la nécessité de premières mesures d'accompagnement.

Cette manière de procéder permet de s'adapter à l'évolution du dossier, de respecter les champs de compétences concernés, mais aussi d'aller vite lorsqu'il est raisonnable de l'envisager, et de ralentir et se laisser le temps lorsque cela paraît nécessaire.

La proposition formulée dans ce rapport est donc structurée et efficace, et elle permet des actions rapides, dont une première demande de subventions fédérales (via la mise en œuvre de l'article 5). À l'inverse, il paraît nécessaire de s'accorder encore un peu de temps dans la mise en œuvre des

---

<sup>9</sup> Le groupe SANTÉ est composé de représentant-e-s de l'office du maintien à domicile et de l'hébergement (OMDH), de l'office des hôpitaux et des institutions psychiatriques (OHIP), le réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), swiss medical network (SMNH), Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA), Association des institutions d'aide et d'accompagnement aux aîné.es (Un jour aîné.es), soins à domicile – aide et soutien - NOMAD, Croix-Rouge, ligue pulmonaire, soins à domicile de la Côte, représentant CCT 21 et finalement l'Association suisse des infirmiers-ères, section Neuchâtel-Jura (ASI), à l'origine de l'initiative.

<sup>10</sup> Le groupe FORMATION est composé de représentant-e-s de l'office des hautes écoles et de la recherche (OHER, présidence), de l'office des formations professionnelles et académiques (OFPA), de la Haute École Arc Santé (HE-ARC), du Centre de formation professionnelle Berne francophone SANTÉ-SOCIAL (CEFF), du Centre de formation professionnelle neuchâtelois pôle Santé et Social (CPNE-2S), des cantons de Berne et du Jura, de l'OrTra Neuchâtel santé-social et finalement l'Association suisse des infirmiers-ères, section Neuchâtel-Jura (ASI), à l'origine de l'initiative.

<sup>11</sup> Pour les aides à la formation par exemple, article 7, on peut partir sur des programmes « proches » des bourses destinés par exemple à des étudiant-e-s « tardifs-ives », des programmes de réinsertion professionnelles, de reconversion, de captation du côté de l'asile, multipliant ainsi le nombre de partenaires concernés. À ce sujet, la notion de reconnaissance des diplômes étrangers devra être analysée et les démarches à faire afin d'obtenir cette reconnaissance (avec ou sans exigences de formation(s) complémentaire(s)), identifiées.

contributions aux formations en ES (art. 6)<sup>12</sup> ainsi que des aides à la formation (art. 7) par exemple, afin de coordonner ces aspects avec d'autres cantons et éviter, ou pour le moins limiter, la « mauvaise » concurrence qui résulterait de mesures non concertées. Un deuxième rapport devra donc être établi, vraisemblablement encore courant 2024, pour clarifier les derniers éléments de cette offensive de formation et y intégrer les préparatifs de la très attendue phase 2. C'est qu'académicien-ne-s et professionnel-le-s du monde de la santé et de la formation s'accordent à dire qu'il ne sert à rien de renforcer le nombre d'apprenant-e-s si le domaine ne parvient pas à conserver ses professionnel-le-s.

Ce premier rapport offre donc une base légale permettant la mise en œuvre de l'ensemble de la première phase de l'initiative, mais se limite au traitement de fond, avec estimations financières et conséquences en ressources humaines, des articles 2 à 5. Le cadre général est posé puis un traitement par section de la loi fédérale est proposé. Dans le cadre du présent rapport, on traite la section 2 de la loi. Dans un prochain, ce sont les sections 3, avec l'article 6 qui relève avant tout de la compétence du SFPO, et 4, avec l'article 7, qui relève avant tout de la compétence du SASO et du SMIG, qui seront traitées. On y ajoutera encore le traitement de l'obligation de former des assistant-e-s en soins et santé communautaire (ASSC), non couverte par la loi fédérale (obligation contenue dans la proposition de loi cantonale faite ici). Concrètement, il s'agira d'affiner les dispositifs, au travers de travaux à mener avec les groupes d'accompagnement SANTÉ et FORMATION, et de chiffrer les conséquences financières et en ressources humaines de ces nouvelles dispositions. Les chiffres posés dans le présent rapport couvrent donc le traitement de la mise en œuvre de la section 2 de la loi, soit les articles 2 à 5. Le besoin y est estimé pour l'ensemble de la période 2024-2032 et ne pourrait être revu qu'à la baisse. L'annexe 1 offre un résumé de ces différentes dimensions. Les éléments en bleu sont les éléments traités dans le présent rapport.

Notons encore que la structure de conduite du projet permettra de mener ces réflexions de fond, en parallèle de celles menées dans d'autres cantons et des avancées fédérales. Il ne s'agit donc ici, avec ce rapport, que du début d'un processus qui cherchera à intégrer le fruit de travaux précédents<sup>13</sup>, les besoins et observations des institutions de santé et de formation, les objets politiques en cours<sup>14</sup> et les développements futurs<sup>15</sup>. Elle permettra aussi, au besoin et si souhaité, une fois le périmètre de l'initiative sur les soins infirmiers couvert, de penser les questions de relève d'autres professionnel-le-s de la santé.

## **4. MISE EN ŒUVRE DE L'ENCOURAGEMENT DES PRESTATIONS FOURNIES PAR LES ACTEURS DE LA FORMATION PRATIQUE**

### **4.1 Planification des besoins (art. 2)**

D'ici au 31 janvier 2024<sup>16</sup>, les cantons étaient tenus de déterminer les besoins de relève, en place de formation. Pour ce faire, ils doivent notamment tenir compte de la planification cantonale des soins.

L'intention était de répondre à la demande tout en développant une modélisation dynamique, en mesure d'accompagner les travaux tout au long des étapes de la mise en œuvre de l'initiative.

---

<sup>12</sup> Les contributions aux hautes écoles spécialisées ne sont pas visées par la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. L'offensive formation en personnel soins infirmiers HES sera financée via les contributions liées à des projets en vertu de la LEHE (art. 59), à raison d'une contribution propre des cantons et des HES à hauteur de 50%.

<sup>13</sup> On peut penser aux mesures préconisées dans le rapport ENKIDU.

Récupéré sur [https://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2017/17019\\_CE.pdf](https://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2017/17019_CE.pdf)

<sup>14</sup> On pense notamment ici aux recommandations 20.136, 20.143 ainsi qu'au postulat 22.323.

<sup>15</sup> On peut penser ici à la prochaine politique sanitaire du canton, sachant l'importance des questions de relève des professionnel-le-s de santé.

<sup>16</sup> Dans le courriel envoyé par la CDS le 18 octobre 2023, l'OFSP et le SEFRI ont demandé aux cantons de communiquer à l'OFSP leurs chiffres sur les besoins en personnel de soins d'ici la fin du mois de janvier 2024. Sur la base de ces données, l'OFSP calculera les valeurs indicatives (pour les domaines de mesures portant sur la formation pratique et les aides à la formation) et le SEFRI, le montant auquel chaque canton a droit (pour les mesures ES) conformément à l'article 10 de l'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. Les valeurs indicatives permettent à l'OFSP de répondre à la demande des cantons de disposer d'un point de repère leur servant à connaître la part des subventions fédérales sur laquelle ils peuvent compter à titre indicatif.

Cette planification des besoins devait être effectuée et pour les infirmiers-ères, soit le cadre de l'initiative, et pour les assistant-e-s en soins et santé communautaire<sup>17</sup>. Dans le projet de loi, ces questions sont réglées au chapitre 2.

## Définitions

On distingue classiquement le besoin de relève (1), du besoin en diplômés (2), du besoin en nouveaux-elles entrant-e-s (3).

Le premier des trois correspond aux besoins supplémentaires estimés pour soutenir l'évolution du recours aux prestations de soins auxquels viennent s'ajouter, pour aboutir au deuxième, les besoins en remplacement (départ à la retraite et sorties précoces de la profession). Le besoin en diplômé-e-s consiste à considérer le besoin de relève établi en 1 et à y ajouter un complément afin de « compenser » les personnes qui entament après leur diplôme ou une première période professionnelle une activité hors du domaine de la santé. La valeur de référence nationale donnée est de 18%. Finalement, par le besoin en nouveaux-elles entrant-e-s, on souhaite mettre en évidence que certain-e-s étudiant-e-s abandonnent leur formation en cours de route et qu'il convient de considérer ce chiffre en plus des besoins en diplômé-e-s. Ici aussi une valeur de référence nationale est proposée. Elle est de 13%.

## Méthode

Le service de statistique (STAT) du Canton de Neuchâtel, conjointement avec le SCSP, s'est appuyé sur l'approche méthodologique développée par l'Observatoire de la Santé (OBSAN) afin de répondre à ce même besoin pour le Canton du Valais<sup>18</sup>. Sur la base de la composition et de l'évolution du personnel de soins et d'accompagnement en Valais, dans les différents domaines de soins, de 2012 à 2019, des projections concernant les besoins de relève à l'horizon 2030 sont proposées. Pour ce faire, deux composantes principales sont considérées : 1) les besoins en personnel supplémentaire, liés à l'évolution de la demande de soins et 2) les besoins en remplaçant découlant des départs / sorties de la profession (retraite, sorties précoces de la profession, abandon de la formation, ...).

Le modèle élaboré pour le Canton de Neuchâtel tient compte de trois secteurs de soins (hôpitaux, établissements médico-sociaux, ci-après EMS, et soins à domicile) et considère quatre niveaux de formation (tertiaire, CFC, AFP, autre/sans formation). Il offre une projection des besoins couvrant la période 2024 à 2032. Il prévoit les besoins futurs en combinant les prévisions démographiques<sup>19</sup> avec les ratios historiques entre le personnel infirmier<sup>20</sup> et la population. Il déduit l'évolution des besoins en personnel infirmier sur la base des changements attendus dans la taille et la composition de la population neuchâteloise. Les besoins supplémentaires peuvent ensuite être calculés en prenant la différence entre les besoins futurs et l'effectif de référence, soit celui de 2021.

Sur la base de ces besoins supplémentaires, les besoins de remplacement sont calculés, se référant aux prévisions de taux de départ de la profession telles que spécifiées dans les travaux de Merçay, Haldimann, & Martignoni (2023)<sup>21</sup>. Étant donné que la plupart des taux de remplacement spécifiés dans ce rapport se rapportent à des statistiques à l'échelle de la Suisse, cette approche semble à la fois économique et justifiée.

Les besoins supplémentaires et les besoins de remplacement donnent ensemble le besoin de relève en personnel soignant. En tenant compte du fait qu'une proportion non négligeable des

---

<sup>17</sup> Ce que le COPIL a validé lors de sa séance de décembre dernier. Il apparaît absolument nécessaire de considérer cette filière d'apport dans le défi de relève dont on parle ici.

<sup>18</sup> Merçay, C., Haldimann, L., & Martignoni, Y. (2023). Besoins de relève en personnel de soins et d'accompagnement dans le Canton du Valais. Neuchâtel: L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN).

<sup>19</sup> Statistique Vaud. (2022). Perspectives démographiques pour le Canton de Neuchâtel. Lausanne: Statistique Vaud.

<sup>20</sup> Les effectifs actuels et historiques du personnel infirmier sont tirés des statistiques fédérales, y compris la Statistique médicale des hôpitaux (OFS, 2016. Statistique médicale des hôpitaux (MS). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. Récupéré sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.html>), la statistique des institutions médico-sociales (OFS, 2020. Statistique des institutions médico-sociales (SOMED). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. Récupéré sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/somed.html>) et de la Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFS, 2016. Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. Récupéré sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/spitex.html>).

<sup>21</sup> Besoins de relève en personnel de soins et d'accompagnement dans le Canton du Valais. Neuchâtel: L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN).



infirmiers-ères diplômé-e-s travaillent en dehors du secteur après l'obtention de leur diplôme, il est possible d'ensuite calculer l'objectif de diplômé-e-s nécessaire pour couvrir entièrement les besoins de relève. Finalement, pour obtenir le nombre de nouveaux-elles étudiant-e-s entrant-e-s nécessaire pour atteindre l'objectif de diplômé-e-s (l'objectif de nouveaux-elles étudiant-e-s), il est essentiel d'ajuster cet objectif en fonction de la proportion d'étudiant-e-s susceptibles d'abandonner en cours d'études.

### Projections réalisées

La composition des besoins de relève et objectifs de formation pour la période 2024 à 2032 est décrite dans le tableau suivant, et pour le niveau tertiaire (ES/HES), représentée par la lettre A, et pour le secondaire II (ASSC), représentée par la lettre B.

**Tableau 2 - Composition des besoins de relève et objectifs de formation (2024-2032)**

A : Infirmiers-ères de niveau tertiaire (ES/HES)  
B : Assistant-e-s en soins et santé communautaire, niveau secondaire II (CFC)

	Besoins en personnel supplémentaires	Besoins de relève	Objectifs de nouveaux entrants pour couvrir totalement les besoins de relève
Échecs et abandons de la formation			A : 1100 B : 800
Diplômé-e-s ne travaillant pas dans une institution de santé			
Remplacement des sorties précoces		A : 760 B : 560	
Remplacement des départs à la retraite			
Besoins en personnel supplémentaires	A : 400 B : 290		

Les chiffres présentés sont des projections, tous secteurs confondus<sup>22</sup>. Elles reposent sur certains scénarios et hypothèses, notamment sur l'évolution des effectifs de personnes en formation, la transition entre la formation et le marché du travail ou encore la durée d'exercice de l'activité professionnelle. L'augmentation du nombre de titres décernés n'ira cependant évidemment pas de soi. Il faudra parvenir à recruter suffisamment d'apprenti-e-s et d'étudiant-e-s grâce à une communication adéquate. Les écoles devront disposer de l'infrastructure et des ressources d'encadrement requises et les institutions de santé offrir un nombre suffisant de places de stage. On le constate très directement, augmenter le nombre de personnes en formation constitue un défi de taille pour l'ensemble de la branche. Un tel défi ne saurait se relever sans mobiliser des ressources à la hauteur des ambitions affichées. Il s'agit donc aujourd'hui de traduire la volonté politique clairement exprimée jusque dans les urnes en garantissant les ressources nécessaires pour mobiliser l'ensemble des acteurs, institutions de soins et de formation, mais aussi candidates et candidats à embrasser les professions concernées. Si, dans le contexte rappelé plus haut, il n'est pas possible de garantir le résultat escompté, l'assurance d'échouer serait, elle, acquise en l'absence de mobilisation des moyens nécessaires. En effet, si l'on parvient à accroître les effectifs en formation dans les proportions prévues, il devrait en théorie être possible de couvrir l'augmentation des besoins ainsi que les départs à la retraite jusqu'en 2032. Mais l'écart entre les besoins et l'offre est quasi essentiellement dû aujourd'hui aux sorties précoces de la profession, dont les pertes enregistrées au moment de l'entrée sur le marché du travail, en pleine transition entre formation et emploi. La capacité future de notre système de santé à couvrir par lui-même ses besoins de personnel dépendra donc aussi du bon déroulement des débuts de la profession et de la durée de la carrière professionnelle. C'est essentiellement l'enjeu de la deuxième étape de la mise en œuvre de l'initiative.

Les projections proposées ici reposent sur certains scénarios et hypothèses, cela a été dit. Ont été privilégiés, ceux mis en évidence par les expert-e-s qui se sont prononcés sur la dernière

<sup>22</sup> La Confédération exige in fine la transmission des besoins de relève du canton sans distinction entre les secteurs (hôpitaux, établissements médico-sociaux, service d'aide et de soins à domicile).

planification médico-sociale du canton<sup>23</sup>. Mais il convient de souligner que ces projections résistent aussi aux comparaisons intercantoniales disponibles à l'heure actuelle. Elles nous semblent toutefois représenter davantage des objectifs moyens, voire minimaux, que des objectifs maximaux, voire exagérés. Le meilleur argument à l'appui de ce dernier propos est que de très récentes études mettent en évidence des taux de sorties précoces bien plus élevés que ceux considérés ici et dans les projections du moment. Certaines sources sérieuses<sup>24</sup> font en effet état de près de 300 infirmiers-ères qui quittent leur emploi chaque mois à l'heure actuelle, ou encore de 36% de jeunes soignant-e-s entre 20 et 24 ans qui quittent leur métier durant les premières années de fonction.

Notons finalement que les solides estimations proposées ne modélisent pas l'ensemble des flux. Elles se basent par exemple sur un « apport frontalier » assez similaire, en valeurs relatives, à ce que l'on connaît aujourd'hui. Cela signifie aussi qu'il conviendra de rester attentif aux politiques mises en place dans les pays voisins, eux-aussi soumis aux mêmes défis. Cela permettrait également de veiller à réduire la dépendance du canton envers l'apport du personnel frontalier.

Les cibles pour 2032 sont donc définies. Et il s'agit déjà, dans les faits, d'objectifs ambitieux tant leur réalisation requièrent l'alignement de nombreuses variables. Notons que l'efficacité de la mise en œuvre de l'initiative seront monitorés par la Confédération offrant ainsi d'intéressants tableaux de pilotage aux cantons.

### **Répartition entre filières ES et HES**

La proportion visée de diplômé-e-s des écoles supérieures (ES) et de diplômé-e-s des hautes écoles spécialisées (HES) est, respectivement, de 40-60%. Cette répartition se base sur des données historiques, mais est aussi à considérer comme un objectif à atteindre. En chiffres absolus, il s'agira donc de se fixer comme objectifs 440 nouveaux-elles entrant-e-s ES, et 660 nouveaux-elles entrant-e-s HES, afin de couvrir totalement les besoins évalués de relève, d'ici 2032.

Ces projections que devront s'approprier pleinement les membres des groupes d'accompagnement, considèrent les besoins différenciés entre les secteurs d'activité, mais aussi les trajectoires de formation, des filières d'apport aux titres tertiaires, en passant par certains programmes spécifiques envisagés en Suisse pour élargir le bassin de recrutement<sup>25</sup>.

Il s'agit de projections ici aussi idéales, qu'il s'agira alors de décliner à différents niveaux, lesquels sont interdépendants : parvenir à recruter ces nouveaux-elles entrant-e-s, parvenir à former ces derniers-ères dans les écoles, parvenir à offrir des stages dans les institutions de santé, etc.

## **4.2 Critères de calcul des capacités de formation (art. 3)**

L'intention, qui répond à une exigence fédérale, est d'inscrire dans la loi une obligation faite aux institutions de santé de former des infirmiers-ères de niveau tertiaire ainsi que des assistant-e-s en soins et santé communautaire de niveau secondaire II. C'est chose faite à l'article 4, du projet de loi. Sont visés à ce stade par l'obligation, les hôpitaux, les EMS ainsi que les services de soins à domicile.

Les critères permettant de calculer les capacités de formation sont ceux du « modèle bernois »<sup>26</sup>. Ils tiennent compte du nombre d'employé-e-s (taille de l'entreprise), de la structure et de l'offre de prestations des organisations et des institutions, de la structure du personnel, etc. Le concept de mise en œuvre garantit une détermination objective et compréhensible du potentiel de formation des différentes entreprises. Il est suffisamment transparent et simple pour que les entreprises puissent vérifier leur propre potentiel de formation et planifier leurs activités de formation sans trop d'effort »<sup>27</sup>.

---

<sup>23</sup> Voir notamment Rapport d'information du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la réalisation et les perspectives de la planification médicosociale du 6 juillet 2015 (Planification médico-sociale, 15.026).

<sup>24</sup> Voir notamment les différents rapports OBSAN sur les besoins de relève ou les publications SCOHPICA sur les parcours des professionnel-le-s de la santé.

<sup>25</sup> À titre d'exemple, même si cela ne représente qu'un petit pourcentage du défi à venir, les programmes visant à capter des personnes issues de l'asile concernent prioritairement les filières ES, dans le sillage de la certification professionnelle pour adultes.

<sup>26</sup> Le document « détermination des normes pour l'évaluation du potentiel de formation en entreprise pour les professions de santé non universitaires » est annexé au présent rapport pour permettre une compréhension globale du modèle.

<sup>27</sup> Détermination des normes pour l'évaluation du potentiel de formation en entreprise pour les professions de santé non universitaires », p.3.

Si, dans notre canton, des objectifs de formation sont régulièrement discutés avec les organisations et institutions au bénéfice d'un contrat de prestations, aucune obligation légale n'avait à ce jour été formalisée. L'obligation de formation introduite dans le Canton de Berne est en revanche une réalité depuis de nombreuses années, si bien qu'il est possible de s'appuyer sur ce modèle, et de bénéficier au surplus d'un retour d'expérience très concret. La concrétisation de cette obligation se fera progressivement, selon un calendrier et des modalités à préciser. Ces aspects seront préparés avec le groupe d'accompagnement SANTÉ notamment.

L'autorité désignée, autorité d'exécution du département en charge de la santé, établira les quotas annuels, avec comme unité de mesure les semaines de formation. La réalité des institutions de formation et des écoles sera considérée tout au long du processus. Une mise en œuvre progressive, par secteurs et en quantité, sera proposée.

#### **4.3 Plan de formation (art. 4)**

L'intention était d'inscrire l'obligation d'établir un plan de formation dans la loi. Ce sera chose faite avec la proposition de l'article 6, alinéa 2.

Les modalités de la mise en œuvre de cette mesure sera reprise avec les groupes d'accompagnement, aussi dans l'idée de parvenir à certaines « standardisations ».

#### **4.4 Contributions des cantons (art. 5)**

Les cantons sont tenus de rémunérer les acteurs de la formation pratique pour leurs prestations. Ils doivent déterminer pour chaque acteur les prestations imputables en tenant compte des critères définis aux articles 3 et 4.

Les prestations de formation seront à minima rémunérées conformément aux recommandations de la CDS, soit de manière forfaitaire (c'est-à-dire à hauteur de 300 francs par semaine de formation), ceci indépendamment du secteur d'activité (voir chapitre 6 conséquences financières pour plus de détails).

Seules les semaines de formation effectuées sont rémunérées et un décompte est exigé.

Pour les assistant-e-s en soins et santé communautaire (CFC), ces questions sont réglées par le contrat-formation d'ores et déjà en place et financées par tous les employeurs du canton. Ce dernier est le dispositif général mis en place dans le canton pour favoriser la formation en entreprises, avec des contributions de tous les employeurs et une redistribution en fonction du nombre de contrats d'apprentissage offerts. Très concrètement, un montant est octroyé par apprenti-e en formation à chaque fin d'année scolaire, et selon le domaine de formation suivie<sup>28</sup>. Le Conseil d'État considère que ce dispositif reconnaît dans une mesure raisonnable l'engagement des employeurs dans la formation et que par conséquent un dispositif supplémentaire n'est pas nécessaire à ce stade, d'autant qu'aucune contribution fédérale n'est prévue pour cette catégorie de formation. Celle-ci, importante pour répondre aux besoins et comme filière d'apport pour les formations ES et HES, sera en revanche incluse dans la planification des besoins et dans le périmètre de l'obligation de former. Si l'augmentation des personnes en formation qui en découle devait être telle qu'elle déséquilibre le fonds en faveur de la formation duale, le Conseil d'État pourrait solliciter, le moment venu, une contribution exceptionnelle en faveur du fonds, une augmentation de la contribution des employeurs n'étant de son point de vue pas souhaitable.

---

<sup>28</sup> Voir le site du service des formations postobligatoires et de l'orientation sur [https://www.ne.ch/autorites/DFDS/SFPO/apprentissage/Pages/contrat\\_formation.aspx](https://www.ne.ch/autorites/DFDS/SFPO/apprentissage/Pages/contrat_formation.aspx)

## 4.5 Premières<sup>29</sup> mesures d'accompagnement

Tant la littérature que les représentant-e-s des institutions de santé ou l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)<sup>30</sup> insistent sur la nécessité de mesures d'accompagnement<sup>31</sup>. Il est en effet communément admis que les mesures prises dans les quatre champs d'action que sont le recrutement, la formation / formation continue, le maintien et le déploiement du personnel sont corrélées et se renforcent mutuellement. Il importe dès lors de poursuivre leur application sur différents fronts à la fois et, partout où cela est – ou semble – possible, de les consolider, de les renforcer ou encore d'en améliorer la coordination.

C'est la raison pour laquelle un crédit de 800'000 francs (calculé sur une base annuelle de 100'000 francs) pour de premières mesures d'accompagnement est demandé. Il s'agira ici d'établir, de concert avec les groupes d'accompagnement et le COPIL, un catalogue de mesures spécifiques, établies selon les champs d'action décrits au paragraphe qui précède, dans le but d'optimiser les chances de succès de la mise en œuvre de l'initiative qui nous occupe. On peut penser prioritairement à des mesures de soutien à la formation ou à l'activité de praticien-ne-s formateur-trice-s, à la mutualisation et mise en réseau de ces derniers ou à des actions de promotion de l'image de ces professions<sup>32</sup>. Une coordination intercantonale sera également nécessaire.

## 5. MISE EN ŒUVRE LÉGALE

### 5.1 Introduction

La loi fédérale relative l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers vise, comme son nom l'indique, à favoriser la formation d'infirmiers-ères, notamment par une augmentation du nombre de places de formation auprès des acteurs de la formation pratique que sont les institutions de soins, mais aussi dans les écoles concernées. Ce en particulier grâce à l'octroi de contributions fédérales et cantonales.

Pour que la loi fédérale soit mise en œuvre et que des contributions fédérales soient accordées, plusieurs conditions, ressortant de ses articles 2 à 7, doivent être cumulativement remplies sur le plan cantonal.

- L'art. 2 de la loi fédérale oblige les cantons à définir les besoins en places de formation pratique pour les infirmiers-ères ;
- L'article 3 impose aux cantons de définir des critères pour le calcul des capacités de formation pratique des acteurs concernés ;
- L'article 4 exige un concept de formation de la part des acteurs qui forment des infirmiers-ères dans la pratique ;
- L'article 5 oblige les cantons à déterminer pour chaque acteur les prestations à prendre en compte conformément aux critères des articles 3 et 4 et leur impose de verser des contributions aux acteurs de la formation pratique ;
- L'article 6 oblige les cantons à veiller à une augmentation des diplômes de formation en fonction des besoins et à fixer les conditions correspondantes ;
- L'article 7 oblige les cantons à fixer les conditions, l'étendue et la procédure d'attribution d'aides à la formation encourageant l'accès aux formations ES/HES en soins infirmiers.

---

<sup>29</sup> Sachant que la mise en œuvre de la phase 2 de l'initiative, avec l'entrée en vigueur d'une loi fédérale sur les conditions de travail, devrait déboucher sur d'autres mesures au sens entendues ici.

<sup>30</sup> Voir notamment soins infirmiers 2030. Document de positionnement de l'Association suisse des infirmier-ère-s (ASI).

<sup>31</sup> Pour un panorama de mesures déjà discutées dans le canton, voir le rapport ENKIDU sur [https://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2017/17019\\_CE.pdf](https://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2017/17019_CE.pdf)

<sup>32</sup> Pour un panorama très complet, voir Merçay, C., Grünig, A., & Dolder, P. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève. Neuchâtel: L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), pp. 83-95.

Pour concrétiser sur le plan neuchâtelois la mise en œuvre de ces obligations qui incombent aux cantons, le Conseil d'État propose un projet de loi cantonale spécifique d'exécution de la loi fédérale. Il a préféré cette option, au moins pour les premières étapes de mise en œuvre, à celles consistant à procéder à des modifications de lois cadres cantonales dans le domaine de la santé, de la formation, de l'emploi et de la cohésion sociale, comme la loi de santé (LS), les lois constituant les établissements autonomes de droit public du domaine de la santé fournissant des soins (LRHNE, LCNP, LNomad), ou la loi sur la formation professionnelle (LFP), respectivement les lois régissant les domaines relevant du DECS. Ce choix s'est imposé considérant notamment le caractère encore exploratoire à ce stade de la loi fédérale (une évaluation des effets dans les 6 ans est prévue), sa portée limitée dans le temps (8 ans), mais aussi sa dimension transversale (santé, formation, emploi et cohésion sociale).

Le projet de loi que le Conseil d'État soumet au Grand Conseil s'inscrit dans la même échelle temps que la loi fédérale, soit huit ans dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Le Conseil d'État ne souhaite en effet pas d'emblée ancrer de nouvelles dispositions dans un horizon de temps plus long, ou indéterminé, sans avoir une vue conjuguée des effets des législations fédérale et cantonale sur l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. Il s'agit aussi de tenir compte, considérant les engagements financiers très importants que la mise en œuvre de l'initiative pour les soins infirmiers est susceptible de générer pour les finances cantonales, du fait que la loi fédérale s'accompagne de contributions fédérales importantes, elles-mêmes limitées dans le temps. Si la loi fédérale et ces aides fédérales venaient à ne pas être prolongées à l'échéance prévue, le canton devrait supporter seul le coût de l'encouragement de la formation en vertu de prescriptions initialement imposées par une loi fédérale qui n'existerait plus. Enfin, la période couverte par cette législation temporaire permettra aussi de déterminer, parmi les avancées obtenues pour cette profession, celles qui doivent être étendues de façon générale dans la législation sur la santé ou la formation professionnelle, voire l'emploi et la cohésion sociale, et celles qui doivent demeurer spécifiques à cette profession ou encore être abandonnées après cette première période.

Les dispositions du projet de loi cantonale loi sont commentées ci-après.

## **5.2 Commentaires des articles de la loi**

### **CHAPITRE 1 : Dispositions générales**

#### **Article 1 But et objet**

##### **Alinéa 1 :**

Cet alinéa définit le but et l'objet de la loi cantonale. Il est clairement établi ici que celle-ci sert à l'exécution de la loi fédérale. Son champ d'application recouvre celui du droit fédéral en tant qu'il traite des soins infirmiers. Le Conseil d'État souhaite toutefois l'étendre à la profession d'assistant-es en soins et santé communautaire (ASSC), laquelle requiert une formation professionnelle initiale (CFC) qui peut être suivie en mode dual ou en école de métier à plein temps ou encore par la voie plus spécifique suivie par les adultes (voie de l'article 32) de l'ordonnance fédérale de la formation professionnelle. Le nombre d'ASSC doit également être développé pour assurer une bonne prise en charge globale des personnes affectées dans leur santé physique et/ou psychique en hôpital, en EMS ou à domicile. Il convient à cet égard de relever que les ASSC ont la compétence d'appliquer certains traitements et d'effectuer des actes médico-techniques sous la responsabilité du personnel infirmier et qu'à ce titre, ils le déchargent de nombreuses tâches et lui permettent de se consacrer à des activités à plus haute valeur ajoutée, pour lesquelles ils-elles ont été formé-e-s. Les ASSC ont par ailleurs la possibilité de se former ensuite et directement comme infirmiers-ères ES (c'est même la filière traditionnelle), ce qui permet de répondre aux besoins de formation en infirmiers-ères (on parle alors de filière d'apport). À relever que si un ASSC choisit la voie intégrée 3 ans (CFC et maturité professionnelle en voie duale école-entreprise ou en école à plein temps) ou la voie CFC 3 ans et maturité flexible (CFC en voie duale école-entreprise, suivi d'une maturité post CFC à temps plein (1 an) ou d'une maturité post CFC 2 ans à temps partiel (2 ans) ou d'une maturité anticipée (1 + 1 an)) et qu'il-elle obtient une maturité professionnelle dans ce cadre, les portes de la formation d'infirmier-ère en HES lui sont ouvertes.

## **Alinéa 2 :**

Cet alinéa résume les points traités par la loi.

La lettre a) prévoit l'établissement d'une planification des besoins en formation pratique dans le domaine des soins infirmiers conformément à l'article 2, de la loi fédérale, mais aussi dans celui de l'assistantat en soins et santé communautaire selon une volonté cantonale pour répondre aux besoins en soins actuels et futurs de la population neuchâteloise.

La lettre b) porte sur l'implication des institutions et des écoles dans le développement de l'offre de formation.

La lettre c) concerne la détermination des capacités de formation des acteurs des professions visées par la loi dans les institutions de soins et les écoles (filiales de formation).

La lettre d) prévoit le règlement des contributions financières aux filiales de formation ES en soins infirmiers, mais aussi aux institutions de soins qui sont les actrices de la formation pratique, cursus de formation HES compris. Il convient de relever ici la limitation expresse desdites contributions aux filiales de formation ES en soins infirmiers. Cela découle de la loi fédérale. En ce qui concerne les filiales de formation HES, leur financement relève, au niveau romand, de la Convention HES-SO; elles seront au bénéfice d'un soutien de la Confédération et des cantons HES-SO, à parts égales<sup>33</sup>. S'agissant des filiales ASSC, par lesquelles les étudiant-e-s obtiennent un CFC, elles relèvent de la formation professionnelle initiale. Par la voie en mode dual, et bénéficient déjà d'un financement par le biais de la loi instituant un fonds d'encouragement à la formation professionnelle initiale en mode dual (LFFD), du 27 mars 2019 (contrat-formation), à l'instar de toutes les filiales en apprentissage. Le fonds est financé par les employeurs du canton.

La lettre e) a trait au règlement de la question des aides à la formation selon l'article 7, de la loi fédérale.

La lettre f) traite de la possibilité donnée à l'État de financer des mesures ou projets visant à favoriser la promotion, la formation et la fidélisation dans les professions concernées par la présente loi.

## **Article 2 Exécution de la loi**

L'exécution de cette loi implique différents secteurs de l'administration. Plusieurs entités relevant de départements différents ou les départements eux-mêmes seront appelés à intervenir en raison de leurs compétences propres. Il est envisagé à ce stade de confier au service cantonal de la santé publique (SCSP) la tâche/compétence de décider des quotas de places de formation pratique imposés aux institutions concernées et au service de l'action sociale (SASO) de traiter des demandes d'aides à la formation. La réglementation réservera presque nécessairement l'implication du service des formations postobligatoires et de l'orientation (SPFO) puisque la question des places de formation offertes pour les professions concernées par la loi qui fait l'objet du présent rapport touchera aussi les écoles (HES pour les infirmiers-ères HES, ES pour les infirmiers-ères ES et Centres professionnels pour les ASSC) que les relations avec ceux-ci relèvent actuellement des tâches confiées à ce service. Le Conseil d'État aura donc à régler la répartition des tâches et la coordination entre ces différentes entités par le biais d'un règlement d'application.

## **CHAPITRE 2 : Planification des besoins en formation**

### **Article 3 Planification**

L'article 2 de la loi fédérale confie aux cantons la compétence de déterminer les besoins en places de formation pratiques pour les infirmiers-ères ES et HES et de tenir compte à cet effet des places de formation et d'études existantes ainsi que de la planification cantonale des soins.

## **Alinéa 1 :**

Selon l'article 8, de la LS, il revient au Département en charge de la santé de planifier, coordonner et mettre en œuvre la politique sanitaire du canton. Pour l'accomplissement de ses tâches, il dispose

---

<sup>33</sup> Voir note n°11, ci-avant, pour le financement fédéral ; le montant des contributions cantonales sera réglé dans le prochain Plan de Financement et de Développement, annexé à la future convention d'objectifs 2025-2028 de la HES-SO.

notamment du SCSP et collabore avec les autres services agissant dans le domaine de la santé et consulte au besoin les institutions d'utilité publique et les organisations professionnelles concernées.

Par cohérence, il est proposé à l'alinéa 1, que le Département en charge de la santé établisse la planification des besoins en formation. Celui-ci pourra s'appuyer pour ce faire sur son service compétent en matière de santé publique, soit le SCSP, mais aussi le SFPO, ainsi que les institutions et les organisations professionnelles concernées (cf. infra l'art. 6, du projet de loi, s'agissant des informations à fournir par les institutions).

#### **Alinéa 2 :**

Cet alinéa définit les critères sur lesquels la planification des besoins en formation doit être établie et dont elle doit tenir compte.

En l'occurrence, la planification doit être fondée sur une évaluation réaliste des besoins de places de formation en écoles et de formation pratique en institutions. Elle doit pour le surplus tenir compte de la capacité effective des écoles et des institutions à assurer cette formation, de même que de la planification cantonale des soins. Cela vaut non seulement pour la formation des infirmiers-ères, mais également pour celle des ASSC que le Conseil d'État a fait le choix de couvrir également par le projet de loi.

La planification cantonale des soins selon la lettre a) est déjà établie dans le cadre de la planification hospitalière et de la planification médico-sociale. Elle servira donc également à la planification des besoins en formation.

### **CHAPITRE 3 : Implication des acteurs de la formation**

#### **Article 4 Les institutions a) principe**

S'inspirant de ce qu'a introduit le Canton de Berne il y a déjà plusieurs années avec succès et de ce qui a été repris déjà par plusieurs autres cantons suisses, le projet de loi prévoit, à son article 5, l'obligation pour certaines catégories d'institutions de soins à définir par le Conseil d'État de mettre à disposition des places de formation pratique pour les professions d'infirmier-ère et d'ASSC, quelle que soit la voie de formation choisie et le type de formation pratique en institution suivie (formation pratique 3-4 jours par semaine, stages)<sup>34</sup> et donc de former, selon des quotas imposés par une autorité compétente à déterminer. Les catégories d'institutions selon cette disposition s'entendent en principe au sens de la loi de santé (art. 78). L'article 3 de la loi fédérale prescrit que les cantons fixent les critères permettant de calculer les capacités de formation des « organisations qui emploient des infirmiers-ères, les hôpitaux et les EMS ». Dans son message concernant l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers du 25 mai 2022 (FF 2020 I 1498), plus particulièrement au chapitre 4.3.1 relatif à la mise en œuvre au niveau cantonal, le Conseil fédéral relève que les cantons qui ne connaissent pas encore d'obligation de formation dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile ou de rémunération des prestations de formation pratique devront l'introduire et assurer le financement de la rémunération des acteurs de la formation pratique. Même si la loi fédérale n'est pas aussi claire à ce sujet, il faut en déduire que la volonté sur le plan fédéral est clairement d'obliger ces institutions à former. Partant, le Conseil d'État entend soumettre à l'obligation de formation, en tous les cas dans un premier temps, celles définies par la loi fédérale comme étant les acteurs de la formation pratique, à savoir les (hôpitaux, les EMS et les organisations de soins à domicile (OSAD). Mais il se réserve la possibilité d'en prévoir d'autres d'emblée ou par la suite, comme les foyers de jour, les institutions sociales dépendant du service d'accompagnement et d'hébergement de l'adulte (SAHA) prodiguant des soins par le biais de personnel en soins infirmiers et d'ASSC.

#### **Article 5 Les institutions b) calcul des quotas**

L'article 3, de la loi fédérale oblige les cantons à fixer les critères permettant de calculer les capacités

<sup>34</sup> Le CPNE offre les voies de formation suivantes aux ASSC : voie CFC 3 ans : CFC (en voie duale école-entreprise), voie intégrée trois ans (CFC et maturité professionnelle (en voie duale école-entreprise ou en école à plein temps), Voie CFC trois ans et maturité flexible (CFC (en voie duale école-entreprise), suivi d'une maturité post CFC à temps plein (1 an) ou d'une maturité post CFC deux ans à temps partiel (2 ans) ou d'une maturité anticipée (1 + 1 an)), voie ASSC selon l'article 32 de l'OFPr CFC.

de formation des organisations qui emploient des infirmiers-ères, les hôpitaux et les EMS (acteurs de la formation pratique) et prévoit que ces critères sont notamment le nombre d'employé-e-s, la structure et l'offre de prestations.

**Alinéa 1 :**

La compétence est donnée au Conseil d'État de fixer lesdits critères. Il s'appuiera sur les critères que le droit fédéral a repris du « modèle bernois », en vigueur dans ce canton depuis plusieurs années. Celui-ci tient compte du nombre d'employé-e-s (taille de l'entreprise), de la structure du personnel (personnel infirmier, médico-soignant, médicoteknique, etc.) comme de la structure et de l'offre de prestations. Le concept de mise en œuvre garantit une détermination objective et compréhensible du potentiel de formation des différentes institutions concernées. Il est suffisamment transparent et simple pour que les institutions puissent vérifier leur propre potentiel de formation et planifier leurs activités de formation sans trop d'efforts. La capacité de l'institution à mettre des places de formation pratique à disposition et à accueillir des étudiant-e-s sera calculée sur la base de critères objectifs établis par le Conseil d'État.

**Alinéa 2 :**

L'autorité qui chiffrera la capacité de l'institution sur la base des critères retenus par le Conseil d'État imposera un quota qui, cumulé aux quotas imposés aux autres institutions, doit permettre de couvrir l'ensemble des besoins en formation planifiés. L'imposition du quota se fera par le biais d'une décision susceptible de recours.

**Article 6 Les institutions c) obligations**

**Alinéa 1 :**

L'autorité chargée de la planification, en l'occurrence le département en charge de la santé comme proposé à l'article 3, du projet de loi, ne peut exercer sa compétence sans obtenir toutes les informations nécessaires des institutions concernées par l'obligation de former. L'autorité compétente ne pourrait en particulier pas fixer de quotas adéquats aux institutions s'il ne dispose pas, de leur part, d'informations sur leurs capacités et leur structure de personnel.

**Alinéa 2 :**

L'article 4, de la loi fédérale prescrit que quiconque fournit des prestations de formation pratique des infirmiers-ères doit élaborer un plan de formation qui expose notamment le cadre dans laquelle la formation s'insère, les objectifs et les grands axes de la formation pratique ainsi que le nombre de places disponibles et indique les éventuelles différences par rapport aux capacités de formation calculées selon les critères définis par le Conseil d'État conformément à l'article 5, du projet de loi.

En l'occurrence, l'article 6, alinéa 2, reprend ces prescriptions en les faisant figurer comme des obligations qui s'imposent aux institutions que le Conseil d'État soumettra à l'obligation de former.

**Alinéa 3 :**

Une obligation de mettre à disposition des places de stages implique d'avoir en parallèle les ressources suffisantes et compétentes pour assurer une formation de qualité.

**Alinéa 4 :**

Les quotas pourraient être mis à disposition mais ne séduire aucun-e étudiant-e. Ceci peut constituer une justification admissible pour une institution de ne pas les respecter et de ne pas subir les conséquences administratives et/ou disciplinaires prévues aux articles 123 et suivants de la loi de santé.

**Article 7 Les écoles**

La portée de cette disposition est avant tout déclaratoire. Elle ne donne pas de compétences supplémentaires au Conseil d'État par rapport à celles dont il dispose déjà, notamment en vertu de l'article 75, de la LS. Elle l'invite à veiller à faire usage de ces dernières dans la mesure de ses moyens pour répondre à l'objectif du projet de loi qui est d'encourager la formation dans le domaine



de soins infirmiers ainsi que de l'assistantat en soins et santé communautaire, en augmentant le nombre de places de formation.

À relever que le Conseil d'État n'a une possibilité d'action directe pour augmenter l'offre de places de formation en école en tous les cas que pour la formation des ASSC. Cela résulte notamment des compétences qui lui sont octroyées au travers du décret portant sur les établissements scolaires de la formation professionnelle du 22 février 2005 (RSN 414.11), lequel habilite déjà le Conseil d'État à déterminer la structure de ces établissements scolaires et à créer des filières (cf. art. 2, al. 2 du décret précité). En l'occurrence, le Centre de formation professionnelle neuchâtelois (CPNE) comprend, selon l'article 1 de ce décret, un Pôle de compétences santé et social (CPNE-2S) qui forme déjà des ASSC et dont l'offre de places de formation pourrait, au besoin, être étendue.

La situation est différente pour la formation en école dans le domaine des soins infirmiers. Ainsi, la formation d'infirmier-ère HES s'acquiert dans des Hautes écoles spécialisées (HES) qui, pour la plupart, ont une dimension intercantonale. C'est notamment le cas de la Haute École Arc Santé qui est une filière de la Haute École Arc. Les décisions la concernant se prennent dans le cadre d'une gouvernance partagée entre plusieurs cantons, en l'occurrence Berne, Jura et Neuchâtel. Pour ce qui est de la formation d'infirmier-ère ES, elle s'acquiert dans des Écoles supérieures (ES). En juin 2017, le Conseil d'État a décidé de permettre aux Neuchâtelois-e-s désireux-euses de se former en soins infirmiers d'accéder à la filière de niveau École Supérieure (ES) en soins infirmiers du Centre de formation professionnelle de la Berne Francophone SANTÉ-SOCIAL (CEFF) à Saint-Imier. Le gouvernement a préféré cette option, ayant fait ses preuves dans la partie francophone du Canton de Berne, à celle de l'ouverture d'une telle filière sur sol neuchâtelois. Cela dit, si le CEFF annonce aujourd'hui être en mesure d'augmenter sa capacité d'accueil, il n'y a aucune assurance que celle-ci permette d'intégrer l'augmentation visée des étudiant-e-s ES neuchâtelois. Non seulement la question d'un suivi en filière ES en soins infirmiers dépend elle du nombre de places de stages au sein des institutions de formation, mais d'autres cantons poursuivent les mêmes objectifs d'augmenter le nombre de personnes diplômées en soins infirmiers. Comme Neuchâtel, ils espèrent que les personnes suivant un cursus ES pourront être accueillies dans les écoles correspondantes, dont le CEFF à St-Imier. À ce propos, il faut souligner que l'Accord intercantonal sur les contributions dans les domaines des écoles supérieures (AES) en plus de garantir la libre circulation des étudiant-e-s en Suisse, demande de traiter de manière égalitaire les étudiant-e-s des cantons concordataires. Un canton ne peut pas réserver un nombre de places pour ses résident-e-s au sein d'une école de niveau ES.

## **CHAPITRE 4 : Financement**

### **Article 8 Contributions aux institutions**

L'article 5, de la loi fédérale oblige à son alinéa 1 les cantons à accorder des contributions aux acteurs de la formation pratique des infirmiers-ères pour leurs prestations de formation et à déterminer pour chaque acteur les prestations imputables en tenant compte des critères de calcul des capacités de formation (art. 3). Il dispose à son alinéa 2 que le montant de la contribution devra couvrir au moins la moitié des frais de formation moyen non couverts et que ces derniers sont ceux pour lesquels les acteurs ne sont pas rémunérés, notamment par les prix et tarifs de l'assurance obligatoire des soins. Il prescrit enfin à son alinéa 3 que les cantons doivent tenir compte des recommandations intercantionales pour le calcul des frais de formation moyens non couverts. Selon le message du Conseil fédéral, les cantons peuvent s'appuyer à cet effet sur les recommandations concernant les coûts standards nets des prestations de formation pratique pour les filières d'études ES et HES adoptées en juin 2025 par la CDS. Il en ressort que les cantons doivent indemniser les fournisseurs de prestations de tous les secteurs de soins à hauteur d'au moins 300 francs par semaine de stage pour les futurs infirmiers-ères ES et HES.

L'article 8 du projet de loi permet de concrétiser l'obligation qui est faite au canton d'accorder des contributions aux institutions actrices de la formation pratique que le Conseil d'État soumettra à l'obligation de former pour leurs prestations de formation pratique aux infirmiers-ères. Il s'agira dans ce contexte de respecter les exigences posées par l'article 5, de la loi fédérale. Le Conseil d'État s'en tiendra très vraisemblablement au montant minimal prévu par la recommandation de la CDS dont fait état le commentaire du message du Conseil fédéral relatif à cette disposition.

## **Article 9 Contributions aux écoles**

L'article 6, de la loi fédérale oblige les cantons à encourager une augmentation conforme aux besoins du nombre de diplômés en soins infirmiers décernés par leur ES en leur accordant des contributions pour des prestations spécifiques et hors AES, à tenir compte de la planification des besoins et à fixer les conditions, le montant des contributions et la procédure d'octroi.

La Confédération et le(s) canton(s) seront appelé-s dans ce cadre à négocier un montant global pour un programme ou un ensemble de mesures qui s'étend sur une période définie (plusieurs années sont possibles). Il est également possible que plusieurs cantons soumettent conjointement un ensemble de mesures (pour les cantons sans leur propre ES). La prestation financière de la Confédération dépendra de la réalisation de certains objectifs, du succès et des effets des mesures entreprises (rapport annuel).

Le soutien de la Confédération porte donc sur des programmes de mesures concrets visant à augmenter le nombre de diplômés ES, et non pas simplement, par exemple, sur des places d'études ES en soins infirmiers supplémentaires, celles-ci étant couvertes par un régime de financement. Le fonctionnement ordinaire des ES est en effet financé par la Confédération et les cantons avec l'Accord intercantonal sur les contributions dans le domaine des écoles supérieures (AES). Il s'agit donc d'utiliser ces contributions pour stimuler des innovations. Les coûts de l'accueil extra-familial des enfants pendant les journées de formation pourraient par exemple être financés. Il n'est pas exclu de faire valoir les frais de personnel et de matériel / investissement qui vont de pair avec une augmentation durable du nombre de diplômés ES. Les cantons doivent pour cela établir un budget. Le SEFRI vérifiera si la mesure contribue à une augmentation, rien de plus.

L'article 9 du projet de loi permet au Conseil d'État de subventionner des écoles qui seraient situées hors canton respectivement d'entrer en négociation avec un autre canton pour des places en école, puisque, comme relevé en lien avec l'article 7, du projet de loi, le canton ne dispose à ce jour pas d'établissement de formation avec filière ES sur son territoire.

Cette disposition habilite expressément le gouvernement à négocier et signer un tel accord s'il devait être conclu avec un autre canton, dont dépend l'établissement, tel que le prévoit également l'article 75, de la LS.

## **Article 10 Aides à la formation**

Concernant la terminologie, il faut d'emblée distinguer les « aides à la formation », au sens de l'article 7, de la loi fédérale, du salaire de stage, d'autres allocations et particulièrement des bourses d'études, qui dans le Canton de Neuchâtel relèvent de la loi sur les aides à la formation (LAF du 19 février 2013, RSN 418.10).

L'article 7, de la loi fédérale, à son alinéa 1, prévoit que les cantons encouragent l'accès à une filière de formation en soins infirmiers ES ou HES en accordant des aides à la formation aux personnes qui sont domiciliées sur leur territoire ou qui leur sont rattachés du fait de leur statut de travailleur frontalier au sens de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne (CE) de 1999 ou de la Convention instituant l'Association européenne de libre-échange (AELE) de 1960, afin qu'elles puissent suivre la formation en soins infirmiers ES et HES tout en subvenant à leurs besoins. L'alinéa 2, du même article précise que ce sont les cantons qui doivent fixer les conditions, l'étendue des aides à la formation et la procédure relative à leur octroi.

L'intention du législateur était de générer des diplômés supplémentaires en versant des contributions garantissant des moyens de subsistance aux étudiant-e-s qui n'envisagent pas de suivre une formation en soins infirmiers pour des raisons financières.

À ce stade du projet, le principe a été posé d'opérer clairement à futur la distinction entre le soutien requis par l'article 7, de la loi fédérale et les prestations déjà existantes, délivrées par l'office cantonal de l'assurance-maladie et des bourses d'études (OCAB/SASO) au titre des bourses et prêts d'études sur la base de la LAF.

Afin que les aides selon l'article 7, de la loi fédérale permettent d'atteindre des personnes supplémentaires pour la filière soins infirmiers ES / HES, les contributions ne doivent pas être distribuées aux étudiant-e-s selon le « principe de l'arrosoir ». On peut y parvenir par exemple en limitant les aides à la formation à certains groupes cibles. Les conditions, le montant et la forme des

aides à la formation relèvent en définitive de la compétence des cantons. Les contributions de la Confédération se limitent à un soutien pour les étudiant-e-s en soins infirmiers ES et bachelor HES (pas de filières de master). Le plafond de la contribution fédérale est fixé à 20'000 francs par étudiant-e / an.

Les cantons peuvent examiner les demandes individuellement ou fixer des conditions (p. ex. reconversion / réinsertion professionnelle, obligations familiales, etc.). La Confédération vérifie uniquement si des conditions ont été fixées dans le cadre délimité par la loi fédérale. L'examen individuel n'est pas une condition préalable aux contributions fédérales, mais il peut être effectué. Il appartient aux cantons de décider s'ils souhaitent déléguer cette tâche à des tiers.

#### **Alinéa 1 :**

De façon à viser un public additionnel à celui des jeunes en primo-formation, il est proposé que l'aide à la formation selon l'article 7, de la loi fédérale bénéficie dans le canton aux personnes qui y sont domiciliées et s'engagent dans une formation en soins infirmiers dans le cadre d'un processus d'insertion, de réinsertion, de reconversion ou d'intégration. Cette aide s'adresserait en principe en priorité aux personnes déjà un peu plus âgées que les personnes suivant une formation selon un processus « standard ». Les jeunes en formation peuvent déjà bénéficier d'un soutien financier selon la loi cantonale sur les aides à la formation (LAF).

#### **Alinéa 2 :**

En application de l'article 7, de la loi fédérale, pourraient également prétendre à une aide à la formation destinée à encourager l'accès à une filière de formation en soins infirmiers ES ou HES les personnes rattachées au territoire cantonal du fait de leur statut de travailleur frontalier au sens de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes ou de la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association européenne de libre-échange. La compétence du Conseil d'État, inscrite à l'alinéa suivant, devra sur ce point aussi permettre d'adapter le cercle des bénéficiaires.

#### **Alinéa 3 :**

Vu la nécessité de pouvoir adapter le cercle de bénéficiaire selon les expériences acquises et selon les résultats obtenus, la compétence est donnée au Conseil d'État de définir les groupes-cibles visés par l'aide à la formation selon l'article 7, de la loi fédérale et les modalités d'octroi de l'aide (critères, procédure de fixation et montant) et de préciser l'entrée en vigueur de la mesure.

### **Article 11      Autres financements**

Cette disposition, qui ne vise pas à exécuter directement une disposition de la loi fédérale, tend à donner à l'État la faculté de financer ou de soutenir, de manière limitée dans le temps, des mesures d'accompagnement ou projets innovants visant à favoriser la promotion, la formation et la fidélisation (le maintien) dans les professions concernées par celle-ci. On pense en particulier :

- Pour la promotion, à des campagnes de communication pour promouvoir l'image des professions concernées par le projet de loi cantonale dans les médias ou sur les réseaux sociaux ;
- Pour la formation, à une campagne de soutien à la formation et/ou à l'activité de praticien formateur ou à la mutualisation ou la mise en réseau de ces derniers ;
- Pour la fidélisation ou le maintien du personnel, à l'instauration de mesures au sein des institutions ou à des mesures au niveau de la branche. On peut penser à des actions visant l'organisation du travail, la charge, le sens donné aux tâches concrètes, le climat régnant dans les équipes, les possibilités de concilier travail, famille et loisir, etc. ;
- Pour le déploiement de personnel<sup>35</sup>, à des mesures visant à optimiser l'organisation du travail entre les professions concernées, à attribuer la bonne tâche au bon professionnel dans une logique d'utilisation optimale des ressources à disposition.

---

<sup>35</sup> Voir rapport 03/2021 de l'OBSAN, Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offres et mesures pour assurer la relève.

## **CHAPITRE 5 : Dispositions transitoires et finales**

### **Article 13      Rapport au Grand Conseil**

L'article 10, de la loi fédérale enjoint le Conseil fédéral à réaliser une évaluation des effets de celle-ci sur le développement de la formation dans le domaine de soins infirmiers et présente un rapport à l'intention du parlement dans les six ans à compter de son entrée en vigueur. Il est proposé d'adopter une disposition correspondante sur le plan neuchâtelois qui permettra également une évaluation du développement de la formation d'ASSC. Cette évaluation, qui se devra d'intégrer les conclusions et recommandations du travail mené au niveau fédéral, doit permettre au Conseil d'État de se déterminer sur la suite à donner à la loi cantonale. Elle permettra aussi de se déterminer sur l'opportunité d'appliquer ou d'étendre certaines mesures à d'autres professions de la santé pour lesquelles un besoin serait identifié (par exemple obligation de formation, aide à la formation, politiques de réinsertion).

### **Article 14      Entrée en vigueur**

#### **Alinéa 2 :**

L'art. 13, al. 3 de la loi fédérale prévoit que celle-ci a une durée de validité de 8 ans.

Il est proposé de lier la durée de validité de la présente loi à celle de la loi fédérale, pour les raisons mentionnées dans le chapitre « Introduction ».

## **6.            CONSÉQUENCES FINANCIÈRES**

L'offensive de formation impose de développer le nombre de places de stage pour accueillir les étudiant-e-s ES et HES. La projection des besoins fait état de 1100 personnes à former d'ici à 2032 en soins infirmiers (ES et HES). Les cursus de formation intègrent une partie de stages (entre 40 et 72 semaines sur trois ans par étudiants), soit un total de plus de 58'000 semaines de stage pour le Canton de Neuchâtel. Les recommandations de la CDS sont de rémunérer les institutions formatrices à hauteur de 300 francs / semaine au moins. Le Conseil d'État propose de suivre cette recommandation et de prévoir une participation comprise entre 300 et 350 francs / semaine. Si l'ensemble des objectifs de formation est atteint, il conviendra donc de subventionner les institutions formatrices pour un total compris entre 17.5 millions et 20.3 millions sur 2024-2032 par un crédit d'objet. Cette fourchette permettra de s'aligner au besoin à la pratique des autres cantons (augmentation des contributions, différenciation de ces dernières en fonction des types de formation, etc.) afin d'éviter de trop grandes distorsions du marché ou encore de tenir compte de l'inflation, qui, sur une période de 8 ans, pourrait imposer d'accroître les contributions initiales. La base du calcul proposé ci-après est 350 francs.

La Confédération, dans le cadre de l'initiative pour des soins infirmiers forts, participera pour moitié à ces subventions, réduisant les subventions nettes à une fourchette comprise entre 8,75 millions et 10,15 millions de francs, soit environ 1 à 1,2 million de francs par an en moyenne. À titre de comparaison, l'État consacre chaque année près de 300 millions de francs à la rémunération des institutions concernées, et ce sans compter les prestations financées directement par l'assurance obligatoire des soins. L'effort sollicité en faveur de l'engagement de ces institutions dans la formation pratique, certes conséquent, ne représentera toutefois que moins de 0,4% d'augmentation des montants engagés annuellement par l'État auprès de ces institutions. Le tableau ci-dessous résume ces éléments.

**Tableau 3 – Calcul des contributions du canton aux institutions qui forment sur la base des besoins**

	HES	ES
Nb de nouveaux-elles étudiant- e-s	1100	
Répartition HES/ES	60%	40%
Nb étudiant-e-s par filiale	660	440
Nb semaines de stage / étudiant	40	72
Nb semaines de stage / cursus	26'400	31'680
Nb semaines de stage total	58'080	
Subvention	350.- / semaine	
<b>Total</b>	<b>20'328'000</b>	
<b>Total (arrondi)</b>	<b>20'300'000</b>	

En complément de la contribution directe aux institutions formatrices (calculée pour la demande de crédit sur la limite haute de la fourchette expliquée ci-dessus), le crédit, sollicité pour le montant brut conformément à la LFinEC, est complété par une somme de 800'000 francs pour les premières mesures d'accompagnement (sur une base de 100'000 francs par année).

**Tableau 4 – Conséquences financières**

Contributions du canton aux institutions qui forment	20'328'000
Premières mesures d'accompagnement	800'000
<b>Total</b>	<b>21'128'000</b>
<b>Total (arrondi)</b>	<b>21'100'000</b>

Comme l'illustre l'annexe 1, le crédit demandé couvre uniquement, et pour les raisons citées au chapitre 3.2., la mise en œuvre de la section 2 de la loi fédérale, soit l'encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique (articles 2 à 5 de la loi) plus de premières mesures d'accompagnement (voir chapitre 4.5.).

La participation de la Confédération, attendue à hauteur de 50%, n'ayant pas été garantie à ce stade, le Conseil d'État propose de limiter la contribution nette du canton à 12 millions de francs. Une disposition prévoyant cette limitation est ainsi incluse dans le décret et permet de garantir que les conséquences financières pour l'État annoncées dans le présent rapport ne seront pas dépassées si les contributions fédérales devaient au final être inférieures aux montants escomptés.

Le montant défini ici pour les contributions aux institutions qui forment est un maximum puisqu'il est le reflet de l'hypothèse que le besoin en infirmiers-ères parvient à être couvert à 100% (les candidats sont trouvés, les écoles sont en mesure de former, suffisamment de places de stages sont offertes par les institutions de santé, etc.). Outre qu'il permet de mettre en œuvre l'initiative et la nouvelle législation fédérale sur ce point, il permet aussi de combler une lacune, souvent relevée, du dispositif actuel de financement des institutions formatrices. Le crédit couvre la période complète de l'initiative.

*Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des sections 3 et 4 de la loi d'encouragement à la formation, impactant respectivement le SFPO et le SASO, de même que l'obligation de former des ASSC dans le canton (hors initiative), seront précisés dans un prochain rapport.*

## **7. CONSÉQUENCES SUR LE PERSONNEL**

Ce projet aura des conséquences pour les institutions de santé à mesure qu'elles devront former / mettre à disposition des praticien-ne-s formateur-trices. Il en ira de même pour les institutions de formation qui auront à engager du personnel pour former annuellement les nouvelles et nouveaux étudiant-e-s dans les filières prévues (HES-ES-ASSC).

Quant aux conséquences sur le personnel de l'État, elles sont à trouver du côté de l'autorité compétente qui décidera des quotas imposés aux institutions sur la base de la planification et de leurs capacités, qui formalisera les semaines de formation attendues et assurera le suivi de la procédure, vraisemblablement le SCSP en tant qu'autorité d'exécution du Département en charge de la santé. Le traitement, administratif notamment, induit par ces nouvelles dispositions ne sera pas négligeable au vu du nombre de nouveaux étudiant-e-s visé-e-s et du nombre d'institutions concernées.

Pour le SCSP, une fois l'offensive pleinement déployée, le besoin d'engagement est estimé à 0,4 EPT.

*Les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre des sections 3 et 4 de la loi d'encouragement à la formation, impactant respectivement le SFPO et le SASO, de même que l'obligation de former des ASSC dans le canton (hors initiative), seront précisés dans un prochain rapport.*

## **8. CONSÉQUENCES SUR LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE L'ÉTAT ET LES COMMUNES**

Le déploiement de l'encouragement de la formation dans le domaine des soins dans le Canton de Neuchâtel et les dispositions légales qui vous sont soumis n'ont aucune incidence sur la répartition des tâches entre l'État et les communes.

Le Conseil d'État saisit néanmoins l'occasion de ce rapport pour souligner une nouvelle fois que selon la répartition en vigueur, les coûts de la santé et de la formation professionnelle échoient exclusivement à l'État dans notre canton et que les défis présentés dans le présent rapport induisent une dynamique de charge significative. À terme, des mesures d'équilibrage de la dynamique des charges et des recettes entre État et communes sera dès lors indispensable. Tel n'est pourtant pas l'objet du présent rapport.

## **9. CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR**

Le projet de loi et le décret qui vous sont soumis sont conformes au droit cantonal et fédéral.

## **10. CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES, AINSI QUE POUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES**

Ce projet s'inscrit pleinement dans une perspective sociale, d'avenir et de durabilité. Dans le cadre d'un processus par étapes, il vise à lutter contre la pénurie d'infirmiers-ères et d'ASCC et à doter les institutions de soins (hôpitaux, EMS et les organisations de soins à domicile en particulier) d'un personnel en suffisance d'une part et à prendre toute une série de mesures afin d'améliorer leurs conditions de travail d'autre part. Il participe à une meilleure prise en charge des patient-e-s et à une optimisation de ces professions sur le long terme.

Il vise non seulement à assurer une prise en charge de qualité dans la durée mais également une meilleure répartition des compétences, une coordination entre les différents acteurs dans le réseau

médico-social, une optimisation dans la répartition des ressources et partant plus d'efficience dans les prises en charge tant institutionnelle qu'à domicile.

## **11. CONSÉQUENCES SUR LA PRISE EN COMPTE DE L'INCLUSION DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP**

Le projet soumis n'a pas d'incidence sur l'inclusion des personnes vivant avec un handicap. Toutefois, certains programmes développés dans le cadre de ce projet pourraient représenter une opportunité supplémentaire pour les personnes vivant avec un handicap d'accéder à ces formations et favoriser leur inclusion professionnelle, même à des temps partiels, dans le premier marché du travail.

Par ailleurs, encourager l'augmentation du personnel infirmier et d'ASSC au sein réseau de soins de notre canton devrait permettre en tous les cas le maintien voire une amélioration de la qualité des soins, dont bénéficieront également certaines personnes vivant avec un handicap.

## **12. PRÉAVIS DU CONSEIL DE SANTÉ**

Enfin, comme le veut la procédure, le Conseil de santé, organe consultatif du Conseil d'État en matière de santé, a été également consulté sur le projet de rapport et l'a préavisé à l'unanimité des membres votants.

L'examen de ce projet a été l'occasion de clarifications et d'une discussion sur la distribution des ressources en lien avec la planification des besoins, sur les objectifs attendus en fonction des titres et filières de formation, sur leur répartition, sur l'implication et l'encadrement du praticien formateur ou encore sur les mesures d'accompagnement prévues pour la phase 1.

En outre a été relevée la nécessité d'avoir aussi bien des compétences d'infirmier-ère-s à fortes compétences et donc d'éviter que le développement des formations ES se fasse au détriment des formations HES. L'inquiétude a aussi été exprimée de voir le pourcentage élevé de jeunes infirmières et infirmiers quitter la profession (+ de 30% dans les 5 premières années) avec la suggestion d'agir rapidement par des mesures incitatives et de manière plus générale pour améliorer les conditions de travail.

S'agissant de la planification des besoins par filière, il sied de rappeler que l'intention est bien de profiter de l'offensive de formation voulue par la mise en œuvre de l'initiative pour renforcer considérablement le nombre des diplômé-e-s infirmier-ère-s aussi bien ES que HES. En nombre absolu, les niveaux HES restent très clairement majoritaires, en cohérence avec le paysage neuchâtelois actuel, mais l'hétérogénéité des besoins, qu'ils soient actuels ou futurs (on peut penser aux réflexions en cours ou à venir quant aux skill grade mix), est, elle aussi, ici prise en compte.

S'agissant des inquiétudes suscitées par les départs précoces de la profession, plus largement des professions de soins, elles sont partagées et feront l'objet d'un prochain rapport, avec le traitement de la phase deux de l'initiative notamment, spécifiquement dédiée aux conditions de travail et à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle.

## **13. VOTE DU GRAND CONSEIL**

L'adoption de la loi faisant l'objet du présent rapport ancre de nouveaux principes de financement. Si une partie des dépenses sont liées directement à l'application droit fédéral, le projet de loi laisse une certaine marge de manœuvre au canton qui sort du cadre fédéral. Les implications financières ne sont pas encore connues précisément. Mais, il est fort probable à ce stade, selon les estimations faites, que le seuil de l'article 36 LFinEC sera dépassé. Il vous est donc proposé d'adopter la loi à

la majorité qualifiée de trois cinquièmes des membres du Grand Conseil (art. 36, al. 1, de la loi sur les finances de l'État et des communes, du 24 juin 2014).

Pour l'adoption du crédit d'engagement, respectivement du décret, dès lors qu'il concrétise la loi, seule la majorité simple est requise.

#### **14. SOUMISSION À RÉFÉRENDUM**

La loi et le décret sont soumis au référendum facultatif (art. 43, al. 3, let. a et b, de la Constitution ; art. 119. Let. a et b, de la loi sur les droits politiques (LDP), du 17 octobre 1984).

#### **15. CONCLUSION**

Le vieillissement de la population représente un défi dans de nombreux domaines de notre organisation sociale. En particulier dans le domaine de la santé – où il produira à la fois un appel à des ressources humaines supplémentaires conséquentes du fait de l'accroissement des besoins en soins et un retrait massif du marché du travail avec l'arrivée en retraite de la génération des « baby-boomers » – la question de la formation de la relève constitue l'une des dimensions-clé de ce défi.

Avec l'initiative « pour des soins infirmiers forts », la population a donné mandat à la Confédération et aux cantons de relever ce défi par une offensive en faveur de la formation des professionnel-le-s des soins, une meilleure coordination entre prestataires du système de santé et une amélioration des conditions de travail dans ce domaine.

En application des dispositions fédérales d'exécution, les propositions qui vous sont soumises par le présent rapport visent à concrétiser la première étape de cette démarche, synthétisée dans un projet de loi spécifique. En s'appuyant sur une évaluation des besoins conforme aux critères fédéraux et aux modalités retenues dans d'autres cantons, une estimation du nombre de places de formation a été réalisée et permet aussi de solliciter aujourd'hui les ressources nécessaires pour permettre aux institutions qui accueilleront les personnes en formation de leur offrir un encadrement adéquat.

Les moyens sollicités du Grand Conseil permettent de mobiliser à temps et au mieux les ressources mises à disposition par la Confédération. Répartis sur huit ans, ils représentent une dépense annuelle nette à charge de l'État d'environ 1,2 million de francs (dépense à laquelle s'ajoute 100'000 par année pour de premières mesures d'accompagnement). Vu le défi qui consiste à former plus de 1'000 nouveaux-elles professionnel-le-s dans le canton sur la période concernée, d'une part, et d'autre part en regard des volumes financiers globaux que mobilise chaque année le système de soins dans le canton – soit plusieurs centaines de millions de francs – ces moyens doivent néanmoins être relativisés et apparaissent comme raisonnables et adéquatement proportionnés.

La mise en œuvre de cet important projet mobilisera les compétences de trois départements et de leurs services, à savoir ceux en charge de la santé, de la formation et de l'action sociale, ainsi que l'engagement des institutions dans lesquelles se déroulera la formation. Une organisation spécifique a été mise en place pour assurer la coordination de leur action.

Enfin, il est prévu de saisir à nouveau votre Autorité en vue des prochaines étapes de mise en œuvre de l'initiative ainsi que pour un premier bilan au terme de la période initiale définie par le droit fédéral.



Compte-tenu de ce qui précède, nous vous remercions de prendre le présent rapport en considération et d'adopter le projet de loi et le projet de décret qui vous sont soumis.

Veuillez agréer, Madame la présidente, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 14 février 2024

Au nom du Conseil d'État :

*Le président,*  
A. RIBAUX

*La chancelière,*  
S. DESPLAND

---

# Loi d'exécution de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers

---

*Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,*

vu la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, du ... ;

vu le préavis du Conseil de santé, du 30 janvier 2024 ;

sur la proposition du Conseil d'État, du 14 février 2024,

*décède :*

## CHAPITRE PREMIER

### Dispositions générales

But et objet **Article premier** <sup>1</sup>La présente loi a pour but de mettre en œuvre la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers (ci-après : la loi fédérale) et de développer la formation des assistant-e-s en soins et santé communautaire (ci-après : ASSC).

<sup>2</sup>Elle prévoit à cet effet :

- a) l'élaboration d'une planification des besoins en formation pratique du personnel en soins infirmiers et des ASSC ;
- b) l'implication des institutions dans lesquelles des soins sont prodigués par du personnel en soins infirmiers et des ASSC (ci-après : les institutions) et des écoles les formant dans le développement de l'offre de formation ;
- c) la détermination des capacités de formation dans les institutions et les filières de formation ;
- d) des contributions financières aux filières de formations ES en soins infirmiers ainsi qu'aux institutions actrices dans la formation pratique ;
- e) des aides à la formation pour les personnes suivant un cursus de formation dans le domaine des soins infirmiers ;
- f) la possibilité pour l'État de financer des mesures visant à favoriser la promotion, la formation, la fidélisation ou le déploiement du personnel dans les professions concernées par la présente loi.

Exécution de la loi **Art. 2** Le Conseil d'État est chargé d'exécuter la présente loi. Il détermine dans un règlement les autorités chargées de sa mise en œuvre, compétentes pour prendre des décisions en vertu de la présente loi.

## CHAPITRE 2

### Planification des besoins en formation

Planification **Art. 3** <sup>1</sup>Le département en charge de la santé établit une planification en vue de couvrir les besoins en personnel dans le domaine des soins infirmiers et des ASSC.

<sup>2</sup>Cette planification est établie sur la base de :

- a) la planification cantonale des soins.

- b) une évaluation des besoins en places de formation en école pour les soins infirmiers selon les filières ES, HES et pour les ASSC ;
- c) une évaluation des besoins en places de formation pratique en institutions ;
- d) la capacité effective de formation des écoles et des institutions selon des critères définis par le Conseil d'État ;

### CHAPITRE 3

#### Implication des acteurs de la formation

Les institutions a) principe	<b>Art. 4</b> Les catégories d'institutions retenues par le Conseil d'État sont tenues de mettre à disposition des places de formation pratique pour les professions en soins infirmiers HES, ES et les ASSC, selon des quotas imposés par l'autorité compétente.
b) calcul des quotas	<b>Art. 5</b> <sup>1</sup> Le Conseil d'État fixe les critères pour calculer les capacités de formation pratique de l'institution en tenant compte notamment du nombre d'employé-e-s, de la structure et du type de prestations dispensées par l'institution.  <sup>2</sup> L'autorité compétente décide des quotas imposés aux institutions sur la base de la planification au sens de l'article 3 et de leurs capacités.
c) obligations	<b>Art. 6</b> <sup>1</sup> Les institutions transmettent à l'autorité chargée de la planification toutes les informations nécessaires à l'établissement de celle-ci.  <sup>2</sup> Elles élaborent un plan de formation mentionnant notamment le cadre dans lequel la formation s'insère, les objectifs et les grands axes de la formation pratique ainsi que le nombre de places disponibles en indiquant les éventuelles différences par rapport aux capacités de formation calculées selon les critères définis par le Conseil d'État conformément à l'article 5.  <sup>3</sup> Elles s'assurent que la formation pratique qu'elles offrent soit encadrée par un nombre suffisant de formateurs-trices bénéficiant des compétences requises, de manière à offrir aux personnes formées un encadrement de qualité.  <sup>4</sup> En cas de non-respect des présentes dispositions, sans justification valable, les articles 123 et suivants de la loi de santé sont applicables.
Les écoles	<b>Art. 7</b> Le Conseil d'État, dans le cadre de ses compétences, veille à une offre suffisante de formation en école pour les professions concernées par la présente loi.

### CHAPITRE 4

#### Financement

Contributions aux institutions	<b>Art. 8</b> <sup>1</sup> L'État contribue sous la forme de forfaits aux coûts induits par les formations pratiques destinées aux étudiant-e-s en soins infirmiers suivant le cursus HES ou ES.
Contributions aux écoles	<b>Art. 9</b> <sup>1</sup> Sur la base de la planification au sens de l'article 3, le Conseil d'État peut accorder des subventions afin d'encourager, y compris sur un plan intercantonal, une augmentation de places en filière de formation en soins infirmiers ES conforme aux besoins en nombre de diplômés.  <sup>2</sup> Le Conseil d'État précise les modalités d'octroi des subventions.
Aides à la formation	<b>Art. 10</b> <sup>1</sup> Les personnes domiciliées dans le canton qui s'engagent dans une formation en soins infirmiers dans un processus d'insertion, de réinsertion, de reconversion ou d'intégration peuvent prétendre à une aide à la formation au sens de l'article 7, de la loi fédérale, aux conditions et selon les modalités fixées par le Conseil d'État.

<sup>2</sup>Peuvent également prétendre à une telle aide les personnes rattachées au territoire cantonal du fait que de leur statut de travailleur frontalier au sens de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes ou de la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association européenne de libre-échange.

<sup>3</sup>Le Conseil d'État définit les groupes-cibles, les critères d'octroi, la fixation et le calcul du montant de cette aide.

Autres  
financements

**Art. 11** L'État peut financer, pour une durée limitée, d'autres mesures ou des projets innovants visant à favoriser la promotion, la formation, la fidélisation et le développement du personnel dans les professions concernées par la présente loi.

## CHAPITRE 5

### Dispositions transitoires et finales

Référendum  
facultatif

**Art. 12** La présente loi est soumis au référendum facultatif.

Rapport au Grand  
Conseil

**Art. 13** <sup>1</sup>Le Conseil d'État évalue les conséquences de l'application de cette loi sur le développement de la formation dans le domaine des soins infirmiers et de la profession d'ASSC et remet au Grand Conseil un rapport au plus tard six ans après l'entrée en vigueur de la loi.

Entrée en vigueur

**Art. 14** <sup>1</sup>Le Conseil d'État fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.

<sup>2</sup>La présente loi a effet aussi longtemps que loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers est en vigueur.

<sup>3</sup>Le Conseil d'État pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

*La présidente,                      Le/la secrétaire général-e,*

---

## Décret

**portant octroi d'un crédit d'engagement de 21'100'000 francs destiné à la mise en œuvre de l'encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique de l'offensive de formation prévue par l'initiative sur les soins infirmiers pour la période 2024-2032 et à de premières mesures d'accompagnement**

---

*Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,*

vu la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, du ...

vu la loi sur les finances de l'État et des communes, du 24 juin 2014 ;

vu le préavis du Conseil de santé, du 30 janvier 2024 ;

sur la proposition du Conseil d'État, du 14 février 2024,

*décède :*

**Article premier** <sup>1</sup>Un crédit d'engagement de 21'100'000 francs brut comprenant un cofinancement fédéral est accordé au Conseil d'État durant les exercices 2024 à 2032 pour la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs de formation des infirmières et infirmiers.

<sup>2</sup>Le crédit d'engagement visé à l'alinéa premier est destiné à financer :

- Les semaines de stage dispensées dans les institutions de soins pendant le cursus de formation HES et ES;
- Les premières mesures d'accompagnement.

<sup>3</sup>Quel que soit le montant de la participation fédérale, la dépense nette à charge du canton ne peut s'élever au maximum qu'à 12'000'000 francs.

**Art. 2** Conformément à l'article 40, alinéa 2 de la loi sur les finances de l'État et des communes (LFinEC), du 24 juin 2014, le montant du crédit d'engagement est inscrit au brut et les subventions de la Confédération seront portées en diminution du montant brut.

**Art. 3** Le Conseil d'État est autorisé à se procurer, éventuellement par voie d'emprunt, les moyens nécessaires à l'exécution du présent décret.

**Art. 4** <sup>1</sup>Le présent décret est soumis au référendum facultatif.

<sup>2</sup>Le Conseil d'État pourvoit s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

*La présidente,*

*Le/la secrétaire général-e,*

**TABLEAU DE SYNTHÈSE - PROJETS, PHASES ET ETAPES, AVEC CONTRIBUTIONS FINANCIÈRES ET CONSÉQUENCES EN PERSONNEL**
*En bleu, les éléments traités dans le cadre du présent rapport*

<b>Projets</b>	<b>Mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers 2024-2032</b>				Éventuel(s) projet(s) traitant des questions de relève des professionnel-le-s de santé  Politique sanitaire du canton
<b>Phases définies par la Confédération</b>	<b>Phase I – Offensive de formation</b>			<b>Phase II – Conditions et évolutions de carrière</b>	
<b>Bases légales</b>					
Loi fédérale	Loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers				
Proposition de loi cantonale couvrant l'ensemble de la loi fédérale	Loi cantonale d'exécution de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers				
				Loi fédérale sur les conditions de travail adaptées aux exigences professionnelles dans le domaine des soins infirmiers	
<b>Traitement de fond</b>					
Proposition de traitement 1) par sections de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation.	<b>Section 2 – Encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique</b>  Art. 2 – Planification des besoins Art. 3 – Critères de calcul des capacités de formation Art. 4 – Plan de formation Art. 5 – Contributions des cantons	Section 3 – Contributions aux écoles supérieures  Art. 6 – Contributions aux ES	Section 4 – Aides à la formation  Art. 7 – Aides à la formation		
Proposition de traitement 2= par champ de compétence.	<b>SCSP</b>	SFPO	SASO		
Contributions financières	Décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 21'100'000 francs destiné à la mise en œuvre de l'encouragement des prestations fournies par les acteurs de la formation pratique de l'offensive de formation prévue par l'initiative sur les soins infirmiers pour la période 2024-32, avec premières mesures d'accompagnement.				
Conséquences en personnel	0.4 EPT – SCSP				

**MODÈLE BERNOIS – DÉTERMINATION DES NOMRES POUR L'ÉVALUATION DU POTENTIEL  
DE FORMATION EN ENTREPRISE POUR LES PROFESSIONS DE SANTÉ NON  
UNIVERSITAIRES**

Voir brochure séparée

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Pages</i>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	1
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	1
<b>2. CONTEXTE</b> .....	2
2.1. L'initiative sur les soins infirmiers.....	2
2.2. Le contexte de pénurie.....	4
<b>3. MISE EN ŒUVRE DE L'INITIATIVE SUR LES SOINS INFIRMIERS</b> .....	6
3.1 Conduite du projet, partenaires .....	6
3.2 Phases et étapes.....	6
<b>4. MISE EN ŒUVRE DE L'ENCOURAGEMENT DES PRESTATIONS FOURNIES PAR LES ACTEURS DE LA FORMATION PRATIQUE</b> .....	7
4.1 Planification des besoins (art. 2) .....	7
4.2. Critères de calcul des capacités de formation (art. 3).....	10
4.3. Plan de formation (art. 4).....	11
4.4. Contributions des cantons (art. 5).....	11
4.5. Premières mesures d'accompagnement.....	12
<b>5. MISE EN ŒUVRE LÉGALE</b> .....	12
5.1 Introduction.....	12
5.2. Commentaire des articles de la loi .....	13
<b>6. CONSÉQUENCES FINANCIÈRES</b> .....	20
<b>7. CONSÉQUENCES SUR LE PERSONNEL</b> .....	22
<b>8. CONSÉQUENCES SUR LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE L'ÉTAT ET LES COMMUNES</b> .....	22
<b>9. CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR</b> .....	22
<b>10. CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES, AINSI QUE POUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES</b> .....	22
<b>11. CONSÉQUENCES SUR LA PRISE EN COMPTE DE L'INCLUSION DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP</b> .....	23
<b>12. PRÉAVIS DU CONSEIL DE SANTÉ</b> .....	23
<b>13. VOTE DU GRAND CONSEIL</b> .....	23
<b>14. SOUMISSION À RÉFÉRENDUM</b> .....	24
<b>15. CONCLUSION</b> .....	24
<b>Loi d'exécution de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine de soins infirmiers</b> .....	26
<b>Décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 21'100'000 francs destiné à la mise en œuvre de la première phase de l'offensive de formation pour les soins infirmiers prévue par l'initiative sur les soins infirmiers pour la période 2024-2032</b> .....	29
<b>Annexe 1 : Tableau de synthèse – projets, phase et étapes avec contributions financières et conséquences en personnel</b> .....	30
<b>Annexe 2 : Modèle bernois – détermination des normes pour l'évaluation du potentiel de formation en entreprise pour les professions de santé non universitaires</b> .....	31
<b>Voir brochure séparée</b>	



**Annexe 2 :**

MODÈLE BERNOIS – DÉTERMINATION DES NORMES POUR L'ÉVALUATION DU POTENTIEL  
DE FORMATION EN ENTREPRISE POUR LES PROFESSIONS DE SANTÉ NON  
UNIVERSITAIRES

# Définition de normes pour calculer le potentiel de formation des établissements dans les professions de la santé non universitaires

## Rapport de base

### **1 Situation initiale**

#### **1.1 Contexte et défis à relever**

Le domaine de la santé, qu'il s'agisse des hôpitaux, des établissements médico-sociaux ou des prestations ambulatoires traverse une période de profonds changements. Ceux-ci engendrent deux grands défis en matière de formation :

- Bien que le canton de Berne ait lancé des programmes d'envergure destinés à promouvoir la formation pratique dans les professions de la santé non universitaires, les nouveaux effectifs requis chaque année dans ces professions sont nettement supérieurs au nombre de professionnels que les établissements de la santé forment actuellement.
- Avec la réforme du financement hospitalier, tel qu'il est prévu dans la révision de la LAMal, les montants consacrés à la formation dans les professions de la santé non universitaires deviennent imputables, de sorte que cette tâche sera rémunérée proportionnellement par le canton et les assurances-maladie. La rémunération étant régie par le principe de l'arrosoir au niveau de la LAMal, il incombe aux cantons de régler l'indemnisation et le pilotage de la formation professionnelle.

#### **1.2 Formation pratique des professions de la santé non universitaires – le modèle bernois**

Pour relever ces défis, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) prévoit de prendre les mesures suivantes :

- Mettre en place un système de pilotage et de financement, conforme à la révision de la LAMal, pour régir la formation pratique des professions de la santé non universitaires ; système qui doit continuer à garantir l'indemnisation et un financement ciblé des prestations de formation fournies par les établissements.
- Introduire une obligation de formation dans tous les secteurs de la santé, afin d'assurer la fourniture de prestations optimales de formation au sein des établissements. Pour que tous les établissements soient sur un pied d'égalité, il faut toutefois pouvoir évaluer objectivement leurs capacités de formation, c'est-à-dire leur potentiel de formation. S'il faut éviter que certains établissements bénéficient d'avantages tandis que d'autres souffrent d'inconvénients en raison d'éléments structurels inéquitables, il importe aussi de les amener à mettre en œuvre la totalité de leur potentiel de formation.

Le réseau de prestataires de soins (de même que chacun des acteurs de ce réseau) ne peut fonctionner que lorsque tous les domaines de prestations disposent d'effectifs suffisants et du personnel suffisamment qualifié. Le pilotage de la formation doit dès lors s'appliquer à toutes les institutions qui emploient du personnel appartenant aux professions de la santé non universitaires, à savoir :

- les hôpitaux, les services de sauvetage, les cliniques psychiatriques, les cliniques de réadaptation, les centres de traitement des dépendances, les maisons de naissance;
- les établissements médico-sociaux;
- les services d'aide et de soins à domicile;
- les laboratoires médicaux privés, les instituts privés de radiologie, les thérapeutes spécialisés exerçant dans leur propre cabinet, les sages-femmes indépendantes et les professionnels de la santé indépendants.

Le modèle de pilotage englobe toutes les prestations contribuant à la formation et au perfectionnement dans les professions de la santé non universitaires, ces prestations allant des journées de découverte des métiers de la santé aux stages pour les étudiants d'une haute école spécialisée. L'étendue de la palette des prestations possibles et reconnues permet à tout établissement de contribuer à la formation.

La liste des professions de la santé non universitaires désignées par le Conseil-exécutif figure dans l'annexe 1 au présent rapport.

Le modèle de pilotage repose sur les principes suivants:

- Tous les établissements du secteur de la santé sont légalement tenus de participer à la formation et au perfectionnement du personnel des professions de la santé non universitaires.
- Chaque établissement se dote d'une stratégie de formation dans laquelle il fixe ses objectifs. Ceux-ci exploitent tout son potentiel de formation.
- L'établissement formule les mesures qui s'imposent pour appliquer sa stratégie de formation et atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.
- Chaque établissement met à la disposition de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) les données requises pour calculer son potentiel de formation.
- Sur la base du potentiel de formation, le canton détermine ex ante les prestations de formation de chaque fournisseur et la rétribution forfaitaire correspondante.
- Au terme de l'année, le canton établit un décompte. Si les prestations effectivement fournies sont supérieures à celles qui ont été fixées, le canton augmentera l'indemnité versée ; si elles sont inférieures, il reverra l'indemnité prévue à la baisse.
- Si les prestations de formation effectives sont inférieures aux exigences cantonales et inférieures à la marge de tolérance définie par le canton, l'établissement devra s'acquitter d'une compensation.

## **2 Objectifs et démarche du projet**

### **2.1 Objectifs**

Le projet a pour objectif d'élaborer des normes permettant d'estimer le potentiel de tous les établissements concernés en termes de formation et de perfectionnement dans les professions de la santé non universitaires.

### **2.2 Démarche**

#### **Étape 1 : Relevé des paramètres déterminants**

Lors d'entretiens avec des spécialistes d'établissements de référence des divers secteurs de soins (hôpital de soins aigus, long séjour (EMS) et aide et soins à domicile), nous avons cerné les principaux facteurs qui influent sur le potentiel de formation des établissements. Cette première étape a permis d'identifier

- les structures institutionnelles à distinguer en matière de formation,
- les professions enseignées dans ces différentes structures et
- les paramètres qui déterminent le potentiel de formation dans chacune d'entre elles.

#### **Étape 2 : Analyse de la situation actuelle**

L'analyse de la situation actuelle a servi à recenser l'offre actuelle de formation et de perfectionnement dans les établissements de référence. Les résultats donnent la valeur du rapport qui existe entre ressources et prestations de formation.

#### **Étape 3 : Exploitation du potentiel de formation**

En collaboration avec les établissements de référence, nous avons estimé si les prestations actuelles de formation épuisent d'ores et déjà le potentiel de l'établissement ou s'il serait possible de les étendre.

#### **Étape 4 : Normes servant à mesurer le potentiel de formation**

Les établissements de référence possèdent une bonne culture de la formation, une longue expérience dans ce domaine et un cadre axé sur la formation. A court terme, il est impossible d'appliquer les valeurs observées à des établissements qui doivent encore instaurer une culture de la formation et créer un cadre propice. L'étape 4 a consisté à adapter les normes aux valeurs mesurées dans les établissements de référence, en sachant que la norme doit correspondre aux prestations de formation réalistement exigibles. Cette étape a donné lieu à des discussions approfondies, à des analyses de plausibilité et à des vérifications, qui ont permis de fonder les normes sur des bases solides.

#### **Étape 5 : Méthode d'application**

Parallèlement à l'étape 4, nous avons élaboré une méthode d'application, complétée par une grille, qui permet de calculer le potentiel de formation d'un établissement et de ses divers services. Cette méthode assure une détermination objective et réaliste du potentiel de formation de chaque établissement. Elle est suffisamment simple et transparente pour permettre aux établissements de vérifier aisément eux-mêmes leur potentiel de formation et de planifier leurs activités dans ce domaine.

### 3 Considérations fondamentales quant au calcul du potentiel de formation

#### 3.1 Différenciation

Les établissements du secteur de la santé ne disposent pas tous des mêmes structures pour assurer la formation et le perfectionnement pratiques dans les professions de la santé. Il importe de distinguer tout d'abord les divers secteurs des soins (hôpitaux de soins aigus et cliniques, long séjour (EMS), aide et soins à domicile). Chaque établissement couvre toutefois une offre et un éventail de prestations différentes, qui influent sur ses capacités de formation. La définition des prestations de formation doit tenir compte de ces différences. D'une part, il faut éviter que des conditions structurelles désavantageuses engendrent des sanctions ; d'autre part, il est essentiel d'exploiter au mieux le potentiel de formation, afin d'assurer la relève en personnel spécialisé à l'ensemble du secteur de la santé.

#### 3.2 Délimitation des facteurs d'influence

Toutes sortes de facteurs influent sur le niveau du potentiel de formation. Nous les avons examinés, vérifiés et évalués en détail au cours des étapes 1 à 3. Ce faisant, nous visons à réduire leur complexité afin d'obtenir un moyen de mesurer le potentiel de formation à la fois pratique, fiable et non discriminatoire.

L'appréciation des facteurs d'influence nous a conduits à en délimiter trois groupes: les facteurs matériels, immatériels et atypiques. Ce dernier groupe englobe les facteurs auxquels il s'avère impossible d'attribuer une influence spécifique sur le potentiel de formation.

##### 3.2.1 Les facteurs matériels

Par facteurs matériels, nous entendons des facteurs **objectivement mesurables** qui exercent une influence sur le potentiel de formation et dont on peut tenir compte pour mesurer ce potentiel.

Voici les principaux facteurs mesurables à même d'influer sur le potentiel de formation :

- taille de l'établissement,
- structure de prise en charge, prestations fournies ou prévues et domaines d'apprentissage correspondants,
- structure du personnel (à nouveau principalement déterminée par le type de prise en charge et les prestations),
- personnel disponible (formateurs, formatrices et responsables de la formation),
- infrastructures telles que médiathèque, revues et ouvrages spécialisés, atelier et informatique,
- offres propices à l'apprentissage (journées de mise en pratique, gestion des apprentissages, etc.).

##### 3.2.2 Les facteurs immatériels

Les facteurs immatériels **ne sont pas mesurables**, mais il est parfois possible d'en donner une description qualitative. Voici les principaux d'entre eux :

- direction et stratégie entrepreneuriale,

- attitude de l'établissement face à l'apprentissage (on accorde une grande importance à la formation des jeunes ; les personnes en formation (apprentis ou étudiants) apportent des idées et des connaissances nouvelles au sein de l'établissement et le vivifient ; beaucoup de patients, de pensionnaires et de clients apprécient le contact avec les personnes en formation),
- attitude des collaborateurs et des collaboratrices (ils sont conscients de leurs responsabilités en matière de formation et sont appelés à remettre sans cesse leurs connaissances à jour ; ils apprennent en même temps que les apprentis et les étudiants ; ils s'intéressent à la formation et sont motivés à instruire les personnes en formation),
- qualification des formateurs et des formatrices,
- constitution et utilisation de réseaux de relations.

Les établissements sont libres d'ajuster les facteurs immatériels. En principe, ils ont en effet tous la possibilité d'adopter une attitude favorable à la formation. Les facteurs immatériels ne font dès lors pas l'objet d'une prise en compte différenciée, car cela reviendrait à favoriser les établissements qui ne font pas d'effort en faveur de la formation.

### 3.2.3 Les facteurs atypiques

Le nombre des facteurs qui n'exercent pas une influence spécifique sur le potentiel de formation est grand, de sorte que nous renonçons à les énumérer. Mentionnons néanmoins expressément les ressources financières et les exigences portant sur le contenu de la formation. Voici pourquoi nous laissons ces facteurs à l'écart lors de la détermination du potentiel de formation:

- Le forfait des ASSC indemnise les établissements pour les dépenses non couvertes qu'ils consacrent à la sélection, à la formation et à la rémunération des personnes en formation. Un modèle similaire est prévu pour la formation d'aide en soin et accompagnement qui débute en 2011.
- Les indemnités versées par la SAP pour les formations du niveau tertiaire fournissent aux établissements les moyens financiers nécessaires pour rémunérer leurs activités pratiques dans le domaine de la formation.
- La valeur du travail fourni par les étudiants compense les indemnités de stage que les établissements versent aux écoles dans le domaine des formations du niveau tertiaire.
- Les exigences quant au contenu de la formation sont prises en compte lors de la fixation des indemnités de formation versées aux établissements. L'enseignement dans le domaine Training et transfert (TT) de la formation en soins infirmiers ES constitue une exigence particulière du curriculum de cette formation et il est, à ce titre, assuré gratuitement par les services régionaux, les frais de ces derniers étant entièrement indemnisés par la SAP.
- Les calculs ne prennent pas en compte les dépenses extraordinaires des établissements, comme celles qui vont de pair avec la modification de formations ou l'introduction de nouvelles formations. Ces dépenses sont en effet compensées par les revenus générés par les activités de formation (recrutement de personnel formé en interne).
- Les prestations de soins et de formation étant désormais rémunérées sur la base de coûts standards, tous les établissements disposent de moyens financiers comparables, de sorte qu'il n'y a pas lieu de différencier.

### 3.3 Appréciation des facteurs matériels

#### 3.3.1 Taille de l'établissement

La taille de l'établissement<sup>1</sup> limite le potentiel qualitatif de formation des petits établissements. Divers éléments sont en cause : manque de différenciation dans la structure du personnel, champs de formation restreints, infrastructures moins adaptées et part élevée des coûts incompressibles. En concentrant leurs efforts sur les formations appropriées (formations non formalisées, p. ex.), de même qu'en participant et en recourant à des réseaux de formation, même les petits établissements peuvent contribuer à la formation du personnel de la santé.

Les normes servant à calculer le potentiel de formation sont fixées suffisamment en deçà du niveau de référence pour que même les petits établissements puissent y satisfaire.

Bien que la taille de l'établissement constitue un facteur matériel, les entretiens menés permettent de renoncer à une pondération lors du calcul du potentiel de formation.

#### 3.3.2 Structure de prise en charge et unités d'organisation

Par structure de prise en charge, nous entendons la répartition de l'offre de l'établissement selon le type et la quantité des diverses prestations. Cette structure se retrouve en général dans différentes unités d'organisation. Le tableau matriciel ci-après montre quelle unité d'organisation correspond aux divers éléments de la structure de prise en charge. La répartition structurelle peut servir de base au calcul du potentiel de formation.

Structure de prise en charge (unité d'organisation)	Hôpital de soins aigus	Psychiatrie et réadaptation	Long séjour	Aide et soins à domicile	Cabinets, laboratoires, instituts	Se prête à la formation ...
Unité de soins						Soins et assistance
Groupe d'habitation						Soins et assistance
Aide et soins à domicile						Soins et assistance
Soins intensifs / urgences						Soins intensifs (perf.)
Secteur opératoire						TO (perfectionnement en anesthésie)
Salle d'accouchement						Sages-femmes
Radiologie						TRAM
Laboratoire						ABM
Service de sauvetage						A
Soins ambulatoires						ERGO, AT, PHY, DIE

La structure de prise en charge exerce une influence directe sur le potentiel de formation. Il convient de vérifier si elle exige une différenciation.

<sup>1</sup> On peut décrire la taille de l'établissement en se fondant sur la prise en charge, les ressources mises en œuvre (personnel et moyens financiers) ou les prestations fournies. Ces trois grandeurs étant en corrélation, nous pouvons renoncer à une définition plus précise.

### 3.3.3 Prestations et structure du personnel

Nous considérons les prestations et la structure du personnel ensemble, car leur contenu est étroitement lié et que toutes deux ont un effet comparable sur le potentiel de formation. Les considérations ci-après démontrent cependant que les données mesurables concernant les prestations ne permettent que rarement de déduire le potentiel de formation dans les professions de la santé non universitaires.

Structure	Unité de mesure
<p>Hôpitaux de soins aigus, cliniques de réadaptation et cliniques psychiatriques</p> <p>Secteur hospitalier</p>	<p>Dans les hôpitaux de soins aigus, on utilise le nombre de cas pour déterminer les prestations et le plan des postes pour le personnel. Englobant le diagnostic, le traitement, les soins et l'assistance, les besoins médicaux, l'hôtellerie et la logistique, le nombre de cas rend compte de l'ensemble des prestations fournies. Il n'est pas réparti selon la structure de prise en charge mentionnée plus haut. Le dépouillement de prestations individuelles représenterait en effet beaucoup de travail et les données obtenues ne seraient probablement pas uniformes.</p> <p>Aucune représentation des prestations ne correspond donc à nos exigences. Le calcul du potentiel de formation dans les hôpitaux de soins aigus ne peut dès lors se fonder que sur le plan des postes des groupes de professions.</p> <p>Afin de préserver la simplicité du modèle, il convient d'utiliser cette unité de mesure également pour les cliniques de réadaptation et les cliniques psychiatriques.</p>
<p>Hôpitaux de soins aigus, cliniques de réadaptation et cliniques psychiatriques</p> <p>Secteur ambulatoire</p>	<p>Dans le secteur ambulatoire, les prestations sont mesurées sur la base des points tarifaires.</p> <p>Les groupes de professions travaillant dans ce secteur fournissent en général aussi des prestations pour le secteur hospitalier. Ces prestations sont incluses dans le nombre de cas et il est difficile de les distinguer les unes des autres. Dans ce secteur, le potentiel de formation ne peut donc pas non plus être déterminé à partir des prestations.</p> <p>Le calcul du potentiel de formation dans le secteur ambulatoire se fondera donc également sur le plan des postes.</p>
<p>Service de sauvetage</p>	<p>Les prestations des services de sauvetage sont recensées par intervention au sein des divers groupes d'intervention. Il est difficile de les pondérer en fonction de leur effet sur le potentiel de formation. Les services de sauvetage doivent par ailleurs fournir une grande partie de prestations de base fixes, qui varient avec la structure de la région desservie.</p> <p>Seul le plan des postes convient donc pour calculer le potentiel de formation des services de sauvetage.</p>
<p>Long séjour</p>	<p>Dans ce domaine, les prestations sont définies par les journées de séjour et le degré de soins. Il est cependant difficile de pondérer les journées de séjour selon le degré de soins en vue de connaître le potentiel de formation. Il existe toutefois une corrélation assez étroite entre les journées de séjour en fonction du degré des soins et les effectifs du personnel.</p> <p>Le calcul du potentiel de formation se fondera dès lors sur le plan des postes des groupes de professions concernés, la dotation en personnel de l'OPAH servant de base de calcul.</p>



Aide et soins à domicile	Les services d'aide et de soins à domicile diffèrent parfois beaucoup par la structure de leur prestation et de la prise en charge. Nous avons dès lors soumis ce secteur à une vaste analyse. Les résultats montrent que tant les effectifs du personnel que les prestations fournies (prestations de l'OPAS <sup>2</sup> ou totalité des prestations) sont en corrélation avec le potentiel de formation. Il s'avère donc que les prestations de l'OPAS constituent l'unité de mesure la plus appropriée pour calculer le potentiel de formation.
--------------------------	---

### 3.3.4 Personnel disponible

Pour qu'un établissement puisse jouer le rôle d'entreprise formatrice, il doit disposer de personnel<sup>3</sup> apte à dispenser une formation. Voici les conditions requises :

- Pour être en mesure de former des apprentis et des étudiants, un établissement doit compter, parmi ses effectifs, des personnes possédant la qualification de formateur ou de formatrice.
- Il incombe aux responsables de la formation de concevoir la formation, de l'organiser et d'en assurer le suivi. Au bénéfice de qualifications élevées et aptes à intervenir de manière ponctuelle, ils sont à même d'œuvrer dans le cadre de réseaux de formation.
- L'ensemble des collaborateurs participent à la formation. Aucune qualification spécifique n'est requise à ce niveau, mais une attitude favorable à la formation est indispensable pour en garantir le succès.

### 3.3.5 Infrastructures

Des infrastructures telles qu'une médiathèque, des ouvrages spécialisés et des revues, un atelier et des outils informatiques favorisent les activités de formation. Tous les établissements ne sont pas tenus de les posséder toutes. Elles peuvent également être mises à disposition au sein d'un réseau de formation ou d'une structure interétablissements (tels les services régionaux pour l'enseignement dans le domaine Training et transfert). Dans le domaine des infrastructures, les fournisseurs de prestations de formation complètent par ailleurs l'offre.

### 3.3.6 Offres propices à l'apprentissage

Les offres propices à l'apprentissage, tels les jours de mise en pratique, la gestion de l'apprentissage et autres, sont en général organisées à l'échelle de plusieurs établissements.

<sup>2</sup> OPAS : ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.

<sup>3</sup> La formation est un investissement dans le domaine du personnel. Un manque général de personnel ne doit pas conduire à économiser les formateurs et les formatrices et à renoncer à la formation, car cela revient à épuiser à terme le capital de savoir. Une pénurie de personnel n'est donc pas reconnue comme motif valable pour renoncer aux prestations de formation.

## **4 Enquête auprès des établissements de référence**

Pour disposer de valeurs de référence, nous avons mené une enquête auprès d'un centre hospitalier régional et d'un grand établissement EMS. Ces établissements accordent une grande importance à la formation, de sorte que leurs prestations actuelles dans ce domaine peuvent servir de critère de base. Les indications et les chiffres détaillés ci-après ont été vérifiés.

Dans le secteur de l'aide et des soins à domicile, nous avons interrogé trois services, mais ces auditions n'ont pas fourni des indications directes sur le potentiel de formation. Pour compléter les informations recueillies, nous avons dès lors analysé les chiffres d'un total de trente services de ce secteur, de tailles différentes et desservant différentes régions géographiques.

### **4.1 Soins et assistance dans le secteur des soins aigus**

#### **4.1.1 Situation actuelle**

Dans le secteur des soins et de l'assistance, l'hôpital de référence forme des infirmiers et infirmières ES, des infirmiers et infirmières HES et des assistants et assistantes en soins et santé communautaire (ASSC). Il assure aussi la formation d'aides en soins et accompagnement. La répartition des personnes en formation intervient aujourd'hui sur la base du nombre de lits.

Cet hôpital compte 24 unités de lits, chacune offrant actuellement 5 places de formation ASSC, réparties sur trois ans, et 6 places de stage en soins infirmiers ES par an. Dans la mesure où elles peuvent y être contraintes, les personnes suivant la formation en soins HES remplacent les personnes en formation ES. Ce sont surtout les unités de lits qui assurent la formation du personnel soignant. Les soins intensifs, l'unité de soins intermédiaires, le secteur opératoire et la clinique de jour ne sont donc pas pris en compte dans les indications ci-après.

Alors que son plan des postes en soins et assistance pour les unités de lits compte 121 équivalents plein temps (collaborateurs et collaboratrices des professions de la santé non universitaires de toutes qualifications, mais sans les personnes en formation), l'hôpital de référence fournit actuellement les prestations de formation suivantes:

- 31 places d'apprentissage d'ASSC et des stages en technique médicale pour les apprentis ASSC des institutions de long séjour situées dans les environs.
- 37 places de formation d'infirmier/ère ES par semestre, soit au total 74 places par an.
- 4 places de formation d'infirmier/ère HES en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année de formation.
- Offre complémentaire de stages à caractère général, de stages d'aptitude et de stages préparatoires.

#### **4.1.2 Estimation du potentiel maximum de formation**

Dans la situation actuelle, le potentiel de formation est exploité au maximum. Il n'est pas encore certain que l'hôpital de référence propose à l'avenir la formation d'aide en soins et accompagnement, formation qui engendrerait un coût plus élevé.

### 4.1.3 Facteurs influant sur le potentiel de formation

De l'avis des responsables de l'établissement de référence, les facteurs ci-après influent sur le potentiel de formation et sur sa mise en œuvre :

- La charge de travail de la formatrice. Il serait possible d'accroître le potentiel si la formatrice pouvait se consacrer entièrement à la formation.
- Le nombre des candidats à la formation, ainsi que les procédures de sélection et de recrutement et leurs résultats.
- La collaboration entre les services.
- Les professionnels devraient se former entre eux : les ASSC des ASSC, des diplômés de futurs diplômés. Ce principe ne peut pas encore s'appliquer entièrement aux ASSC, car la profession est en pleine mutation.
- Les plans des postes sont subdivisés selon les prestations fournies et varient d'un service à l'autre. Tous les services proposent néanmoins les mêmes formations. Selon les cas, la formatrice figure pour un pourcentage donné à titre d'infirmière diplômée dans le plan des postes.
- La proportion de personnes en formation (apprentis et étudiants) et de patients n'est pas déterminante pour le potentiel de formation. Les problèmes surgissent lorsque les apprentis et les étudiants n'ont pas la possibilité d'apprendre ou de travailler dans des services de l'établissement en raison d'une pénurie grave de personnel.
- Les responsables pensent que la qualité des soins tend plutôt à s'accroître avec le nombre d'apprentis et d'étudiants, car leur présence stimule la réflexion. On atteint les limites du système lorsqu'il n'est plus possible d'accompagner les personnes en formation. Dans l'établissement de référence, ces limites n'ont pas été atteintes.

### 4.1.4 Conclusion et norme pour les soins et l'assistance dans le secteur des soins aigus

Sur la base des données collectées dans l'hôpital de référence, il est possible de fixer la norme par service ou par unité de lits. La taille des services et leur subdivision variant d'un hôpital à l'autre, cette grandeur ne peut pas s'appliquer indifféremment à tous les établissements. Comme unité de mesure, il convient dès lors d'utiliser le plan des postes du domaine des soins et de l'assistance.

Pour les hôpitaux de soins aigus, la norme a été fixée à 60% de la valeur de l'hôpital de référence, pour les cliniques de réadaptation et les cliniques psychiatriques, à 40% de cette valeur.

## 4.2 Professions MTT, obstétrique et gynécologie, service de sauvetage

### 4.2.1 Radiologie médicale (TRAM)

Situation actuelle	Deux étudiants sont actuellement formés en parallèle. Le potentiel de formation est déterminé par le nombre de techniciens et techniciennes en radiologie médicale, qui est bien entendu en rapport avec le volume des prestations. La radiologie emploie aujourd'hui 14 collaborateurs diplômés, qui correspondent à 1080% de postes. Le service forme ainsi une personne pour 540% de postes.  Les personnes en formation travaillent surtout durant la journée et l'équipe de jour compte 5 à 6 techniciens et techniciennes en radiologie médicale, de sorte
--------------------	--

	que le taux d'encadrement est de 2,5 : 1.
Potentiel maximal de formation	Le service de radiologie pourrait former une personne supplémentaire. La valeur de référence est ainsi de 1 étudiant ou étudiante pour 360% de postes de technicien ou technicienne en radiologie médicale inscrits dans le plan des postes.
Facteurs influant sur le potentiel de formation	Pour les hôpitaux de soins aigus, lire la description ci-dessus sous « situation actuelle ». Pour ce qui est des institutions privées, il faut se rappeler qu'elles doivent répondre à des impératifs de rentabilité. On pourrait dès lors envisager un taux d'encadrement plus faible.
Conclusion et norme pour cette profession	Hôpitaux de soins aigus : 1 étudiant ou étudiante pour 500% de postes de personnel diplômé figurant dans le plan des postes. Cette norme étant inférieure à la référence, on peut également exiger des institutions privées de la respecter.

#### 4.2.2 Laboratoire médical (ABM)

Situation actuelle	La formation se déroule au laboratoire médical, qui emploie 11 techniciens/techniciennes en analyse biomédicale pour un total de 890% de postes. Le laboratoire fonctionne 24 heures sur 24, de sorte que 3 à 6 personnes sont toujours présentes.  Le laboratoire forme une étudiante, qui ne travaille que durant la journée. Principaux domaines: hématologie, chimie clinique, immunohématologie.
Potentiel maximal de formation	Dans la situation actuelle, le potentiel de formation est entièrement utilisé. Le laboratoire doit compter au moins 500% de postes, dont 3 personnes doivent être présentes pour pouvoir dispenser une formation.
Facteurs influant sur le potentiel de formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau de formation des étudiants. Leur initiation aux trois grands domaines que sont l'hématologie, l'immunologie et les analyses cliniques exige un taux d'encadrement de 1 : 1.</li> <li>• Taille du laboratoire.</li> </ul>
Conclusion et norme pour cette profession	Hôpitaux de soins aigus : 1 étudiant ou étudiante pour 600% de postes de personnel diplômé figurant dans le plan des postes. Cette norme étant inférieure à la référence, on peut également exiger des institutions privées de la respecter.

#### 4.2.3 Physiothérapie (PHY)

Situation actuelle	Les étudiants en physiothérapie sont formés aussi bien dans le service ambulatoire que dans les unités de soins. Le plan des postes de la physiothérapie compte 11 physiothérapeutes diplômés (hommes et femmes) pour un total de 840% de postes.  Le service forme actuellement 2 étudiants en physiothérapie ainsi qu'un masseur médical. Les deux personnes en formation assument ensemble les tâches d'un ou d'une physiothérapeute. Former la relève s'avère donc rentable.
Potentiel maximal de formation	L'offre actuelle de trois postes de stage (2 physiothérapeutes et un masseur médical) épuise le potentiel de formation.
Facteurs influant sur le potentiel de formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume de la demande de prestations. L'hôpital de référence fournit actuellement l'équivalent de quelque 1,4 million de points tarifaires par an.</li> <li>• Nombre suffisant de situations simples, sans complexité particulière, que les</li> </ul>

	<p>personnes en formation peuvent gérer seules.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les changements au sein de l'équipe réduisent le potentiel de formation.</li> <li>• Les modules A et B ont la même valeur. Dans le cas du module A, certains établissements risquent toutefois d'utiliser les stagiaires comme de la main-d'œuvre bon marché et de négliger leur formation (cette remarque vaut pour l'ensemble des filières HES).</li> <li>• Du point de vue structurel, la formation est également possible dans des cabinets individuels. Son financement est alors plus difficile, car les activités productives des étudiants ne peuvent pas être facturées.</li> </ul>
Conclusion et norme pour cette profession	La norme est fixée à 1 étudiant ou étudiante pour 300% de postes de physiothérapeutes diplômés. Les étudiants étant peu nombreux dans ce domaine et, surtout, peu disponibles pour suivre les stages de fin de formation, ce nombre est quelque peu aléatoire.

#### 4.2.4 Ergothérapie (ET)

Situation actuelle	L'hôpital de référence ne proposant pas cette formation, le relevé a été effectué dans un établissement comparable. Celui-ci emploie des ergothérapeutes à raison de 340% de postes et propose actuellement 18 semaines de formation dans ce domaine.
Potentiel maximal de formation	L'hôpital considéré pourrait offrir des stages de fin de formation (modules complémentaires B), mais ces postes n'ont pas pu être occupés. L'existence même de stagiaires exerce une influence considérable sur le potentiel de formation.
Facteurs influant sur le potentiel de formation	---
Conclusion et norme pour cette profession	Les prestations actuelles de formation correspondent à une norme de 5,3 semaines de formation par équivalent plein temps. Les étudiants étant peu nombreux dans ce domaine et, surtout, peu disponibles pour suivre un stage de fin de formation, ce nombre est quelque peu aléatoire.

#### 4.2.5 Diététique (DIE)

Situation actuelle	Pour cette profession, le relevé a également eu lieu dans un hôpital comparable. Celui-ci emploie des diététiciens et diététiciennes diplômés à raison de 280% de postes et propose actuellement 51 semaines de formation.
Potentiel maximal de formation	Les données actuelles comprennent un stage de fin d'études (module complémentaire B). En diététique aussi, l'existence même de stagiaires exerce une influence considérable sur le potentiel de formation.
Facteurs influant sur le potentiel de formation	---
Conclusion et norme pour cette profession	Les prestations actuelles de formation correspondent à une norme de 18,2 semaines de formation par équivalent plein temps. Les étudiants étant peu nombreux dans ce domaine et, surtout, peu disponibles pour suivre un stage de fin de formation, ce nombre est quelque peu aléatoire.

#### 4.2.6 Gynécologie et obstétrique (SF)

Situation actuelle	<p>L'hôpital de référence dispose d'un service intégré d'obstétrique, toutes les fonctions étant réunies dans le même service. Cette structure favorise la formation, qui est complétée par un passage au sein du service prénatal, de la consultation ambulatoire et du secteur opératoire (césarienne).</p> <p>La formation connaît actuellement une transition NP-HES. Pour chaque année de la filière, l'établissement compte deux personnes en formation (une qui suit la formation initiale et une la formation abrégée), soit au total 6 étudiantes.</p> <p>L'établissement propose par ailleurs tout au long de l'année une place de stage préparatoire de 8 semaines pour les hommes sages-femmes et les sages-femmes. Chaque année, il peut ainsi accueillir 4 à 6 personnes pour ce stage.</p>
Potentiel maximal de formation	<p>Le potentiel de formation est entièrement utilisé.</p> <p>L'hôpital de référence souhaiterait accueillir des étudiants du module B. Pour chacun d'eux, il supprimerait alors une place dans la formation initiale.</p>
Facteurs influant sur le potentiel de formation	<p>Le potentiel de formation est calculé sur la base des domaines de formation, le nombre de naissances constituant un facteur limitatif. L'hôpital de référence enregistre environ 530 naissances par an, ce nombre déterminant directement le plan des postes en gynécologie et obstétrique.</p> <p>Le programme de la dernière année de formation met l'accent sur les situations exceptionnelles, dont le nombre est limité dans l'hôpital de référence.</p>
Conclusion et norme pour cette profession	<p>La norme est fixée à 1 étudiant ou étudiante pour 400% de postes. Les étudiants étant peu nombreux dans ce domaine et, surtout, peu disponibles pour suivre un stage de fin de formation, ce nombre est quelque peu aléatoire.</p>

#### 4.2.7 Service de sauvetage (A)

Situation actuelle	<p>Le service de sauvetage et les urgences sont réunis au sein d'une seule unité d'organisation, le travail étant assuré par la même équipe. Les étudiants assument des tâches polyvalentes, y compris la pose de plâtres. Le service de sauvetage procède à quelque 4500 interventions par an.</p> <p>Il forme actuellement 6 personnes : 4 suivent la formation abrégée et 2 un perfectionnement en soins d'urgence.</p>
Potentiel maximal de formation	<p>Le potentiel de formation est entièrement utilisé.</p>
Facteurs influant sur le potentiel de formation	<p>Le potentiel de formation dépend avant tout de l'organisation. La taille de la région desservie détermine les prestations de base fixes.</p>
Conclusion et norme pour cette profession	<p>La norme est fixée à 1 étudiant ou étudiante pour 300% de postes figurant dans le plan des postes.</p>

#### 4.2.8 Technique en salle d'opération (TO)

Situation actuelle	<p>L'hôpital comparable emploie actuellement des techniciens et techniciennes</p>
--------------------	---

	en salle d'opération à raison de 260% de postes et offre « plusieurs » semaines de formation. Le rapport part de l'hypothèse qu'il s'agit d'un stage.
Potentiel maximal de formation	Aucune estimation n'est disponible.
Facteurs influant sur le potentiel de formation	---
Conclusion et norme pour cette profession	On suppose que les prestations actuelles correspondent à 9,7 semaines de formation par équivalent plein temps.

### 4.3 Long séjour (EMS)

#### 4.3.1 Situation actuelle

Les institutions de long séjour diffèrent par leur taille et par leur fonctionnement. Au moment du relevé (juin 2010), la structure de l'établissement médico-social de référence se présentait comme suit :

<b>Structure</b>	
Nombre de lits	92
Nombre de groupes d'habitation ouverts	4
Nombre de groupes d'habitation protégés (pour personnes atteintes de démence), sans activités de formation	1
Degré moyen des soins (dans le système à dix degrés) prodigués aux pensionnaires en 2010	4,3
<i>Plan des postes dans le secteur des soins et de l'assistance selon la dotation en personnel de l'OPAH</i>	<i>50 postes</i>
<b>ASSC – prestations actuelles de formation</b>	
Apprentis/apprenties ASSC (formation ordinaire)	13
Apprentis/apprenties ASSC adultes	4
Années de formation ASSC par groupe d'habitation ouvert	4 env.
<b>Autres offres actuelles de formation au degré secondaire II</b>	
Stages pratiques EMSp	0
Stages de maturité professionnelle santé	0
<b>Soins infirmiers ES</b>	
Stages en soins infirmiers ES (nombre insuffisant d'étudiants)	1
<b>Activation ES</b>	
Nombre d'étudiants (engagés par le cabinet du lieu de formation)	1
<b>Autres offres de formation et formations non formalisées</b>	
Stages d'aptitude en soins infirmiers ES (pas de demande)	0
Stages pratiques EMSp	0

Stages de maturité professionnelle santé	0
Journées de découverte des métiers de la santé	1 par sem. et groupe d'habitation
Stages pratiques d'orientation professionnelle	2 par sem. au total

#### 4.3.2 Estimation du potentiel maximum de formation

L'établissement médico-social (EMS) de référence réalise actuellement un projet d'agrandissement qui augmentera le nombre de lits et réduira le nombre de groupes d'habitation ouverts. A l'avenir, 6 groupes d'habitation ouverts, de 14 à 18 lits chacun, offriront des places de formation. L'établissement comptant au total 100 lits, on peut s'attendre à un plan de 56 postes environ selon la dotation en personnel de l'OPAH. Malgré la réduction de la taille des groupes d'habitation, les responsables de l'EMS partent de l'hypothèse que le potentiel de formation par groupe ouvert ne changera pas. A l'exception de stages pour les étudiants en soins infirmiers HES, le groupe protégé pour pensionnaires atteints de démence n'offre pas de place de formation.

Voici le potentiel maximum de formation de l'avis des responsables de l'EMS de référence :

Apprentissages au degré secondaire II – valeurs cibles	Offre totale
Aide en soins et accompagnement AFP	2 places d'appr.
Places d'apprentissage ASSC, formation ordinaire et ASSC adultes, groupes d'habitation ouverts	3 places par groupe, 18 places au total
Formation en soins infirmiers ES – valeurs cibles	
Stages en soins infirmiers ES – formation ordinaire (24 semaines)	4 places
Stages en soins infirmiers ES – formation abrégée (12 semaines)	4 places
Activation ES	
Nombre d'étudiants	1 tous les deux ans
Autres formations et formations non formalisées	
Stages d'aptitude en soins infirmiers ES (2 jours)	1 par semaine, au max. 48 par an
Stages pratiques EMSp (2 semaines)	2 toutes les deux sem. au max. 28 par an
Stages de maturité professionnelle santé (24 semaines)	2 par semestre, au max. 4 par an
Journées de découverte des métiers de la santé	1 par sem. et par groupe
Stages pratiques d'orientation professionnelle	2 par sem. au total

#### 4.3.3 Facteurs influant sur le potentiel de formation

De l'entretien avec les responsables de l'EMS de référence il est ressorti que le potentiel de formation subit notamment l'influence des facteurs ci-après :

- Formateurs/formatrices et responsables de la formation : en tant que grande organisation, l'EMS de référence dispose des personnes requises à l'interne. On peut supposer que les EMS plus petits sont en mesure de mettre à disposition le nombre requis



de formateurs à l'interne. Ils devront toutefois recourir à des réseaux de formation pour trouver des responsables de la formation.

- Taille du groupe d'habitation : la taille du groupe d'habitation n'exerce pas une influence décisive sur le potentiel de formation.
- Domaines d'apprentissage : ils varient avec le degré de dépendance aux soins des pensionnaires. Une situation équilibrée règne au sein des groupes d'habitation de l'EMS de référence. Le groupe réservé aux personnes atteintes de démence n'offre aucun domaine d'apprentissage.
- Le degré de dépendance des pensionnaires aux soins se reflète dans le plan des postes du secteur soins et assistance. Celui-ci exerce une influence correspondante sur le potentiel de formation.
- L'intégration des personnes en formation (apprentis et étudiants) dans le plan des postes et les normes définies par la SAP pour les postes facilite une intense activité de formation.
- Les facteurs immatériels (culture, attitude, hiérarchie structurelle et sur le terrain) revêtent une importance décisive.
- Il est tout aussi crucial de recruter suffisamment d'apprentis et d'étudiants. Dans ce domaine, le long séjour souffre d'un déficit d'image, qu'il serait bon de corriger d'urgence en menant une campagne appropriée.

#### 4.3.4 Conclusion et norme pour le long séjour

Dans le secteur du long séjour, la norme du potentiel de formation a été fixée à 60% de la valeur relevée dans l'EMS de référence.

### 4.4 Aide et soins à domicile

#### 4.4.1 Situation actuelle

La structure et la palette de l'offre des services d'aide et de soins à domicile varient, tout comme la structure d'âge, la structure sociale et la demande de la population desservie. Le rapport entre le temps consacré aux trajets et la durée du travail productif diffère en outre beaucoup selon les conditions topographiques. Les données actuelles de l'aide et des soins à domicile ont dès lors été relevées dans trois services. En voici un aperçu (toutes les données chiffrées sont arrondies) :

Structures	Service 1	Service 2	Service 3
Population desservie	140 000 env.	30 000 env.	50 000 env.
Nombre d'antennes	14	3	5
Type de zone desservie	urbaine	rurale avec des sous-centres	rurale avec des sous-centres
ASSC – prestations actuelles de formation			
Total des apprentis ASSC	21	7 en formation ordinaire + 2 ASSC adultes	15 en formation ordinaire
Années de formation ASSC fournies	21	9	15
Années de formation ASSC par antenne	1,5	3	3

Population desservie par année de formation ASSC	6 660	3 330	3 300
Formation en soins infirmiers ES			
Stages en soins infirmiers ES	Selon l'offre d'étudiants	Quelques semaines (hors canton)	3 stages en soins infirmiers à Berne par an
Formations non formalisées			
Journées de découverte des métiers de la santé	Pas de relevé détaillé		
Stages pratiques d'orientation professionnelle	Pas de relevé détaillé		

Outre les formations d'ASSC et celles en soins infirmiers ES, les services n'assurent pas la formation dans d'autres professions de la santé. A l'avenir, des services assez grands pourraient dans une certaine mesure participer à la formation en soins infirmiers HES.

#### 4.4.2 Estimation du potentiel maximum de formation

Les trois services interrogés ont donné la même estimation du potentiel de formation. Le service n° 1 a toutefois relevé que les conditions financières actuelles ne permettent d'utiliser que la moitié de ce potentiel. Pour l'exploiter davantage, il faudrait améliorer le cadre financier.

Voici l'estimation du potentiel de formation:

- 1 apprenti/e ASSC par antenne et par année de formation, soit au total 3 ASSC en formation par antenne.
- 1 stage en soins infirmiers ES (selon le programme d'études bernois) par antenne et par an.
- Le potentiel n'a pas pu être estimé pour la formation avec attestation professionnelle. La majorité des établissements indiquent que les apprentis ASSC et les personnes suivant la filière ES forment une partie fixe de leur structure, de sorte que les personnes en filière conduisant à l'attestation représenteraient du personnel supplémentaire. Leur recrutement reviendrait à développer l'offre de formation, développement qui s'avère impossible dans les conditions actuelles.
- Le potentiel de formation pour les personnes suivant la filière HES n'est pas connu et il est impossible d'en donner une estimation fiable en l'absence d'expérience pratique.
- Selon les données obtenues, le potentiel maximum de formation correspond à 8,8 semaines par équivalent plein temps de personnes employées dans le secteur soins et assistance. Cette valeur sert de référence. Si l'on fixe la norme à 60 % de la référence, le potentiel de formation atteint 5,3 semaines par équivalent plein temps.

L'enquête a fourni d'autres informations intéressantes sur les activités et le potentiel de formation:

- Formateurs/formatrices et responsables de la formation : de taille moyenne à grande, les services interrogés disposent du personnel requis à l'interne. Des services plus petits peuvent mettre le nombre requis de formateurs à disposition à l'interne ou créer les postes nécessaires. Ils devront toutefois recourir à des réseaux de formation pour trouver des responsables de la formation.

- Les exigences quant au contenu de la formation en soins et assistance ne posent pas de problème insoluble, mais celles de la formation en soins infirmiers ES risquent d’excéder les capacités disponibles.
- La situation d’apprentissage varie selon la structure des prestations demandées. Il existe donc une relation entre structure de l’offre et potentiel de formation.
- La structure du milieu bâti et la topographie exercent une influence sur le rapport entre temps de trajet et durée de travail productif, et déterminent la situation d’apprentissage.

Les services qui desservent des zones décentralisées (sans sous-centres) dépourvues d’un réseau assez dense de transports publics ne disposent que d’un potentiel limité de formation pour de jeunes apprentis et étudiants sans permis de conduire. Elles ne peuvent pratiquement former que des personnes détentrices du permis (ASSC adultes, étudiants ES).

#### 4.4.3 Analyse complémentaire des données

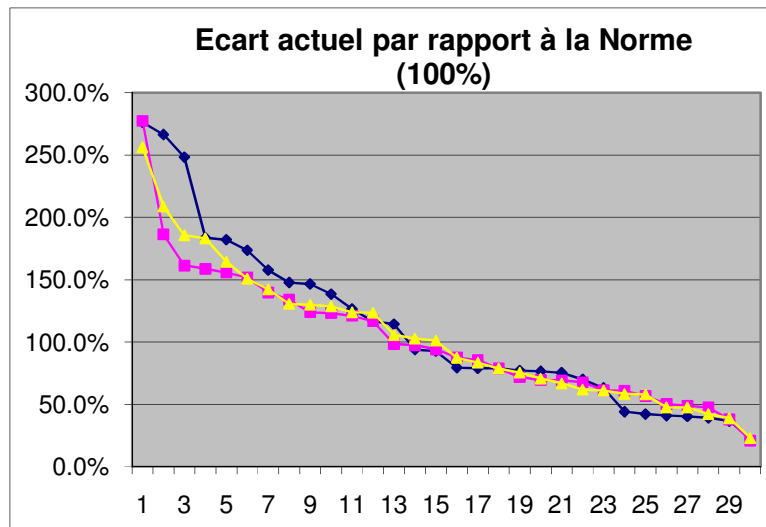
L’enquête n’a pas fait ressortir de relation directe entre le nombre de postes et le potentiel de formation. Nous n’avons pu établir une telle relation qu’à l’aide de la grandeur auxiliaire que constitue le nombre d’antennes. Il n’a pas non plus été possible d’identifier une relation univoque entre la population desservie et le potentiel de formation. Voilà pourquoi nous avons entrepris de compléter notre examen en analysant les données de trente services d’aide et soins à domicile qui différaient par leur structure, leur taille et la zone géographique desservie. Présentée ci-après, cette analyse a porté sur les corrélations des activités de formation avec

- le plan actuel des postes dans le secteur aide et assistance (1<sup>er</sup> rang du graphique ci-dessous),
- les prestations OPAS selon l’ordonnance sur les prestations de l’assurance des soins, (2<sup>e</sup> rang du graphique ci-dessous),
- l’ensemble des prestations (3<sup>e</sup> rang du graphique ci-dessous).

Pour la représentation comparative des corrélations, nous avons converti la norme de 5,3 obtenue à l’aide du plan actuel des postes et des prestations de formation en heures de prestations, de telle sorte que le calcul basé sur les prestations fournisse le même potentiel de formation en semaines que la norme se référant aux équivalents plein temps. Voici les normes ainsi obtenues :

Type de calcul	Norme	Potentiel de formation identifié
Calcul basé sur les équivalents plein temps (norme exprimée en semaines par EPT)	5,3	5 078 semaines
Calcul basé uniquement sur les prestations de l’OPAS (norme en semaines pour 1000 heures de prestations)	5,4	5 138 semaines
Calcul basé sur l’ensemble des prestations (prestations de l’OPAS, prestations ménagères et encadrement social) (norme en semaines pour 1000 heures de prestations)	3,9	5 159 semaines

Voici la représentation graphique de ces résultats :



Les trois corrélations suivent des courbes similaires. L'évolution des prestations dans le secteur aide et soins à domicile et les constats de la planification des soins pour la période 2011 à 2014 montrent que les prestations de l'OPAS deviennent à l'évidence l'activité principale de ce secteur. Calculer la norme sur la base des prestations de l'OPAS offre dès lors la solution la plus adéquate et nous la retenons.

L'analyse complémentaire des données révèle que la norme de base calculée à partir des plans des postes actuels se situe à un niveau très bas, même trop bas. En accord avec l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, la norme a dès lors été relevée à 5,9 semaines de formation pour 1000 heures de prestations exprimées en prestations de l'OPAS. Aujourd'hui, sur les 30 services d'aide et de soins à domicile, 12 respectent déjà cette norme, deux se situant juste à la marge de tolérance.

## 5 Normes

### 5.1 Calcul de l'effort de formation par type de formation

Dans le cas des formations au degré tertiaire, l'unité « étudiant/étudiante » ne constitue pas une grandeur claire, car de grandes différences séparent les programmes d'études. Le calcul de l'effort consenti pour la formation se fonde donc sur les semaines de stage. Pour ce calcul, le **temps de présence** est déterminé en semaines ou en fractions de semaine, même dans le cas de périodes de formation très brèves.

Normalement, une semaine de stage correspond aussi à une semaine passée au sein de l'établissement. La formation en soins infirmiers ES constitue une exception, car elle comporte une forte proportion d'absences dues à la formation dans le domaine Training et transfert, celle-ci occupant 17 journées sur les 23 semaines de stage. Un stage de 23 semaines correspond donc à une présence en établissement de 19,6 semaines.

Les formations du secondaire II sont mesurées en années d'apprentissage. Afin de garantir la comparabilité avec les autres formations, le potentiel de formation est, dans ce domaine aussi, exprimé en semaines de **présence dans l'établissement** au cours d'une année.

Voici un aperçu de l'effort de formation dans les différentes professions de la santé ainsi que des prestations fournies dans les formations non formalisées :

Profession de la santé	Unité de mesure: semaine	
<b>Personnel soignant – formation au secondaire II</b>		
Aide en soins et accompagnement	Année de formation	36,5
ASSC, formation ordinaire	Année de formation	31,7
ASSC, formation ordinaire avec cours préparatoire MP	Année de formation	24,3
ASSC, formation ordinaire avec MP intégrée	Année de formation	24,4
ASSC adultes (formation raccourcie)	Année de formation	34,3
<b>Personnel soignant – formation au tertiaire</b>		
Infirmière ES	Stage	19,6
Infirmière ES, formation abrégée	Stage	9,8
Infirmière HES, stages en cours de formation	Stage	13,3 <sup>5</sup>
<b>Sages-femmes</b>		
Sage-femme HES, stages en cours de formation	Stage	13,3
Sage-femme HES, formation abrégée, stages en cours de formation	Stage	13,3
<b>Ambulancier/ère</b>		
Ambulancier/ère ES	Stage	29
Ambulancier/ère ES, formation abrégée	Stage	33
<b>Professions médico-techniques et médico-thérapeutiques, stages en cours de formation</b>		
Technicienne en salle d'opération ES	Stage	28,7
Spécialiste en activation ES	Stage	27,7
Hygiéniste dentaire ES	Stage	40
Technicienne en analyse biomédicale ES	Stage	24,7
Technicienne en radiologie médicale ES	Stage	25,7
Physiothérapeute HES	Stage	13,0
Diététicienne HES	Stage	13,3
Ergothérapeute HES	Stage	12,7

<sup>4</sup> Moyenne sur les trois années de formation.

<sup>5</sup> Moyenne des stages de différentes durées effectués au cours des trois années de formation.

<sup>6</sup> En règle générale, moyenne des stages de différentes durées effectués au cours des trois années de formation. Dans le cas des hygiénistes dentaires, le stage n'intervient qu'au cours de la troisième année de formation.

Stages de fin de formation pour les filières HES (modules complémentaires B)		Semaines par stage
Physiothérapeute HES	Stage de fin de formation	40
Diététicienne HES	Stage de fin de formation	40
Ergothérapeute HES	Stage de fin de formation	40
Infirmière HES	Stage de fin de formation	40
Sage-femme HES	Stage de fin de formation	40

Stages en général		Semaines par stage
Journée de découverte des métiers de la santé (1 jour)	Journée	0,2
Stage pratique d'orientation professionnelle (4 jours)	Stage	0,8
Stage pratique EMSp (2 semaines)	Stage	2
Stage de maturité professionnelle santé	Stage	24

Stages d'aptitude		Semaines par stage
Stage d'aptitude en soins infirmiers ES (2 jours)	Stage	0,4

Stages préparatoires aux filières HES (modules complémentaires A)		Semaines par stage
Physiothérapeute HES	Stage préparatoire	8
Diététicienne HES	Stage préparatoire	8
Ergothérapeute HES	Stage préparatoire	8
Infirmière HES	Stage préparatoire	8
Sage-femme HES	Stage préparatoire	8

## 5.2 Les normes

### 5.2.1 Principes de base régissant le calcul des normes

Dans le secteur des hôpitaux et des cliniques, les normes sont fixées en fonction des plans des postes actuels, dans le long séjour (EMS) selon la dotation en personnel de l'OPAH et dans l'aide et les soins à domicile selon les prestations OPAS fournies (exprimées en heures).

A partir de l'analyse du potentiel de formation dans les divers domaines de soins, décrite au point 4, et du calcul de l'effort de formation en semaines, présenté ci-dessus, nous passons à présent au calcul des normes. Celles-ci expriment un « potentiel de formation en semaines de formation pour un poste à 100% ». Une norme fixée à 7,1 signifie, par exemple, qu'à chaque poste à 100% de la profession considérée ou du groupe de professions considéré correspond un potentiel de formation de 7,1 semaines.

Dans le cas des professions MTT, le potentiel de formation a été déterminé séparément pour chaque profession, de sorte qu'il est également possible de calculer une norme pour chacune d'entre elles. Dans le cas des professions du tertiaire, où les effectifs (personnel et personnes en formation) sont faibles, une telle séparation conduit à des résultats par trop aléatoires. Le regroupement des professions MTT par domaines (à l'instar du domaine des soins et de l'assistance) serait souhaitable afin d'éviter les hasards induits par la modestie des effectifs, et nous l'avons testé. Comme les normes diffèrent cependant beaucoup d'une profession à l'autre, que les possibilités d'externaliser les prestations sont multiples et que le

recours à une externalisation varie énormément, des regroupements conduiraient à de trop grandes distorsions. Nous avons donc pour l'heure renoncé à grouper les professions MTT, mais nous réexaminerons cette possibilité lors de futures évaluations et de la mise au point de nouveaux modèles.

Dans le domaine des soins et de l'assistance, le potentiel de formation a au contraire été déterminé globalement et non pas pour chaque profession séparément. Voici pourquoi :

- Les professions du domaine des soins et de l'assistance sont désormais classées selon le nouveau système de formation. La réforme a introduit la profession d'assistante en soins et santé communautaire (ASSC) et, depuis 2011, celle d'aide en soins et accompagnement. Ces professions sont en phase de définition et tous les établissements ne les ont pas encore adoptées dans la même mesure.
- Les activités des diverses professions du domaine des soins et de l'assistance sont analogues et présentent des recoupements. Les établissements ne recourent pas de manière uniforme à ces différentes professions.
- Les changements survenus dans le monde professionnel conduisent les établissements à revoir l'organisation de leurs structures et de leur fonctionnement dans le domaine des soins et de l'assistance, de même qu'à reconsidérer le *skill mix* et le *grade mix*. Les établissements n'ont toutefois pas tous appliqué les changements survenus à la même vitesse.

Toutes ces différences fausseraient inévitablement les relevés que l'on entreprendrait séparément pour les professions du domaine des soins et de l'assistance. Voilà pourquoi nous avons déterminé le potentiel de formation et fixé la norme correspondante pour l'ensemble de ce domaine. La séparation par profession intervient dans un deuxième temps et nous la présentons au point 5.2.3.

Outre les formations institutionnalisées, on attend des établissements qu'ils proposent des stages à caractère général, des stages d'aptitude et des stages préparatoires (formations non formalisées). Ces offres sont très variées, il est moins facile de les planifier que les formations proprement dites et toutes les institutions sont appelées à y contribuer. Nous avons dès lors renoncé à procéder à une analyse en vue de déterminer le potentiel de formation dans ce domaine et décidé d'augmenter de 5% le potentiel de formation déterminé à l'aide des normes.

## 5.2.2 Calcul des normes

Pour chaque profession de la santé, ou pour le groupe de professions des soins et de l'assistance, on calcule une norme en distinguant hôpitaux, cliniques et long séjour. Voici les modalités de ce calcul :

- En se fondant sur l'analyse des prestations de formation des établissements de référence, on détermine le potentiel de formation, exprimé en semaines de formation pratique.
- On augmente ce potentiel de formation de 5% afin de tenir compte de la part estimée des formations non formalisées.
- On divise alors le potentiel de formation par le nombre de postes à plein temps de la profession considérée ou du groupe de professions considéré. On obtient ainsi le nombre de semaines de formation assurée pour un poste à plein temps de la profession considérée (ou du groupe de professions considéré). Cette valeur sert de référence.
- La norme est exprimée en pourcentage de cette valeur de référence.

Voici, à titre d'exemple, le calcul de la norme pour les soins et l'assistance dans le secteur du long séjour :

Profession	Offre	Effort de formation par unité	Potentiel de formation
Aide en soins et accompagnement	2 places d'apprentissage	36,5	73
ASSC	18 places d'apprentissage	31,7	568,8
Soins infirmiers ES, formation ordinaire (24 semaines)	4 stages	19,6	78,4
Soins infirmiers ES, formation abrégée (12 semaines)	4 stages	9,8	39,2
Potentiel total pour les formations professionnelles			759,4
Potentiel pour les formations non formalisées		+ 5%	38,0
Potentiel total de formation de l'établissement (y c. formations non formalisées)			797,4
Nombre de postes à plein temps			56,0
Potentiel de formation par poste à plein temps du domaine des soins et de l'assistance (référence)			14,2
Norme = 60% de la valeur de référence			8,5

Pour les hôpitaux et les cliniques, ainsi que pour le long séjour, toutes les normes sont établies à l'aide de cette méthode de calcul. Elles se fondent toutes soit sur le plan actuel des postes soit sur la dotation prédéfinie en personnel des professions considérées (ou du groupe de profession considéré). Sont pris en compte toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs de cette profession ou de ce groupe de professions qui occupent une fonction correspondant à cette qualification, indépendamment du poste qu'ils occupent dans l'organigramme. Une responsable de la qualité des soins est ainsi prise en compte, qu'elle travaille au sein du service des soins ou qu'elle soit membre de la direction.

L'annexe 2 fournit une présentation claire et détaillée du calcul des normes. Les valeurs indiquées dans les tableaux de cette annexe correspondent aux résultats de l'analyse présentée aux points 4.1 à 4.3 et à la durée des stages telle qu'elle est spécifiée au point 5.1.

Pour l'aide et les soins à domicile, la norme est calculée sur la base des prestations de l'OPAS (exprimées en heures) et des prestations de formations fournies par les trente services étudiés. Les données qui en découlent sont présentées au point 4.4.

Voici le résultat global de ces calculs :

Profession / groupe de professions	Norme
Personnel soignant	
Soins aigus	11,9
Réadaptation	7,9
Psychiatrie	7,9
Long séjour	8,5
Aide et soins à domicile	5,9



Professions médico-techniques et médico-thérapeutiques	
Technicienne en salle d'opération ES	9,3
Technicienne en analyse biomédicale ES	4,1
Technicienne en radiologie médicale ES	6,0
Spécialiste en activation ES	11,3
Physiothérapeute HES	4,9
Diététicienne HES	16,0
Ergothérapeute HES	6,3
Sages-femmes	
	5,0
Ambulancières	
	9,0

### 5.2.3 Une formation à même d'assurer la relève du personnel soignant

Pour être efficace, le pilotage de la formation doit intervenir au niveau des différentes professions de la santé. Pour les raisons mentionnées plus haut, nous avons analysé dans son ensemble le groupe des professions du domaine des soins et de l'assistance. Il s'avère toutefois indispensable de distinguer les diverses professions de ce groupe.

Nous procédons à la répartition en utilisant la relève à assurer dans les divers secteurs des soins et dans les diverses professions du domaine des soins et de l'assistance. A partir de la relève requise, exprimée en nombre de personnes, et du nombre de semaines de formation requises par personne à former, il est possible de calculer le nombre de semaines de formation à fournir dans chaque profession afin d'assurer la relève dans cette profession spécifique pour l'ensemble du secteur de soins. A partir de là, nous pouvons établir la part de chaque profession dans la formation pratique du groupe de professions du domaine des soins et de l'assistance, de manière à répartir la formation pratique sur la base de la relève requise dans ce domaine. Les parts ainsi obtenues pour les différentes professions sont indiquées en pour cent dans le tableau ci-après.

Personnel soignant	Hôpitaux de soins aigus	Cliniques de réadaptation	Psychiatrie	Long séjour	Aide et soins à domicile
Aide en soins et accompagnement	11,3 %	12,1 %	6,5 %	15,0 %	12,3 %
ASSC, formation ordinaire	32,8 %	34,9 %	18,8 %	43,3 %	35,1 %
ASSC avec cours préparatoire MP	6,5 %	6,9 %	3,7 %	8,7 %	7,0 %
ASSC avec MP intégrée	4,1 %	4,3 %	2,3 %	5,3 %	4,4 %
ASSC adultes	4,1 %	4,3 %	2,3 %	5,3 %	4,4 %
Infirmière ES	27,0 %	24,6 %	43,5 %	14,7 %	24,1 %
Infirmière ES, formation abrégée	9,9 %	9,0 %	16,0 %	5,4 %	8,9 %
Infirmière HES	4,3 %	3,9 %	6,9 %	2,3 %	3,8 %

Si nous considérons le secteur des soins aigus à titre d'exemple, les pourcentages indiqués signifient ceci :

- Pour assurer la relève dans le groupe de professions des soins et de l'assistance, il faut garantir 11,9 semaines de formation pour chaque poste à plein temps de ce domaine.
- Ce total est réparti comme suit :
  - aide en soins et accompagnement : 11,3% ;
  - ASSC, formation ordinaire : 32,8% ;
  - ASSC avec cours préparatoire MP : 6,5% ;
  - ASSC avec MP intégrée : 4,1% ;
  - ASSC adultes : 4,1 % également ;
  - infirmière ES : 27% ;
  - infirmière ES, formation abrégée : 9,9% ;
  - infirmière HES : 4,3%.
- La répartition des prestations de formation entre les différentes professions du domaine des soins et de l'assistance sert à garantir un pilotage ultérieur de la formation en procédant à une pondération au niveau de chaque profession.
- L'obligation de formation de chaque établissement sera fixée pour chacune des professions de ce groupe compte tenu du pourcentage calculé.
- Les établissements restent libres de choisir les professions dans lesquelles ils entendent s'acquitter de leur obligation de formation : ils peuvent par exemple concentrer leurs efforts sur la formation en soins infirmiers ES et assurer 11,9 semaines de formation en soins infirmiers ES par poste à plein temps du groupe de professions du domaine des soins et de l'assistance.

#### **5.2.4 Normes régissant le perfectionnement**

L'analyse entreprise n'a pas permis d'étudier en détail l'effort de perfectionnement. Voici pourquoi :

- Le perfectionnement professionnel connaît de profonds changements dans tous les domaines. Sauf pour ce qui est de l'anesthésie, du secteur opératoire et des soins intensifs, on ne dispose donc d'aucune expérience pratique sur laquelle se baser.
- Les besoins ne sont pas connus. Selon son type, un perfectionnement est en général organisé au sein de l'établissement, en accord avec ses responsables, et l'établissement le cofinance.
- Afin d'être à même de répondre à leurs propres besoins, les établissements ont tout intérêt à assurer un perfectionnement adéquat à leur personnel. Les lacunes dont souffre la formation risquent donc moins de se retrouver dans le domaine du perfectionnement, à condition toutefois de disposer de professionnels suffisamment formés pour trouver parmi eux des candidats ou des candidates aptes à suivre des cours de perfectionnement.
- La SAP rembourse les frais d'écologie des cours de perfectionnement reconnus. Elle verse des indemnités de formation pour le perfectionnement en soins intensifs, en anesthésie et en soins d'urgence.

L'obligation de formation se concentrera dès lors sur les formations initiales, les autres prestations de formation et les formations non formalisées. Le perfectionnement sera néanmoins pris en compte dans le calcul des prestations de formation. Nous renonçons

toutefois à calculer un potentiel et considérons que la situation actuelle correspond à la situation visée.

### **5.3 Phase d'introduction**

L'introduction de ce modèle interviendra sur plusieurs années et sera régie par un plan de mise en œuvre établi pour chaque secteur de soins.

## **Annexe 1 Formations et perfectionnements reconnus**

Les professions de la santé non universitaires reconnues à inclure dans les mandats de prestations sont énumérées ci-après :

- a Préparation au choix professionnel
  - 1. journée de découverte des métiers de la santé
  - 2. stage d'orientation professionnelle
  
- b Formation professionnelle initiale
  - 1. aide en soins et accompagnement AFP
  - 2. assistant/e en soins et santé communautaire ASSC
  - 3. stage professionnel Ecole de culture générale ECG
  - 4. stage de maturité spécialisée filière santé
  
- c Formation professionnelle supérieure (ES)
  - 1. stage d'aptitude Ecole supérieure de santé
  - 2. infirmier/ère ES
  - 3. technicien/ne en salle d'opération ES
  - 4. ambulancier/ère ES
  - 5. technicien/ne en analyse biomédicale ES
  - 6. hygiéniste dentaire ES
  - 7. technicien/ne en radiologie médicale ES
  - 8. spécialiste en activation ES
  
- d Formation en Haute école spécialisée (HES)
  - 1. stage préparatoire HES
  - 2. infirmier/ère HES
  - 3. physiothérapeute HES
  - 4. ergothérapeute HES
  - 5. homme sage-femme HES et sage-femme HES
  - 6. diététicien/ne HES
  
- e Perfectionnement
  - 1. soins intensifs
  - 2. anesthésie
  - 3. urgences
  - 4. santé mentale et psychiatrie sociale (Certificate of Advances Studies, CAS)
  - 5. psychiatrie et santé mentale (Diploma of Advanced Studies, DAS)
  - 6. santé mentale (Master of Advanced Studies, MAS)

## Annexe 2 Calcul des normes

### Berechnung des Standards Pflege und Betreuung für den Akutbereich

Beruf / Berufsgruppe	Einheit	Wochen pro Einheit	Angebotene Einheiten	Ausbildungspotenzial	Stellenplan (VZÄ)	Ausbildungswochen pro VZÄ	Standard	
							in % des Referenzbetriebs	in Ausbildungswochen pro VZÄ
<b>Pflege und Betreuung</b>								
Assistent/in Gesundheit und Soziales	Lehrjahre	36.5	0	0				
FaGe Regelausbildung	Lehrjahre	31.7	31	982.7				
FaGe Regelausbildung mit Vorkurs BM	Lehrjahre	24.3	0	0				
FaGe Regelausbildung mit BM	Lehrjahre	24.4	0	0				
FaGe Erwachsene	Lehrjahre	34.3	0	0				
dipl. Pflegefachfrau HF	Praktika	19.6	56	1097.6				
dipl. Pflegefachfrau HF verkürzt	Praktika	9.8	16	156.8				
dipl. Pflegefachfrau FH	Praktika	13.3	4	53.2				
	Abschlusspraktikum	40	0					
<b>Pflege und Betreuung Akutbereich</b>	<i>(inkl. 5% NfA)</i>		<b>107</b>	<b>2404.8</b>	<b>121</b>	<b>19.9</b>	<b>60%</b>	<b>11.9</b>
<b>Pflege und Betreuung Reha und Psy</b>						<b>19.9</b>	<b>40%</b>	<b>7.9</b>

### Berechnung des Standards Pflege und Betreuung für den Langzeitbereich

Beruf / Berufsgruppe	Einheit	Wochen pro Einheit	Angebotene Einheiten	Ausbildungspotenzial	Stellenplan (VZÄ)	Ausbildungswochen pro VZÄ	Standard	
							in % des Referenzbetriebs	in Ausbildungswochen pro VZÄ
<b>Pflege und Betreuung</b>								
Assistent/in Gesundheit und Soziales	Lehrjahre	36.5	2	73				
FaGe Regelausbildung	Lehrjahre	31.7	18	570.6				
FaGe Regelausbildung mit Vorkurs BM	Lehrjahre	24.3	0	0				
FaGe Regelausbildung mit BM	Lehrjahre	24.4	0	0				
FaGe Erwachsene	Lehrjahre	34.3	0	0				
dipl. Pflegefachfrau HF	Praktika	19.6	4	78.4				
dipl. Pflegefachfrau HF verkürzt	Praktika	9.8	4	39.2				
dipl. Pflegefachfrau FH	Praktika	13.3	0	0				
<b>Pflege und Betreuung Langzeitbereich</b>	<i>(inkl. 5% NfA)</i>		<b>28</b>	<b>799.26</b>	<b>56</b>	<b>14.2</b>	<b>60%</b>	<b>8.5</b>

### Berechnung des Standards Pflege und Betreuung für Hilfe und Pflege Zuhause

Die Berechnung dieses Standards ist in Ziffer 4.4 des Grundlagenberichts detailliert aufgezeigt. Wir verweisen auf dieses Kapitel.

### Berechnung der Standards für MTT-Berufe, Hebammen und Rettungssanität

<b>Med.-therapeutische und med.-technische Berufe</b>								
dipl. Fachfrau Operationstechnik HF	Praktika	28.7	1	28.7	2.6	11.6	80%	9.3
dipl. Biomed. Analytikerin HF	Praktika	24.7	1	24.7	5	5.2	80%	4.1
dipl. Fachfrau MTR HF	Praktika	25.7	3	77.1	10.8	7.5	80%	6.0
dipl. Aktivierungsfachfrau HF	Praktika	27.7	1.5	41.6	2.2	18.9	60%	11.3
dipl. Physiotherapeutin FH	Praktika	13	3	39	8.4	4.9	100%	4.9
	Abschlusspraktikum	40	0					
dipl. Ernährungsberaterin FH	Praktika	13.3	1	53.3	2.8	20.0	80%	16.0
	Abschlusspraktikum	40	1					
dipl. Ergotherapeutin FH	Praktika	12.7	2	25.4	3.4	7.8	80%	6.3
	Abschlusspraktikum	40	0					
<b>Hebammen</b>								
dipl. Hebamme FH	Praktika	13.3	6	79.8				
dipl. Hebamme FH verkürzt	Praktika	13.3	0	0				
dipl. Hebamme FH	Abschlusspraktikum	40	1	40				
<b>dipl. Hebamme total</b>				<b>119.8</b>	<b>20</b>	<b>6.3</b>	<b>80%</b>	<b>5.0</b>
<b>Rettungssanität</b>								
dipl. Rettungssanitäter/n	Praktika	29	2	58				
dipl. Rettungssanitäter/n kurz	Praktika	33	4	132				
<b>dipl. Rettungssanitäterin total</b>				<b>190</b>	<b>16.9</b>	<b>11.2</b>	<b>80%</b>	<b>9.0</b>