

Besoins en personnel de santé dans la République et Canton du Jura (RCJU)

Etude préliminaire
mai 2012

Christine Serdaly Morgan

en collaboration avec Jean-Marc Fonjallaz, Enkidu Conseil
et Neil Ankers, serdaly&ankers

Contenu

1	Le mandat.....	3
1.1	Contexte	3
1.2	Contenus.....	4
1.3	Méthode.....	5
2	Cadre de réflexion	6
3	Lexique	7
3.1	Terminologie dans le rapport.....	7
3.2	Abréviations utilisées	7
3.3	Intitulés de certaines fonctions.....	7
4	Résultats et analyses : caractéristiques des équipes	9
4.1	Répartition du personnel entre les secteurs soins et accompagnement.....	9
4.2	Composition des équipes de soins	11
4.3	Taux d'activité	14
4.4	Typologie des titres dans le personnel infirmier.....	15
4.5	Profil des équipes dans l'intendance.....	15
4.6	Profil des équipes dans l'animation	16
4.7	Modèles d'équipe d'EMS et d'UVP : comparaisons	17
4.8	Cadres.....	20
4.9	Travailleurs frontaliers : les catégories professionnelles concernées.....	20
4.10	Personnes travaillant dans le cadre de programmes spécifiques	23
5	Projections : les besoins en personnel	24
5.1	Les besoins en personnel de soins de l' «Entreprise de santé du Jura ».....	24
5.2	Evolution des besoins en personnel de santé dans chacun des champs professionnels.....	26
5.3	Départs à la retraite.....	34
5.4	Modifications des effectifs, de la capacité d'accueil et des places pour la formation professionnelle	36
6	Synthèse et préconisations	42
6.1	Synthèse des besoins	42
6.2	Huit réflexions complémentaires comme conclusions provisoires et pistes de travail	43
7	Annexes	48
7.1	Arrêté concernant la planification médico-sociale jusqu'à l'horizon 2022, République et canton du Jura	48
7.2	Questionnaire	48
7.3	Tableaux statistiques du rapport et tableaux complémentaires	48

1 Le mandat

1.1 Contexte

1.1.1 Connaître pour anticiper

La République et canton du Jura (RCJU) a décidé de s'atteler à la question des besoins en personnel de la santé, afin, dans une dynamique nationale, de définir sa propre politique cantonale.

Les rapports nationaux produits autour de la question ont eu le mérite, pour la première fois, de chiffrer, de documenter et d'élaborer des pistes qui doivent servir de repère tant aux cantons qu'aux organisations du monde du travail et aux institutions elles-mêmes.

Cependant, si ces rapports donnent une image globale nationale, ils ne fournissent pas d'indicateurs précis de la réalité cantonale. Il est donc nécessaire de disposer d'une photographie fiable concernant les ressources humaines en présence dans les différentes institutions de la santé, pour aborder l'avenir et être en mesure de définir les besoins à moyen et long terme.

1.1.2 Donner à voir : une manière de sensibiliser les acteurs

Cette photographie est également une base indispensable pour aborder un travail qualitatif sur la question du profil d'équipe, de la promotion des métiers, de la formation professionnelle et de la valorisation des ressources humaines ; deux projets qui sont conduits en aval de la présente étude.

Elle permet de sensibiliser les acteurs (les institutions, l'OrTra cantonale, les associations de professionnels, le Canton, etc.) à la situation, et à la nécessité de réfléchir et d'agir, par la production d'une image consolidée de chacun des domaines (hôpital, domicile, EMS) qui peut être comparée ensuite aux autres domaines. Elle invite à une proactivité accrue concernant la définition des besoins, et elle met en évidence l'intérêt de se doter d'outils de suivi.

Une étude préliminaire quantitative a ainsi une double fonction d'information et de mobilisation des acteurs.

1.1.3 Planification sanitaire en évolution

La réforme du financement des soins au niveau national – et son corollaire qu'est la révision de la LAMal – ont notamment pour conséquences le report du financement des soins de longue durée, ainsi que celui des hôpitaux sur les cantons. Ces modifications marquent la volonté d'une réorganisation en profondeur de la chaîne de soins, renforçant le rôle des soins à domicile, raccourcissant en amont les séjours hospitaliers, maintenant la quantité de lits de long séjour dans une proportion strictement utile en développant également des « structures intermédiaires ».

La nouvelle loi gérontologique jurassienne marque ainsi le début d'un mouvement de réorganisation de la place et du rôle des acteurs. Et si l'activité de soins et d'accompagnement d'aujourd'hui restera en partie celle de demain, de nouvelles prestations vont configurer de nouvelles équipes ; et de manière générale, les besoins en personnel de santé et en formation évolueront au fil de la mise en place de prestations adaptées ou nouvelles.

La RCJU a confirmé sa nouvelle vision de la planification médico-sociale (octobre 2011¹) en chiffrant ses besoins d'infrastructures et de prestations aux personnes âgées, au terme d'un important travail d'étude et de réflexion des acteurs concernés.

1.2 Contenus

Le cahier des charges de l'étude préliminaire se fonde sur les éléments du contexte brièvement décrit ci-dessus, ainsi que sur le travail du groupe de pilotage, en particulier son rapport du 21 décembre 2010²

1.2.1 Finalités

Permettre au canton du Jura et à ses partenaires de la santé de disposer d'une vision commune de la situation actuelle et à venir, concernant les ressources humaines au sein des institutions de la santé, et d'une compréhension partagée des travaux à entreprendre.

Inscrire cette compréhension de la situation dans une perspective dynamique en y intégrant la composante temporelle de la retraite, ainsi que les effets de la révision de la LAMal et de la planification sanitaire cantonale sur les besoins en prestations attendus des différents acteurs.

1.2.2 Buts

Affiner les données à disposition du Groupe de projet, en prenant appui sur les institutions et les sources statistiques existantes, de manière à chiffrer les besoins en termes de personnel et de formation, selon les profils d'équipe actuels.

Etre à même ensuite de quantifier les besoins réels une fois le projet « profils d'équipe » achevé et les équilibres entre les métiers redéfinis, et réorienter ou affiner la stratégie de promotion des métiers.

1.2.3 Objectifs

Réunir les données utiles dans une présentation préfigurant un éventuel outil de suivi simple :

- composition des équipes de soins dans les institutions de la santé jurassienne, en termes de métiers et de niveau de qualification en affinant, en particulier, les connaissances concernant les aides-soignantes (différencier les personnes sans qualification, de celles au bénéfice d'une formation d'auxiliaire de santé et d'un certificat d'aide-soignante de la CRS)
- origine et nature/niveau des titres des professionnels
- part du personnel frontalier d'origine étrangère (permis frontaliers)
- départs théoriques à la retraite jusqu'en 2022
- intentions de formation et d'engagement des institutions concernant les différents professionnels

Consolider les données réunies par domaine, de manière globale et comparative.

Enoncer des préconisations à partir de cet état des lieux qui soutiennent la suite des travaux.

Identifier les représentations courantes et actuelles au sein des institutions concernant par exemple les différents métiers, l'organisation des équipes, les besoins des usagers et les enjeux actuels.

¹ Arrêté concernant la planification médico-sociale jusqu'à l'horizon 2022, 25 octobre 2011 (annexe, 7.1).

² Rapport intermédiaire au DSA et au DFCS du groupe de projet chargé de mener une étude, de proposer une planification des besoins et de trouver des solutions à a pénurie prévisible de personnel de soins dans République et Canton du Jura, 21 décembre 2010.

1.3 Méthode

Etablissement d'un questionnaire (annexe, 7.2), en collaboration avec l'OrTra et le Canton, qui prene appui sur les données disponibles, ainsi que sur les bases légales et stratégiques existantes (lois, rapports, travaux du groupe cantonal, etc.).

Intégration de l'OrTra / des partenaires dans l'appréciation des résultats et des pistes préconisées.

1.3.1 Déroulement et traitement

Le questionnaire validé par l'OrTra et le Canton a été adressé aux institutions (Hôpital du Jura /HJU, Fondation pour l'aide et les soins à domicile /FAS, Association jurassienne des institutions pour personnes âgées /AJIPA) au mois d'octobre 2011, avec un délai de retour au début du mois de décembre 2011.

Les structures de court-séjour, les centres de jour et de nuit et les services de thérapie n'ont pas été inclus dans l'étude.

La mandataire a décidé, avec chacune des institutions et pour la pertinence de l'étude, d'affiner la saisie des données et le traitement des questionnaires, tels que prévus initialement, de la manière suivante :

- traitement des questionnaires des membres de l'AJIPA et consolidation par la mandataire; ceux-ci lui ont été ainsi retournés directement
- scission des données de l'HJU en trois ensembles de données, de manière à permettre un regroupement de l'ensemble des EMS, et à comparer les organisations actuelles UVP-EMS dans la perspective du développement des lits UVP : soins aigus, EMS de l'HJU, Unités de vie de psychogériatrie (UVP)
- traitement consolidé des données des services de soins et d'aide de la FAS, dans la perspective de la réorganisation de l'institution, engagée par cette dernière.

1.3.2 Données recueillies

Les données recueillies se fondent sur la participation de l'ensemble des institutions prévues à l'exception d'un EMS, dont les lits ont été inclus dans les calculs³. Elles ont été relevées au 31 décembre 2010.

Ces données forment quatre ensembles :

- des graphiques par « institution » :
 - les établissements médico-sociaux (EMS), comprenant les EMS de l'Hôpital du Jura (HJU)⁴
 - la Fondation pour l'aide et les soins à domicile (FAS)
 - les Unités de vie de psychogériatrie (UVP)⁵
 - l'HJU, sans ses lits EMS et ses lits UVP⁶ ; certaines données sont toutefois globales pour les HJU (celles concernant la formation notamment, en tant que données d'une politique institutionnelle) ;

³ Leur inclusion permet de mieux appréhender les besoins totaux en personnel du canton, en induisant, certes, un très léger biais éventuel, si les choix managériaux de l'établissement devaient sensiblement différer des autres établissements. Cette extrapolation (par une règle de trois) explique les nombres décimaux que l'on trouvera à certains endroits concernant les chiffres en « personnes » (par opposition aux EPT qui reflètent des postes et des fractions de postes et sont donc décimaux). A noter que la Clinique du Noirmont et la Maison de naissance de Vicques ne sont inclus ni dans cette étude, ni dans les travaux qui en découlent.

⁴ EMS Saignelégier : total des lits du site moins lits UVP + Service urgences avec aide à la couverture ambulances de nuit ; EMS La Promenade : total des lits du site moins lits UVP.

⁵ Services UVP des sites de Porrentruy, Saignelégier et Résidence La Promenade, mais sans le service UHP (unité hospitalière de psychogériatrie) du site de Porrentruy.

- des graphiques consolidés pour l'ensemble des institutions (« l'institution santé Jura »), des graphiques comparatifs entre champs professionnels ;
- des projections pour chaque secteur, ainsi que pour l'ensemble des institutions ;
- des données individuelles et consolidées pour le secteur des EMS: pour la mise en place éventuelle d'un « benchmark RH » ultérieur (phase valorisation).

Des données complémentaires, concernant les places de formation et les personnes formées ont été demandées pour les soins et l'intendance aux écoles concernées.

2 Cadre de réflexion

Il est essentiel de rappeler que le but du travail statistique effectué ici est de faire une photographie et de mettre des tendances en évidence. En outre, ces statistiques doivent être interprétées, et les chiffres modulés en regard de ces interprétations. L'interprétation qui en est proposée ici a été discutée lors de deux réunions successives, avec l'OrTra et le groupe de pilotage cantonal.

Les projections qui sont effectuées quant aux besoins en personnel à l'orée 2022, le sont

- avec des variables fixées, à partir de la situation actuelle, sans changement
- à la lumière de la planification médico-sociale envisagée en 2022, et avec une planification hospitalière inchangée, du point de vue de son volume d'activité et de son incidence sur le nombre de personnel, dans l'immédiat.

Elles se fondent ainsi sur les ratios de personnel et les profils d'équipe actuels, de façon à mettre en évidence les marges de changement possibles, leur nécessité éventuelle et leurs effets potentiels.

Il s'agit d'une image qui n'a de seule réalité le fait que l'on ne changerait rien, que le personnel et les prestations seraient immuables ! **C'est donc une photographie et sa projection ; elles doivent servir à penser et à estimer les priorités.**

L'effet des **départs à la retraite** est ajouté de manière séparée, en insistant sur le fait qu'il ne s'agit que d'un facteur de départ d'une institution : la longévité de la carrière (arrêt, changement d'orientation ou interruption momentanée du métier) en est un autre. Il n'est pas mesuré dans la présente étude.

En fonction des premiers résultats, deux questions complémentaires ont été développées :

- l'effet de l'augmentation du taux d'activité sur les besoins en personnel
- l'effet de l'application du modèle d'organisation actuel des UVP sur les futurs « lits UVP » à développer dans le cadre de la planification sanitaire cantonale, comparé à l'application du modèle d'organisation actuel des EMS sur ces mêmes lits.

⁶ Soit tous les services engageant du personnel soignant, y compris médico-technique, des sites de Delémont et Porrentruy.

3 Lexique

3.1 Terminologie dans le rapport

On désignera par « **champ professionnel** » :

- la FAS (Fondation pour l'aide et les soins à domicile)
- les EMS (établissements médico-sociaux, homes), ainsi que le sous-ensemble « EMS-HJU » (désignant les EMS rattachés à l'Hôpital du Jura, les autres étant nommés « EMS-AJIPA »)
- les UVP (Unités de vie de psychogériatrie)
- l'HJU (Hôpital du Jura)

On désignera par « **secteur** »

- les soins
- l'animation
- l'intendance

On désignera par « **équipe de soins et d'accompagnement** », l'équipe pluri et interdisciplinaire constituée des trois secteurs précédents.

L'« **Entreprise de santé du Jura** » désigne l'ensemble des institutions analysées. Elle fait référence aux données consolidées.

3.2 Abréviations utilisées

ASSC : assistante en soins et santé communautaire avec CFC

ASE : assistantE socio-éducatif-VE avec CFC (certificat fédéral de capacité)

GEI : gestionnaire en intendance avec CFC

ASA : aide en soins et accompagnement

AFP : attestation fédérale de formation professionnelle

VAE : validation des acquis de l'expérience (peut comprendre également, selon la procédure mise en place, la validation de formations effectuées)

EPT : équivalent plein temps

3.3 Intitulés de certaines fonctions

InfirmierE : collaborateurTRICE avec formation HES ou ES en soins infirmiers ou équivalent, avec ou sans spécialisation (cadre ou autre).

Aide-familiale avec formation complémentaire : collaborateurTRICE avec un CFC d'aide-familiale ayant effectué une formation complémentaire médico-technique organisée par la FAS, mais qui ne dispose pas du CFC d'ASSC.

Aide soignantE : collaborateurTRICE avec le Certificat d'aide-soignantE de la Croix-Rouge suisse

Aide-infirmierE : collaborateurTRICE sans formation professionnelle, mais avec ou sans le Certificat d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge suisse ou la formation d'auxiliaire de santé communautaire de Profora-Bejune.

IntendantE : collaborateurTRICE qui dispose d'un CFC et du Brevet fédéral de Responsable du secteur hôtelier-intendance (certainEs intendantE peuvent avoir effectué la formation préparant aux examens du

Brevet sans toutefois s'y être présentés ou les avoir réussis) et/ou d'une formation professionnelle dans une école hôtelière (ES, HES ou équivalent).

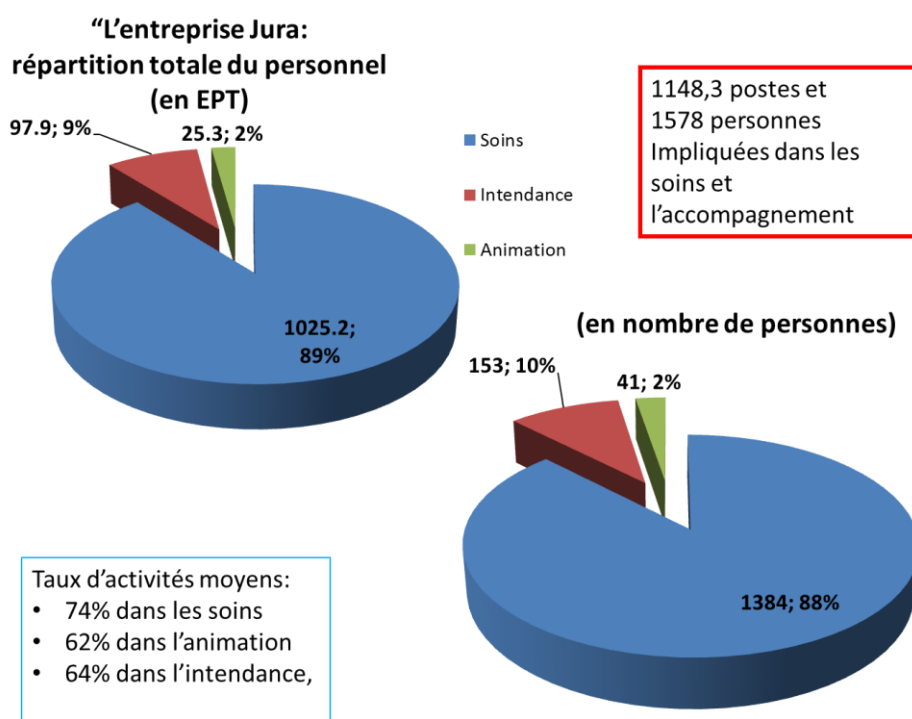
EmployéE d'intendance : collaborateurTRICE avec ou sans CFC ou AFP dans le domaine de l'intendance (par exemple CFC de Gestionnaire en intendance ou employéE en intendance AFP).

4 Résultats et analyses : caractéristiques des équipes

4.1 Répartition du personnel entre les secteurs soins et accompagnement

4.1.1 « L'Entreprise de santé du Jura »

Les effectifs dans les soins (1'025 EPT / 1384 pers.) sont très légèrement supérieurs par rapport aux données évoquées dans le rapport du groupe de projet cantonal (voir note 2) (1'010 EPT / 1'371 pers.) : entre +0,9% pour les pers. et +1,4% pour les EPT. Cette différence, non significative, est essentiellement liée aux consignes de saisie et donc à ce qui est observé. Les catégories définies ne sont pas non plus tout à fait les mêmes. Si ceci n'a pas d'incidence, ici, sur l'objet d'étude, il sera cependant nécessaire de s'accorder à l'issue des travaux du projet « Besoins en personnel de santé », afin que la saisie des données soit uniforme et sans équivoque, de manière à permettre un suivi interinstitutionnel et longitudinal.

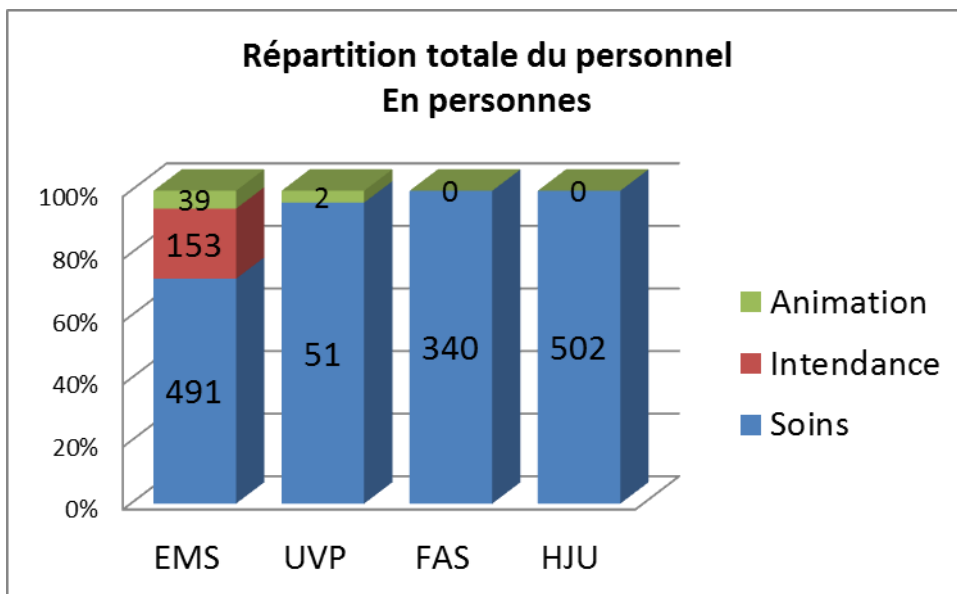
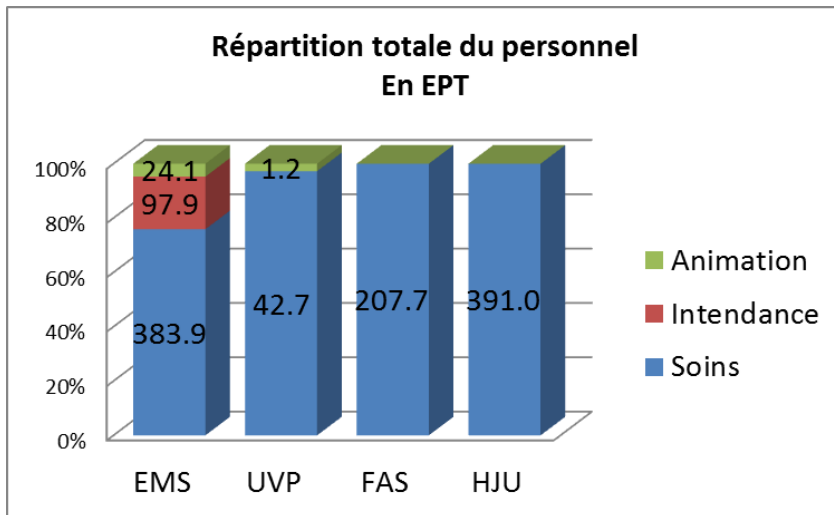


Il existe une différence non négligeable entre le nombre d'EPT (équivalent plein temps) et le nombre de personnes. Ce résultat met en évidence une activité à temps partiel chez les professionnels et certains taux d'activité relativement bas (64% dans l'intendance, 74% dans les soins et 62% dans l'animation). Ceux-ci sont toutefois différenciés, comme on le verra plus loin, entre les institutions.

La similarité entre les deux « camemberts » indique quant à elle que le temps partiel touche de manière relativement égale tous les secteurs.

Au vu du différentiel important entre EPT et personnes, que l'on retrouve entre les secteurs, comme à l'intérieur de chacun d'entre eux, **ces deux données doivent être considérées chacune et ensemble dans la discussion sur les besoins en personnel et pour toute planification.** Le taux d'activité est en effet un des facteurs de diminution / augmentation des besoins en personnel.

4.1.2 Secteurs dans les institutions et poids des champs professionnels



Le nombre de soignants est quasiment identique entre les EMS et l’HJU. Si le poids du secteur des EMS est ainsi mis en évidence, ces résultats ne disent rien, à ce stade de la composition des équipes (métiers et niveaux de qualification).

total soins en EPT	1'025,2			
Total soins en personnes	1'384			
	EMS	UVP	FAS	HJU
Part du champ professionnel en % (EPT)	37.4	4.2	20.3	38.1
Part du champ professionnel en % (pers.)	35.5	3.7	24.6	36.3

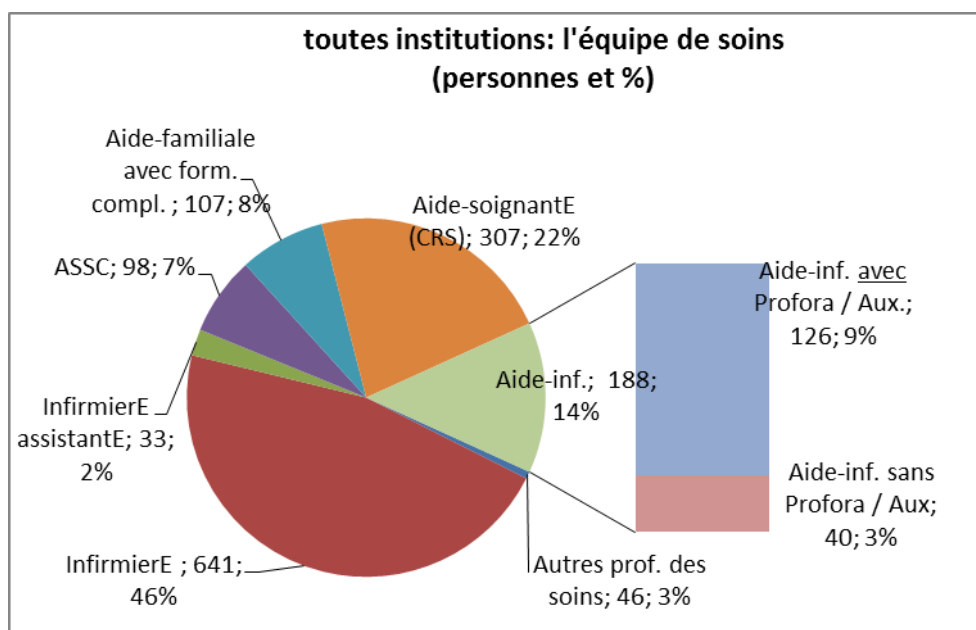
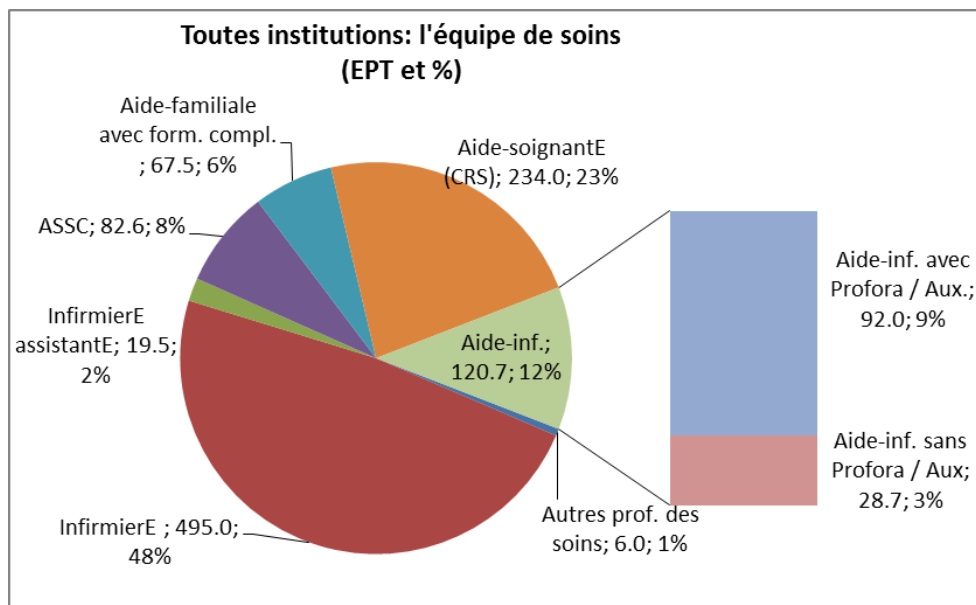
La différence de composition des équipes entre les EMS et les UVP est importante, les secondes étant majoritairement composées de personnel soignant. Il faut rappeler ici que n'ont été pris en compte, en accord avec l'HJU, que le personnel de l'intendance qui intervient directement dans l'accompagnement du résident /usager, avec un concept, une organisation du travail et des ressources prévus comme tels.

Ceci ne préjuge pas de l'organisation réelle sur le terrain qui peut présenter une intégration de l'équipe d'intendance dans les pratiques des soins, pour répondre aux besoins réels des résidents (même employée de ménage par ex.).

4.2 Composition des équipes de soins

Se référer si nécessaire pour les dénominations au « Lexique » en page 7

4.2.1 « L'Entreprise de santé du Jura »



Qu'il soit exprimé en EPT ou en personnes, le profil d'équipe est similaire, ce qui permet de dire qu'il y a une tendance à l'activité à temps partiel sur tous les métiers dans les soins, et à hauteur comparable en moyenne, comme observé auparavant au niveau des secteurs (soins, intendance, animation) (v. 4.1.1).

Les infirmières forment près du 50% des équipes, mais ceci masque des différences importantes entre champs professionnels (voir graphique ci-dessous).

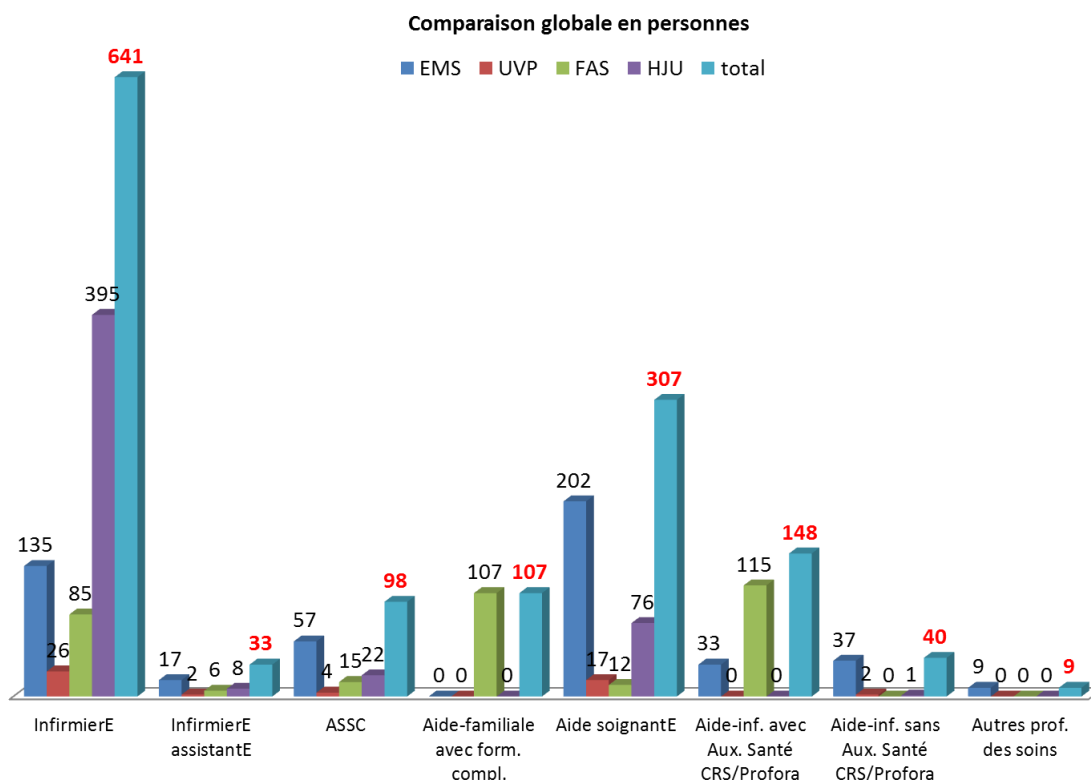
Les assistantes en soins et santé communautaire (ASSC) sont présentes dans les équipes de toutes les institutions, même si leur proportion est faible. Le canton a relativement peu d'infirmières-assistantes (33 personnes /19,5 postes). **La question d'une formation complémentaire pour le CFC d'ASSC par VAE (validation des acquis), au vu de leur faible nombre, devrait être mise en regard de l'âge et du désir des personnes**, cas échéant.

Près d'un quart du personnel aujourd'hui est une aide-soignante qualifiée (20%), 34% des personnes avec les aides-infirmières. Il s'agit d'un indicateur pour le potentiel de développement de l'AFP ASA (aide en soins et accompagnement).

Le canton a un nombre relativement faible de personnes non qualifiées et très peu de personnes n'ayant aucune formation (ce chiffre est même probablement «gonflé» par une donnée actuellement manquante à ce sujet au sein de l'HJU).

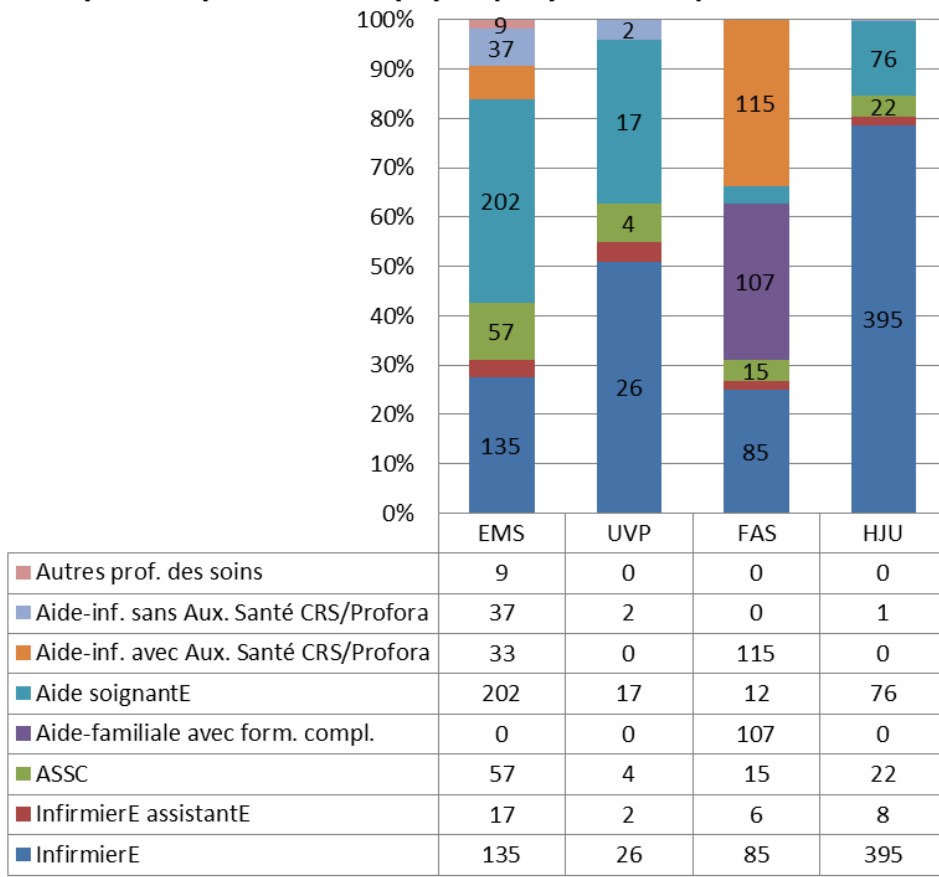
4.2.2 Professionnels des soins entre les champs professionnels

Graphiques supplémentaires en annexe : comparaison en EPT, en %, par champ professionnel, autres vues

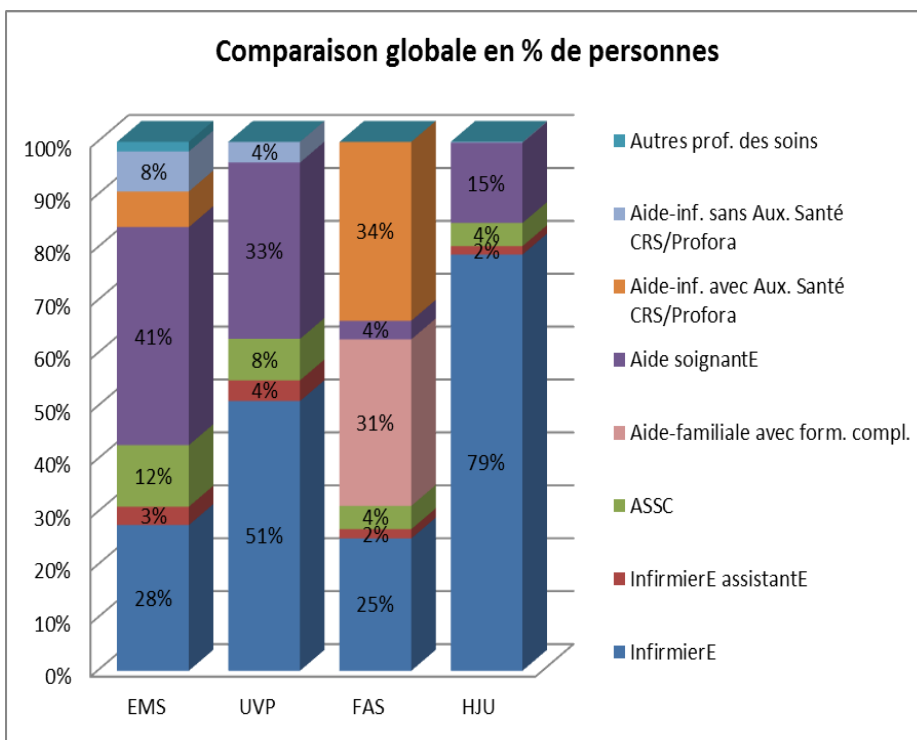


La composition de l'équipe de soins diffère considérablement d'un secteur à l'autre. L'HJU est le principal « utilisateur » d'infirmières, et il n'a quasiment pas de personnel sans qualification (aide-infirmière). Les ASSC et les aides-soignantes sont majoritairement en EMS, alors que les aides-infirmières (avec une formation de base) sont à la FAS. L'important groupe des aides-familiales à la FAS indique le potentiel de développement de l'ASSC dans l'aide et les soins à domicile.

Comparatif: profils des équipes (en pers. et %)



La lecture comparée des deux graphiques met en évidence le nombre et le profil actuel des équipes au sein des champs professionnels.



La proportion d'infirmières est la plus importante à l'HJU (près de 80%).

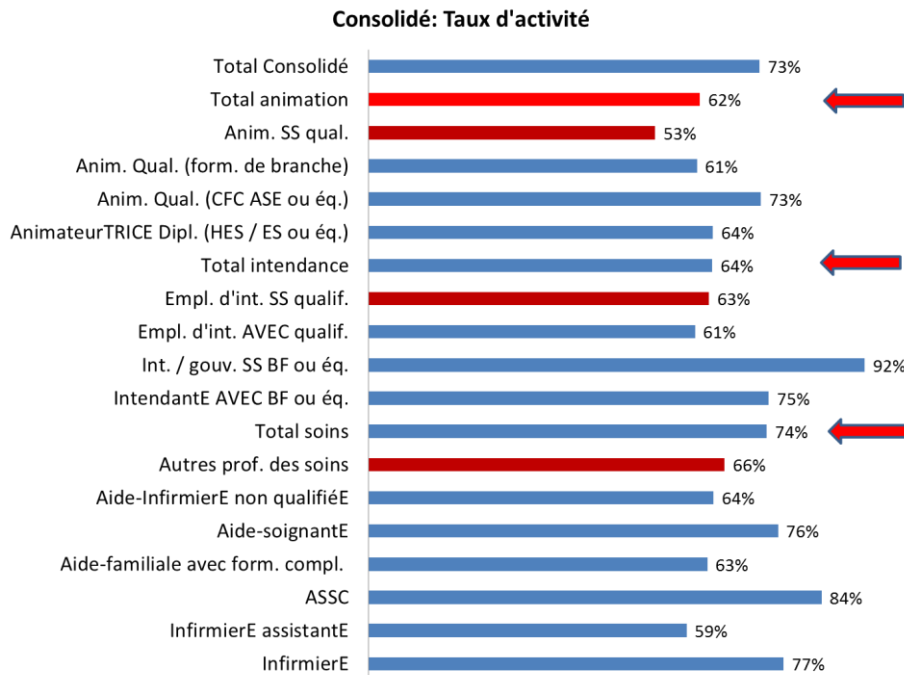
L'UVP dispose également d'une majorité d'infirmières (51%), mais comme les EMS, d'un pourcentage d'aides-soignantes important (33%), même si leur nombre est réduit (17 pers.).

A la FAS, on trouve une répartition en trois tiers environ, entre les niveaux tertiaire, le secondaire et les aides-infirmières.

La disparité entre les modèles renvoie à la question des missions, des clientèles, des historiques et des finances. Autant d'éléments qui sont interrogés dans une réflexion sur le profil d'équipe et son organisation face aux besoins des usagers.

4.3 Taux d'activité

4.3.1 Taux d'activité dans l'équipe de soins et d'accompagnement

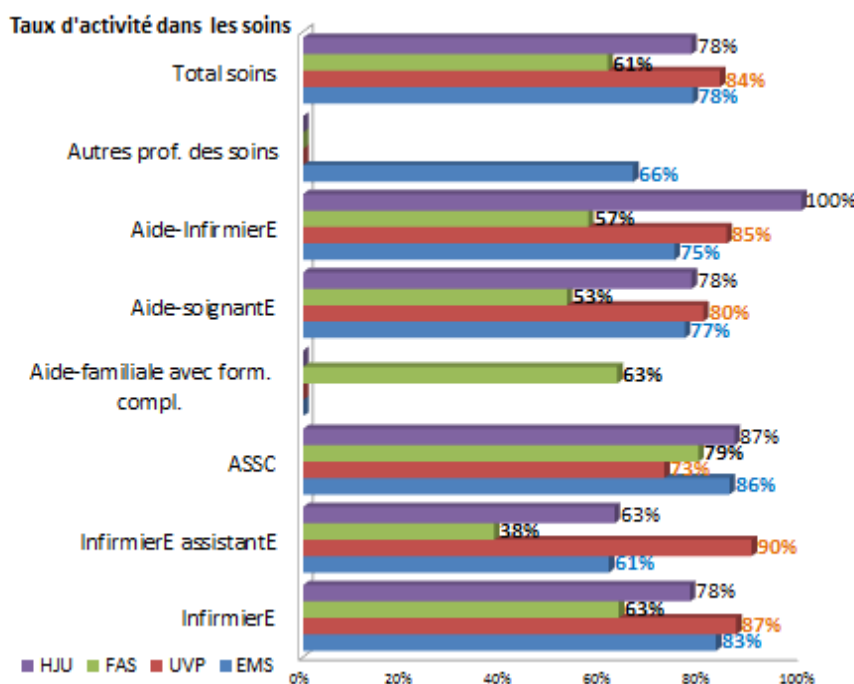


Le secteur de l'intendance présente le taux d'activité le plus bas. Alors que l'augmentation de la qualification va généralement de pair avec la diminution du taux d'activité (revenu disponible supérieur notamment), ici, la pratique est presque inverse.

On note des taux d'activité plus hauts chez les ASSC, les ASE, les intendantEs, ainsi que dans le groupe

des infirmiers qui comprend également des cadres, dont la fonction implique généralement un taux d'activité plus élevé. La faiblesse de l'effectif et la nouveauté du métier pourraient expliquer cette observation dans les trois premiers groupes.

4.3.2 Taux d'activité comparatif dans les équipes de soins des champs professionnels



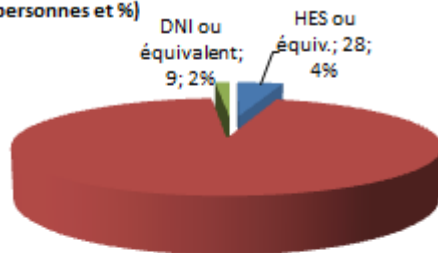
Les taux d'activité présentent une variabilité importante entre champs professionnels. De manière générale, les taux d'activité sont supérieurs à l'hôpital que ce soit dans les soins aigus (HJU) ou dans les UVP (plutôt 80% et plus).

Ils se situent au-dessous de 65% à la FAS.

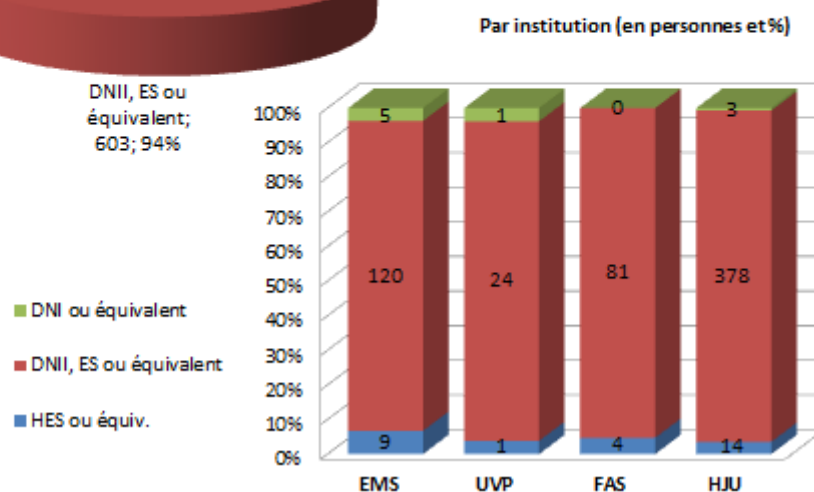
La volonté des institutions de répondre au désir des collaborateurs explique en partie ces taux. Une certaine « fluidité » dans l'organisation des équipes semble être ainsi gagnée par la présence de collaborateurs avec de petits taux d'activités qui combrent certains horaires. La diminution du taux peut également répondre à une adaptation du poste à l'âge des collaborateurs, permettant de la sorte aux personnes plus âgées de poursuivre leur activité.

4.4 Typologie des titres dans le personnel infirmier

Tous secteurs: niveau de formation des infirmières
(en personnes et %)



Graphiques supplémentaires dans l'annexe.



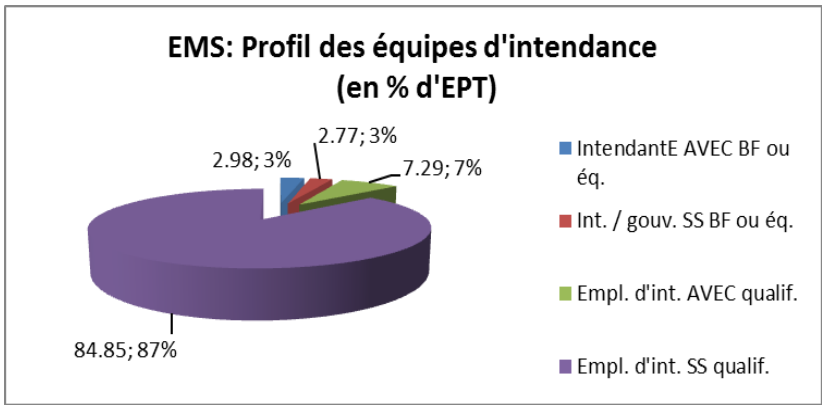
Quelle que soit l'institution considérée, la majorité du personnel infirmier (94% en moyenne) est au bénéfice d'un titre infirmier de niveau II ou équivalent qui correspond au niveau actuel ES de la systématique nationale de formation.

Si les personnes ayant un titre HES sont plus nombreuses au sein de l'HJU, leur proportion est en moyenne légèrement plus élevée dans les EMS. Il subsiste en revanche un très faible nombre de personnes ayant un titre infirmier de niveau I.

Cette situation invite, dans le cadre de la réflexion concernant le profil de l'équipe et son organisation, à donner du sens à la différenciation ou non des titres HES et ES en fonction des missions et des activités des institutions, ces dernières n'ayant majoritairement pas de pratique des profils HES. Il s'agit également, face à ce nombre important de personnes, d'interroger les profils socio-culturels des personnes et les parcours de formation, afin de clarifier si les formations ES et HES drainent en fonction de leurs exigences des publics différents.

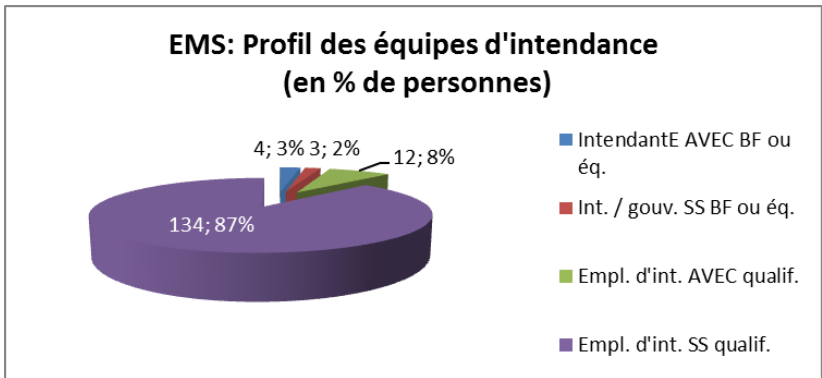
4.5 Profil des équipes dans l'intendance

Ainsi qu'évoqué plus haut, il n'y a pas de personnel d'intendance «au lit» du résidant / patient / client autre que dans les EMS. La FAS organise les prestations d'aide à domicile avec le personnel décrit dans l'équipe de soins; l'HJU (incluant les UVP) a du personnel de nettoyage (« les blouses bleues ») qui est géré de manière distincte et n'intervient pas formellement dans la dynamique de l'équipe auprès du client /patient.



La majorité du personnel de l'intendance est sans qualification, et la plupart des EMS ne dispose pas d'unE intendantE qualifié.

Sous l'appellation « intendantE avec brevet fédéral », les professionnels semblent être parfois en possession de l'attestation de formation préparant aux examens du brevet et non du Brevet lui-même.



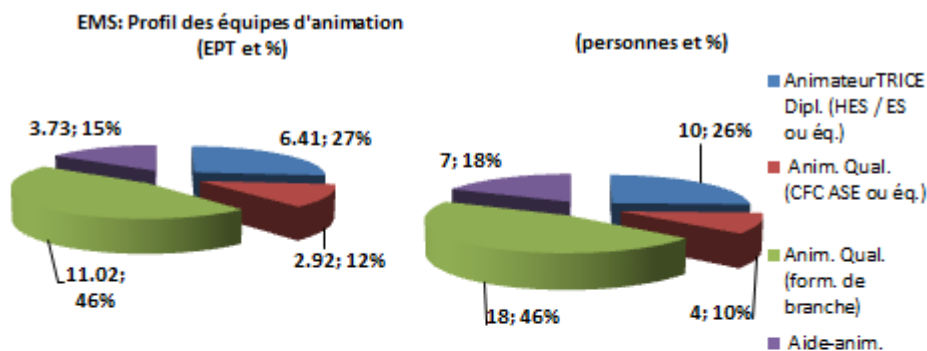
Les questions sont ici de nature diverse, et il en est trois principales. La première est de savoir ce que la qualification de l'employéE en intendance peut apporter aux institutions, notamment en termes de sécurité, d'économies, mais aussi de compétences au sein d'une équipe pluri et interdisciplinaire ; de même, pour le niveau des responsables / cadres.

La seconde est liée au développement prévu des UVP, ainsi que d'autres structures intermédiaires, voire de l'aide à domicile : est-on face à un groupe professionnel plutôt en croissance ?

La troisième concerne les professionnels et les publics des métiers de l'intendance : qui sont-ils ?

Selon les réponses qui seront apportées dans la réflexion sur les profils d'équipe, la valorisation de ces métiers pourrait prendre des formes différentes dans les années à venir.

4.6 Profil des équipes dans l'animation



Dans les EMS, le temps partiel se répartit là-aussi sur tous les métiers, car il n'y a pas de différence significative entre le profil en EPT et en personnes.

Comparatif UVP-EMS dans la composition de l'équipe d'animation



Les EMS ont une équipe comprenant l'ensemble des niveaux de formation, disposant d'un peu plus d'un tiers

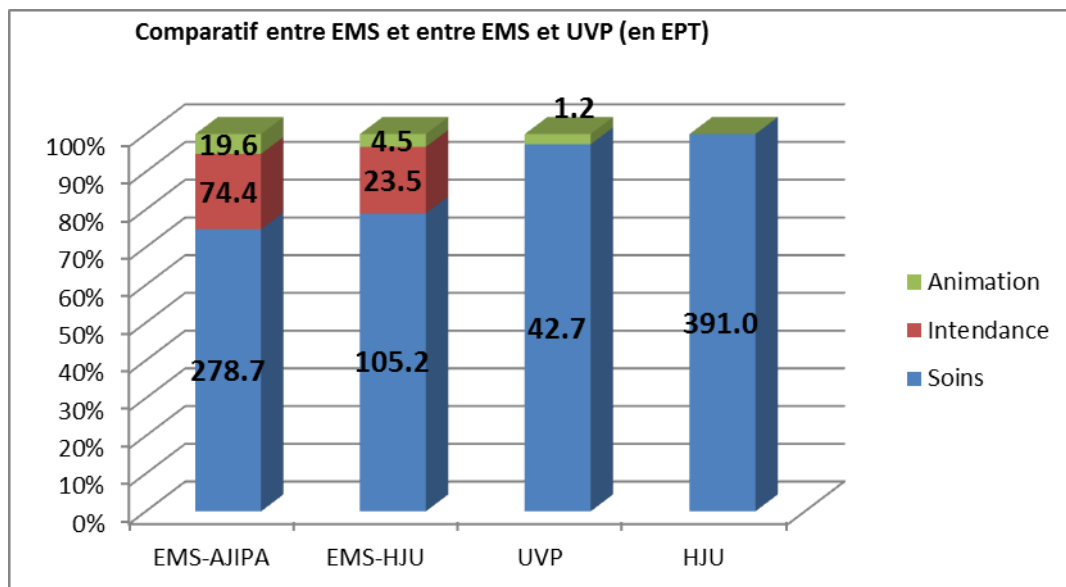
de personnel qualifié (HES et CFC) et de près de 80% de personnel formé. L'équipe de l'UVP est restreinte et ne peut, dans ces conditions, disposer de différents professionnels. Elle ne reflète vraisemblablement pas une organisation au quotidien qui tire parti, au sein des structures de l'Hôpital du Jura, de synergies entre l'EMS et l'UVP au niveau du personnel d'animation (ex. site de Saignelégier).

Néanmoins, la comparaison ici a son importance, comme pour l'intendance, en fonction du modèle d'équipe qui sera adopté pour les UVP prévus dans la planification cantonale.

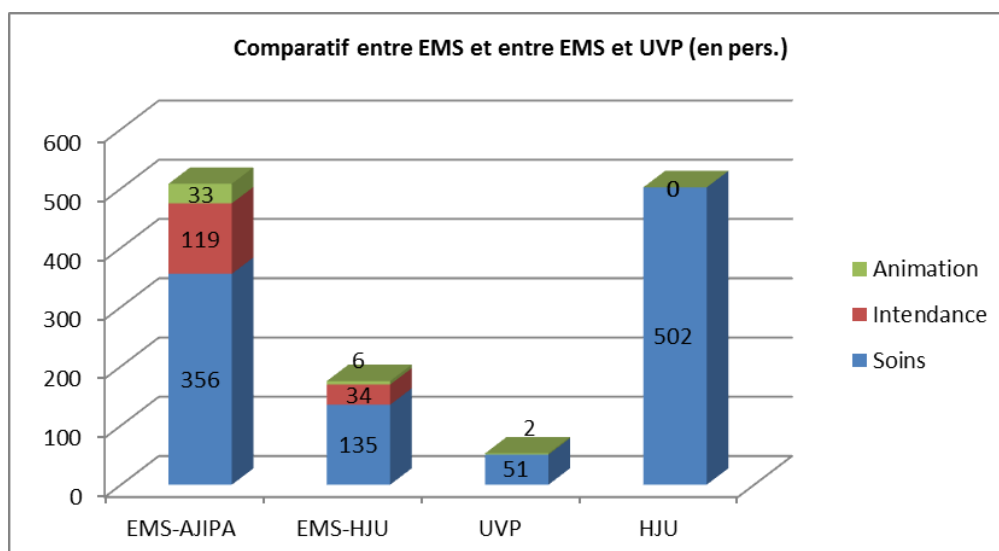
4.7 Modèles d'équipe d'EMS et d'UVP : comparaisons

Nous nous sommes attachés dans la série de graphiques qui suivent à répondre à deux questions. La première étant de savoir s'il y a une différence d'organisation entre les EMS attachés à l'HJU et les EMS qui se sont développés en tant que tels ? La seconde, portant sur la mise en perspective des différences entre les profils d'équipe des EMS et des UVP actuels, afin d'examiner, par exemple, si le rattachement à l'HJU pouvait ou non induire une culture de travail et d'organisation du travail particulière ?

4.7.1 Profil des équipes de soins et d'accompagnement



Les deux graphiques montrent, avec des points de vue différents, deux choses : ci-dessus, l'équipe ramenée à un 100% permet de comparer aisément la part des différents secteurs ; ci-dessous, en rapport réels, elle permet de rappeler la taille actuelle de ces secteurs et de chaque champ professionnel.



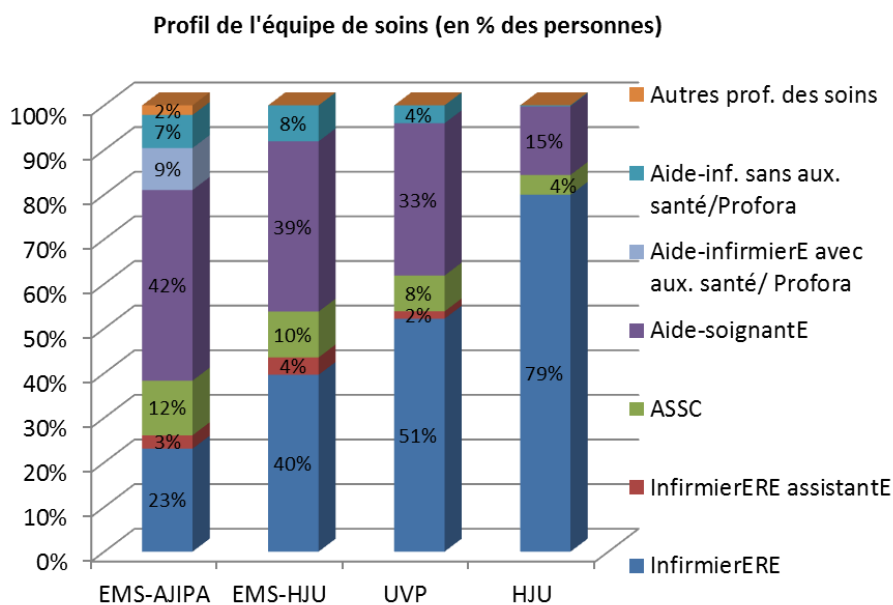
Du point de vue de l'équipe de soins et d'accompagnement, le profil de l'équipe EMS-AJIPA et de l'EMS-HJU sont similaires. Il y a par contre une différence significative entre le profil EMS et le profil UVP, comme relevé précédemment.

Si le modèle actuel de l'UVP est développé sur celui d'une prise en charge plutôt soignante et donc plus proche du modèle HJ sur le plan de la composition de son équipe de soins et d'accompagnement, la question est de savoir vers quel modèle il devra évoluer avec la progression des lits planifiés ?

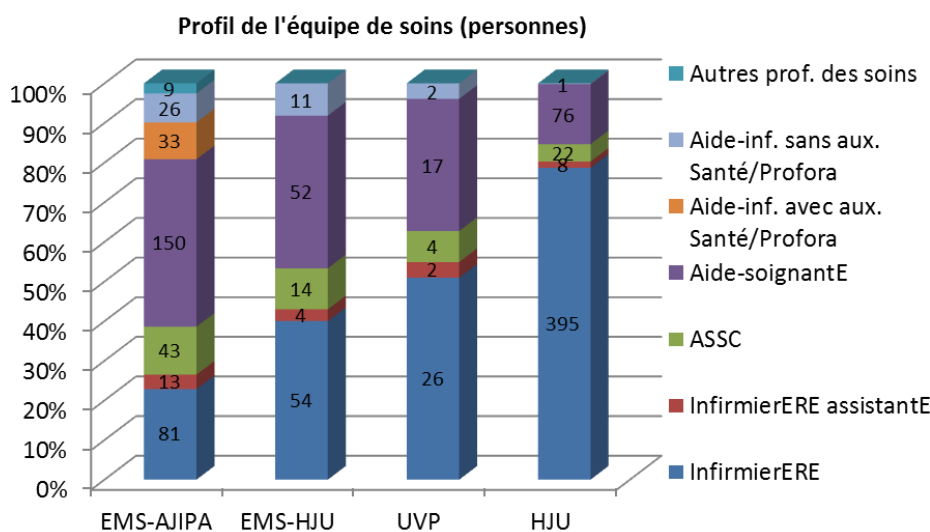
4.7.2 Profil des équipes de soins

Graphiques supplémentaires dans l'annexe, en EPT et % d'EPT

La question de la différence des modèles d'organisation se poursuit ici au niveau de l'examen de la composition de l'équipe de soins.



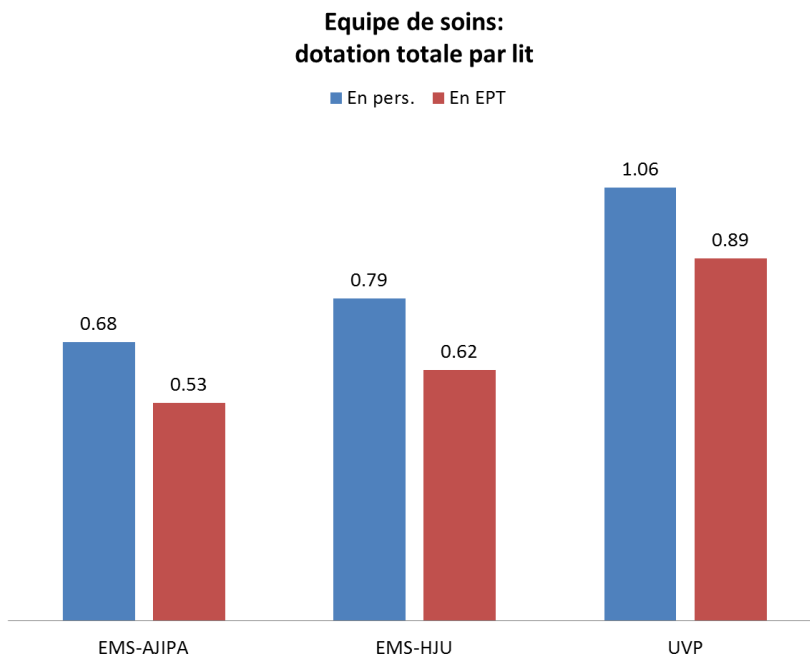
Alors que les EMS et les EMS-HJU présentait, en termes de secteurs, des profils similaires, la composition de leur équipe de soins diffère sensiblement au niveau de la proportion de personnel tertiaire (respectivement 23% et 40%).



La différence s'accroît encore entre l'EMS-AJIPA et l'UVP, où la proportion d'infirmières est plus que doublée (23% versus 51%). En conséquence, les ASSC et les aides-soignantes sont moins présentes. Globalement, l'équipe UVP présente un profil plus qualifié que l'équipe EMS-AJIPA.

Tout comme le concept d'accompagnement, le concept de soins de l'UVP de demain est également une donnée importante de l'évaluation des besoins en personnel, comme on le verra plus loin au travers des projections à dix ans des besoins par métier. Si l'équipe évolue vers plus de pluri et d'interdisciplinarité, il semble également important de prendre en compte les apports des compétences de niveau tertiaire, disponibles aujourd'hui dans l'organisation de l'UVP, pour appréhender les besoins complexes de la population accueillie aujourd'hui et prévue pour demain.

4.7.3 Dotation comparative des équipes de soins



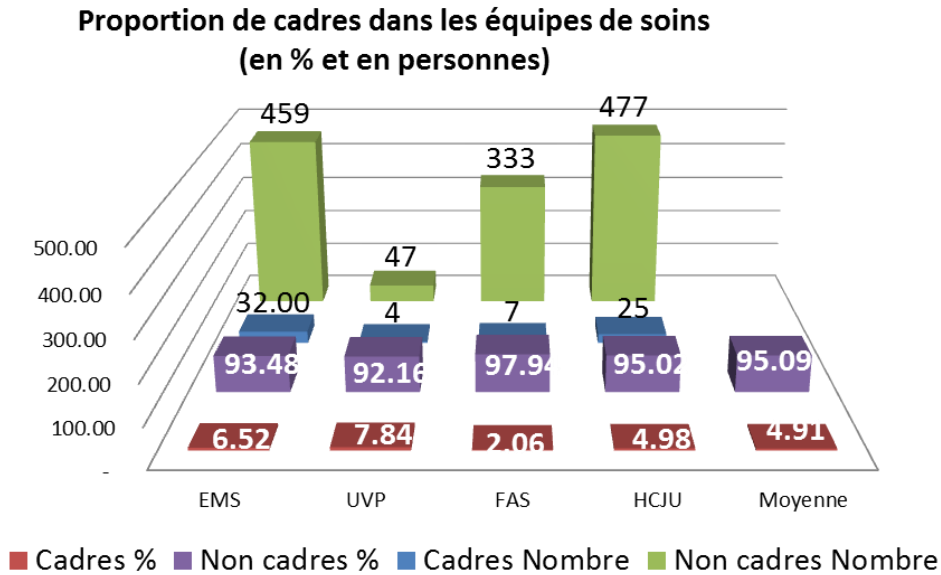
Les différences observées au niveau de la composition de l'équipe de soins se retrouvent également au niveau de la dotation. Celle-ci est plus basse dans les EMS-AJIPA par rapport aux EMS dépendant de l'HJU (-14,5% env. en EPT). Elle est la plus importante dans les UVP (+ 40% / EMS-AJIPA et +30% / EMS-HJU en EPT).

Les différences observées doivent à nouveau être mises en lien avec les besoins des publics accueillis et l'organisation du travail. Il n'est pas possible d'écarter, à ce stade, l'hypothèse que l'HJU, pour des raisons historiques ou d'image, ait « concentré » des cas de personnes âgées plus lourdes sur le plan des déficiences cognitives. Tout comme, pour d'autres raisons historiques ou d'image, les EMS, en général et pas uniquement dans le canton du Jura, tendent à être moins dotés (en nombre et en qualification). Il est aussi important de se souvenir que pour les EMS-AJIPA, il s'agit-là d'une moyenne qui ne reflète pas les différences possibles entre les établissements.

Ces questions essentielles sont à développer dans le cadre d'une réflexion sur le profil d'équipe et son organisation, afin de déterminer la dotation nécessaire, plutôt que de transférer un modèle sur un autre. Ceci de manière à corréliser notamment les besoins des résidents, la qualité ou la sécurité attendues de la prestation avec la dotation et la composition de l'équipe.

4.8 Cadres

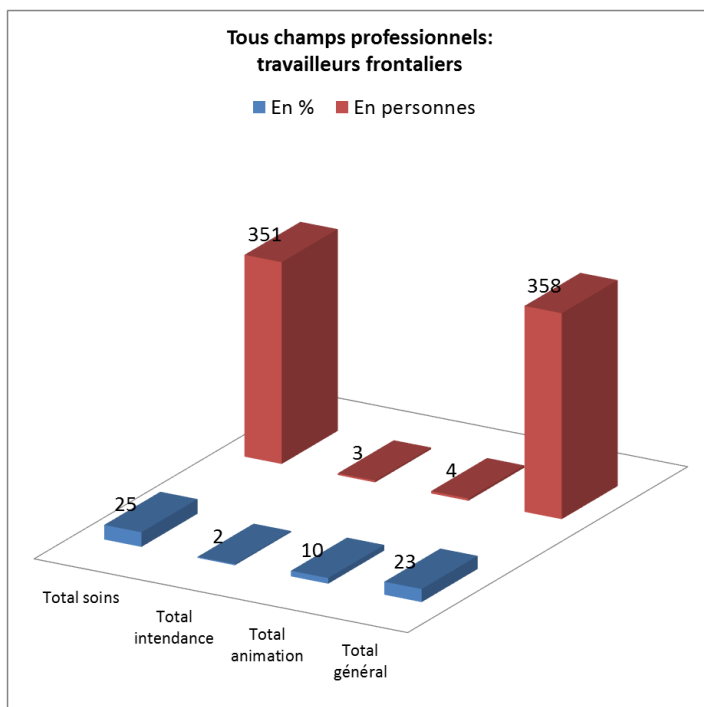
Graphiques supplémentaires dans l'annexe : « L'Entreprise Jura » entre secteurs et en EPT ; par institution et en personnes ; pour les EMS entre les secteurs.



De manière générale, le nombre de cadres est peu élevé, même s'il diffère entre les champs professionnels : 6,5% des personnes en moyenne pour les EMS, 7,8% dans les UVP, 2% à la FAS et près de 5% au sein de l'HJU. La proportion de cadres est « mathématiquement » augmentée lorsque l'équipe est réduite (ex. UVP ou équipe d'animation en EMS, voir annexe). Le nombre de temps partiels important dans les équipes fait baisser la proportion de cadres ; ce qui confirme, de manière plutôt habituelle, que ces derniers ont des taux d'activité supérieurs aux collaborateurs. A la FAS, le nombre de cadres est particulièrement bas ; le phénomène est accru par le faible taux d'activité moyen.

4.9 Travailleurs frontaliers : les catégories professionnelles concernées

4.9.1 L' « entreprise de santé du Jura » : travailleurs frontaliers par secteurs



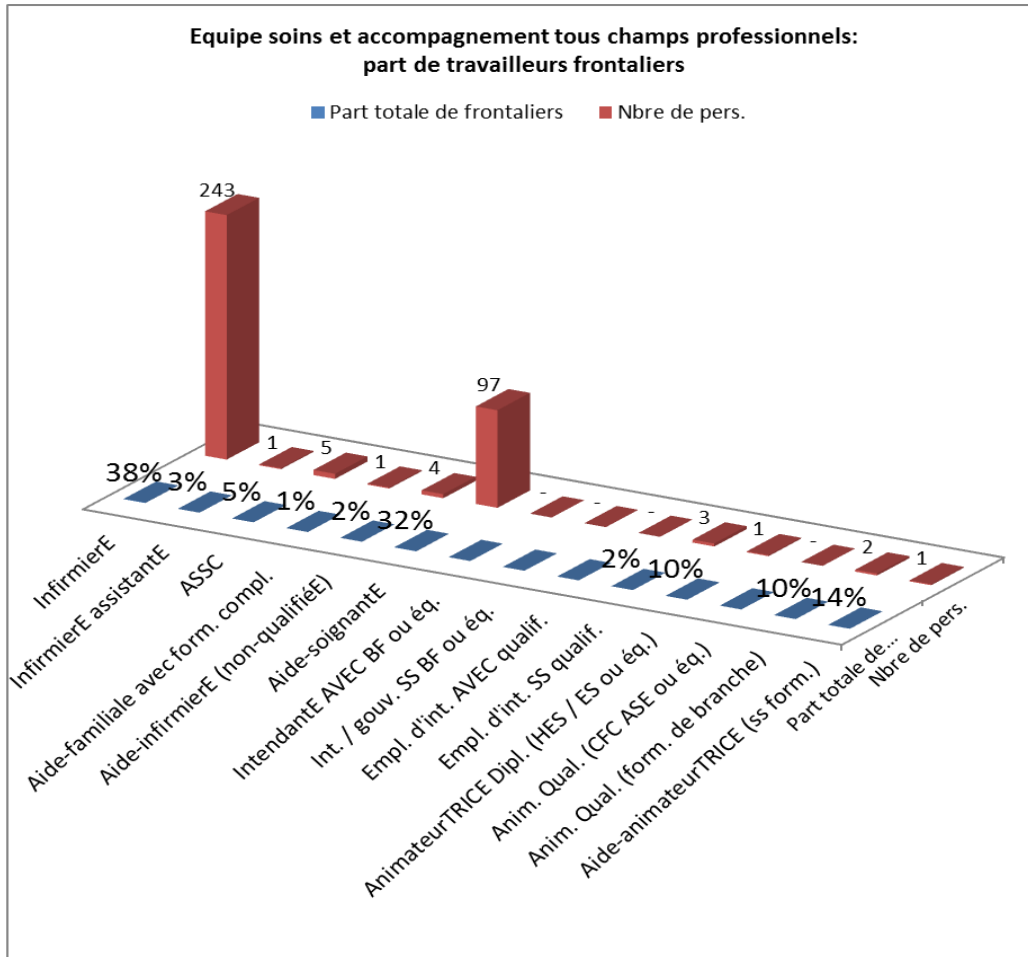
La part des travailleurs frontaliers est la plus forte dans les soins ; elle est en moyenne de 25%. La moyenne masque toutefois des différences importantes entre les champs professionnels. Comme on le verra plus loin, elle concerne le personnel formé avant tout.

A noter que si l'on compare le nombre de personnel frontalier dans les soins aux données 2009 du « Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé » (Odasante-CDS, 12/2009), ce chiffre est resté stable (349 personnes représentant 6,3% des frontaliers, toutes branches confondues).

4.9.2 L' « entreprise de santé du Jura » : travailleurs frontaliers par métiers

Graphiques supplémentaires dans l'annexe, par champ professionnel

Les travailleurs frontaliers sont les personnes au bénéfice d'un permis frontalier (et non pas les personnes de nationalité suisse résidant en France).

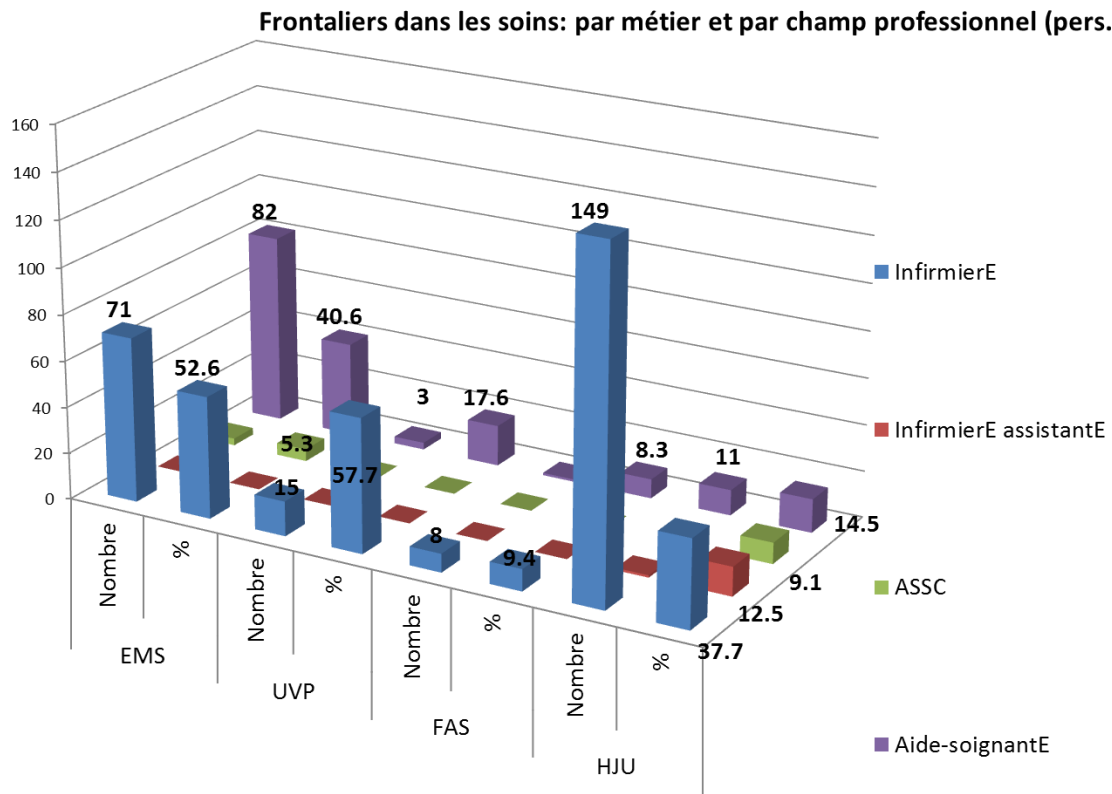


Dans une configuration qui reprend celle d'autres cantons frontaliers, les deux groupes professionnels principalement concernés sont les infirmierEs et les aides-soignantEs. Les professionnels de l'animation (EMS) forment également un petit groupe de frontaliers, mais les ratios sont peu significatifs dans la mesure où il s'agit de petits effectifs.

Les travailleurs frontaliers se recrutent parmi les professionnels formés, et parmi les métiers qui existent de part et d'autre de la frontière dans des profils de compétences similaires. Les aides-infirmierEs sont ainsi et par exemple, une catégorie quasiment absente du personnel frontalier.

La répartition des travailleurs frontaliers entre les champs professionnels n'est pas identique comme le montre le tableau qui suit.

4.9.3 Part du personnel frontalier dans les soins par champ professionnel



Si l'HJU a le plus grand nombre d'infirmierEs frontalières (149 personnes sur 243 pers. soit 61,3%) leur proportion est plus importante dans les UVP (57,7%) et les EMS (52,6%) . Cette donnée est cependant à relativiser dans les UVP, dans la mesure où il s'agit de petits effectifs, mais elle semble soutenir une tendance globale dans les institutions de longue durée accueillant les personnes âgées. Au-delà de la contribution à l'évaluation des besoins en personnel des institutions jurassiennes, la question du taux de frontalier peut également avoir du sens en cas de pandémie, avec par exemple à la clé, fermeture de la frontière ou réquisition nationale de personnel.

Les aides-soignantEs frontalières travaillent majoritairement en EMS et constituent également une part importante de l'équipe (40,6%). De manière générale, le degré de dépendance des EMS à la région frontalière est plus important. A noter que cette répartition du personnel frontalier diffère du canton de Genève (plus de personnel frontalier à l'hôpital) et ressemble à celle du canton du Tessin (plus de personnel frontalier en EMS).⁷

La FAS compte une quantité négligeable de personnel frontalier.

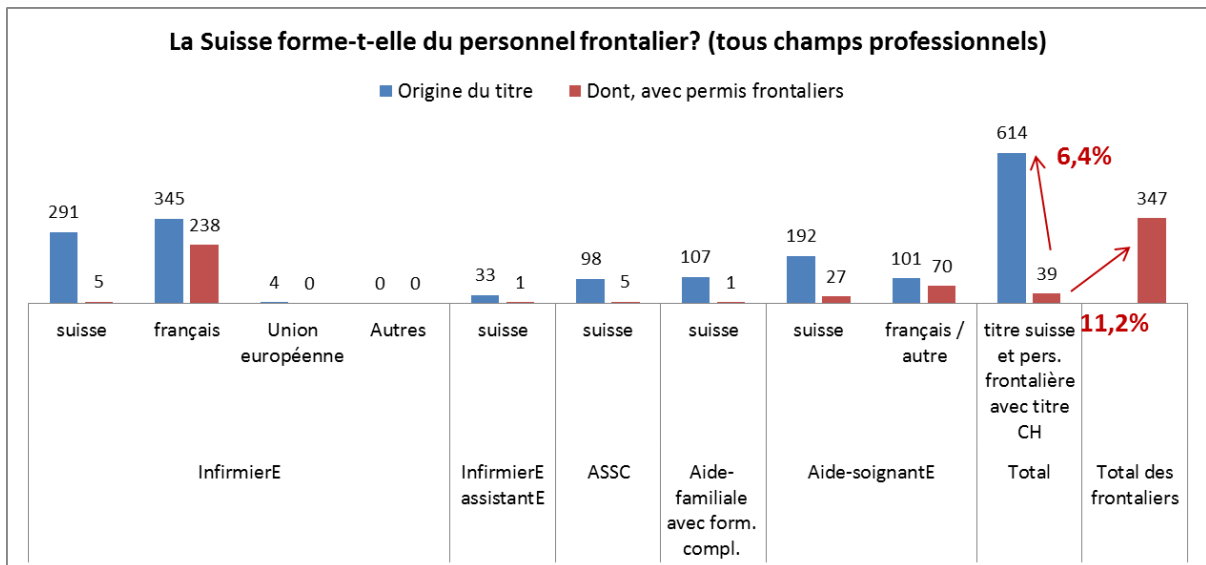
⁷ Enquête sur les besoins en personnel soignant des institutions genevoises d'aide et de soins, CRFG, octobre 2009. Immigration du personnel de santé : Conséquences et défis pour un canton limitrophe (le Tessin), Lic. jur. Stefano Radczuweit, Chef de service, Office cantonal de la santé publique, 12ème Journée de travail de la Politique nationale de la santé 2010 - <http://www.nationalegesundheit.ch/fr/agenda/journees-de-travail/archives/12ieme-journee-de-travail-de-la-politique-nationale-de-la-sante-2010/index.html>

4.9.4 Nombre de frontaliers dans les soins avec des titres de formation suisses

Graphique supplémentaire dans l'annexe, par champ professionnel

Si le canton du Jura bénéficie de personnel frontalier, il était intéressant d'observer plus finement les titres de ce personnel dans les soins, en se demandant notamment dans quelles proportions il se formait en Suisse et dans quelles formations. Le graphique ci-dessous montre différentes choses : l'origine des titres, le lieu de résidence selon le titre et la proportion totale de personnes frontalières au bénéfice d'un titre suisse.

Les deux groupes professionnels principalement concernés, comme on l'a vu plus haut, sont les infirmierEs et les aides-soignantEs.



Les infirmierEs sont presque exclusivement titulaires de titres suisses et français (par rapport à des titres européens ou extra-européens), avec une prédominance de titres français (54,2%). Parmi les personnes au bénéfice d'un titre français, si la majorité est frontalière (68,9%), près d'un tiers vit en Suisse, probablement dans le canton (ce que les données récoltées ne permettent pas d'affirmer toutefois).

Chez les aides-soignantEs, les titres sont majoritairement suisses (65,5%). Comme pour les infirmières, la majorité des personnes au bénéfice d'un titre français est frontalière (69,3%), mais là aussi quelque 30% des personnes avec un titre français vivent en Suisse.

6,4% des titres suisses sont détenus par du personnel frontalier (39 personnes), ce qui représente un peu plus de 10% du personnel frontalier dans les soins (11,2%). Il s'agit essentiellement du titre d'aide-soignantE (27 pers.), mais on relèvera que la récente formation d'ASSC concerne 5 personnes.

4.10 Personnes travaillant dans le cadre de programmes spécifiques

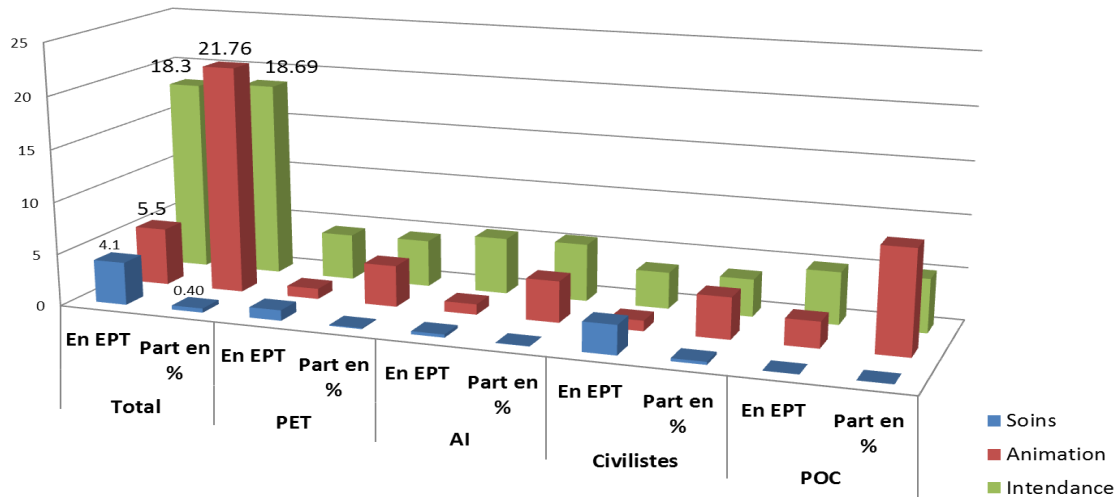
Cette question a été examinée sous l'angle de la qualité : y a-t-il, pour des raisons qui resteraient à expliquer, un risque de comblement des effectifs des professionnels par des personnes au bénéfice de programme particuliers, comme la réinsertion (AI, chômage) ou le service civil ?

La part est très faible dans les soins et il n'y a pas de risque de ce point de vue.

Dans l'animation et l'intendance où les effectifs sont plus réduits, l'analyse est plus nuancée. Le nombre total de personnes se situe autour des 20%, respectivement 21,8% dans l'animation (5 EPT.) et 18,7% dans l'intendance (18,3 EPT). Le ratio apparaît plus important, alors qu'il ne concerne que peu de monde.

Mais en raison des petits effectifs, la question peut être de savoir si ces personnes couvrent des besoins, et cas échéant, si cette présence révèle par exemple un manque de moyens ou une difficulté à recruter.

Personnel sous programmes spécifiques



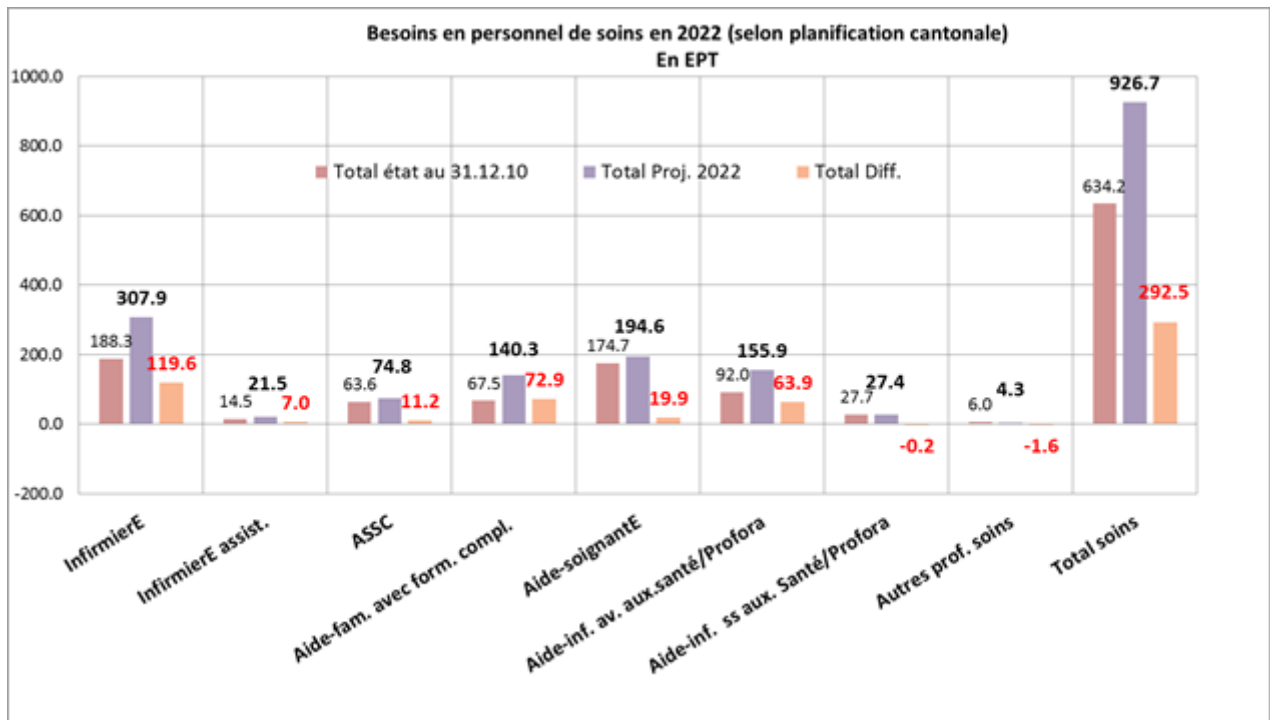
*PET, programme d'emploi temporaire – POC, programme d'occupation temporaire
AI, programme de réinsertion (assurance invalidité)*

5 Projections : les besoins en personnel

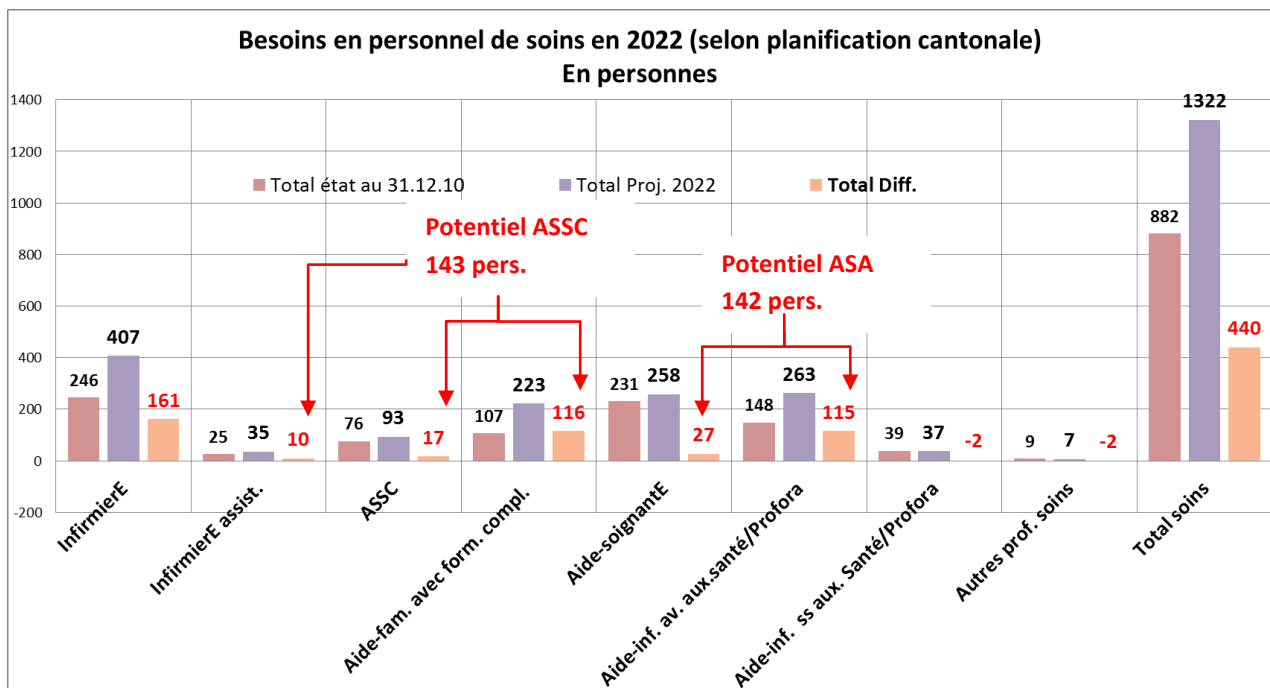
5.1 Les besoins en personnel de soins de l'«Entreprise de santé du Jura»

Les graphiques qui suivent présentent la somme des besoins relatifs à l'équipe de soins

- pour l'ensemble des champs professionnels, par profession et cumulés
- avec les profils d'équipe actuels de l'ensemble des institutions tels que décrits dans les pages précédentes et les taux d'activité du personnel actuels
- à l'horizon 2022, selon la planification médico-sociale définie par le canton (v.p 6 et annexe 7.1)



Total diff.(rouge) = solde du besoin entre l'état au 31/12/2010 et la projection en 2022



Les besoins calculés entre EPT et personnes diffèrent sensiblement en raison des taux d'activités, comme évoqué plus haut (292,5 EPT, mais 440 personnes) : ils sont environ une fois et demi plus importants.

Le cumul des institutions masque des différences importantes entre les champs d'activité comme on le verra plus bas.

Le nombre total de soignants doit aussi être apprécié à l'aune des nuances rappelées ici: **la diminution importante du nombre de lits d'EMS (680 à 501 lits) ne compense pas de manière symétrique l'augmentation importante de lits UVP (48 à 244 lits), en raison de configurations d'équipe très**

différentes. Ainsi, selon le modèle d'équipe adopté pour les UVP, les besoins d'ASSC et d'aides-soignantEs pourraient en particulier être sensiblement affectés.

En moyenne annuelle, et toutes institutions confondues, les besoins accrus, dus aux seuls effets de la planification, sont, pour les catégories professionnelles les plus importantes, d'une quinzaine de personnes / an, soit l'équivalent d'une classe environ.

Les besoins ne sont évidemment pas linéaires, et ils se cumulent, à l'échelle du canton, à plusieurs autres facteurs : les départs à la retraite, les « départs » de la profession ou du canton.

Besoins supplémentaires en personnel de soins d'ici à 2022

Evolution des besoins sous l'effet de la planification médico-sociale		
	EPT	Pers.
InfirmierE	119.6	161
InfirmierE assistantE		
ASSC		
Aide-familiale avec formation complémentaire	91.1	143
Aide-soignantE	19.9	27
Aide-inf. av. formation aux.santé/Profora	63.9	115
Aide-inf. sans formation aux.santé/Profora	-0.2	-2

5.2 Evolution des besoins en personnel de santé dans chacun des champs professionnels

Les graphiques qui suivent dans ce chapitre cumulent deux informations. D'une part, ils présentent le solde de personnel selon la planification prévue en 2022. D'autre part, ils proposent d'observer les effets d'une augmentation théorique du taux d'activité :

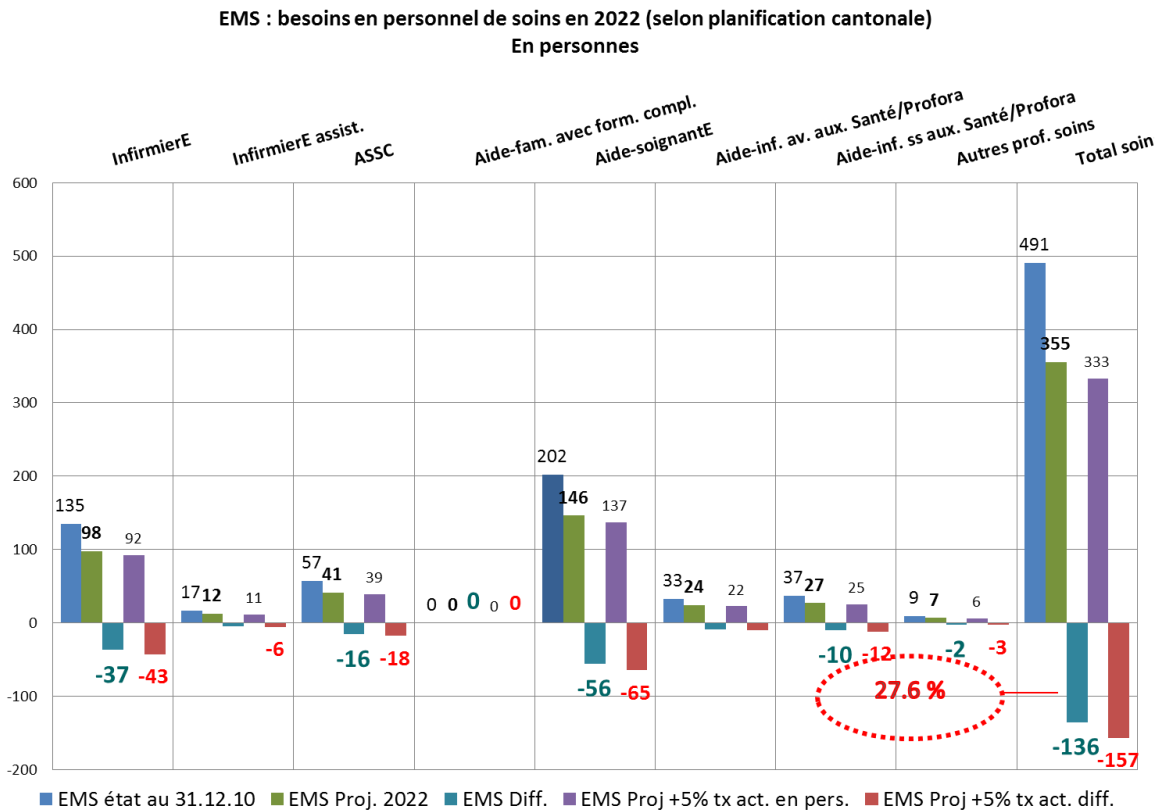
- 5% pour les EMS, les UVP et l'HJU
- 10% et 20% pour la FAS.

Avec cette simulation, il s'agit de mettre en évidence la sensibilité du facteur « taux d'activité » sur les besoins en personnel. Il est appliqué ici de façon linéaire, indépendamment des catégories de professionnels, donc d'une mise en œuvre réaliste d'une politique RH.

Mais l'importance des effets mérite d'examiner la question du taux d'activité en regard des besoins des usagers (continuité des soins, par exemple), des professionnels (disponibilité) et des moyens pour répondre aux besoins (moyens pour la formation et potentiel de recrutement pour la formation).

5.2.1 Evolution des besoins en personnel soignant pour les EMS

Des graphiques supplémentaires, notamment avec les EPT, figurent dans l'annexe.



Planification cantonale : 680 à 501 lits, soit -179 lits

EMS diff. = solde du besoin entre l'état au 31/12/2010 et 2022 (3ème colonne, bleu)

EMS Proj + 5% tx at. diff. = solde du besoin sous l'effet d'une augmentation du taux d'activité de 5% (dernière colonne, rouge)

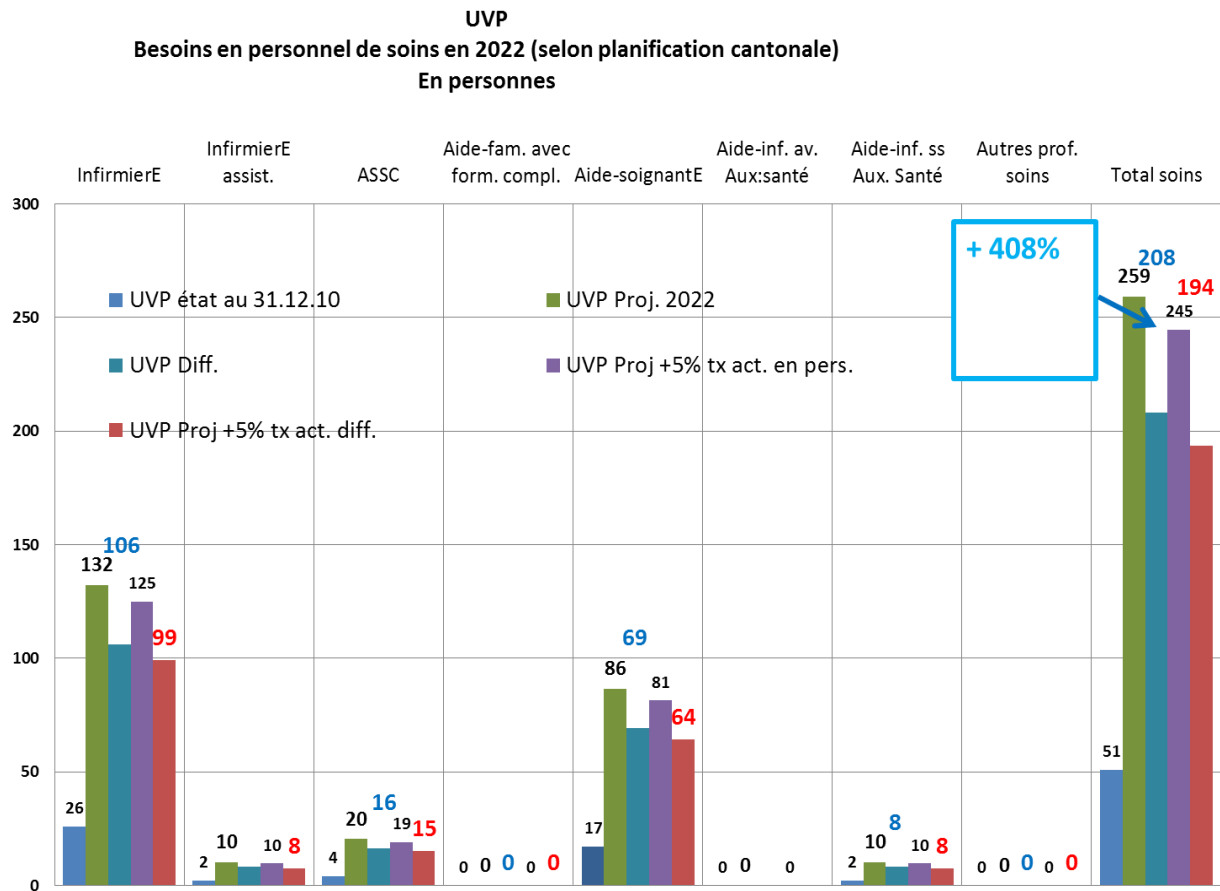
La diminution programmée des lits conduits à une baisse générale évidente des besoins en personnel (-27,6%) ; elle est accrue avec un taux d'activité augmenté de 5% (-31.9%).

Il s'agira de mettre les chiffres des professionnels ainsi « libérés » en regard des besoins, notamment, des UVP, dans la mesure où ces lits seront développés en partie par les EMS.

Il faut relever, parmi les réflexions en aval, que si les besoins croissants des autres institutions ne devaient pas être symétriques, cela pourrait inviter à une politique de qualification et/ ou de réorientation professionnelle. De même, si les personnes n'étaient pas désireuses de changer de champ professionnel, cela pourrait appeler de la part du champ professionnel à pourvoir, une politique de promotion. De manière générale, les mesures peuvent être très variables selon les profils d'équipes visés à terme, au sein d'un champ professionnel et entre les champs professionnels.

5.2.2 Evolution des besoins en personnel soignant pour les UVP

Des graphiques supplémentaires, notamment avec les EPT, figurent dans l'annexe



Planification cantonale : 48 à 244 lits, soit +196 lits

UVP diff. = solde du besoin entre l'état au 31/12/2010 et 2022 (3ème colonne, bleu)

UVP Proj + 5% tx at. diff. = solde du besoin sous l'effet d'une augmentation du taux d'activité de 5% (dernière colonne, rouge)

Les besoins supplémentaires sont évidemment importants puisqu'il s'agit d'augmenter le nombre de lits de 48 à 244. Le différentiel (en bleu « UVP diff.) entre la situation actuelle et la projection en 2022 présente une augmentation globale de près de 408%. La modification du taux d'activité (en rouge) a un effet modéré, dans la mesure où les taux d'activités sont déjà élevés (+380%, soit 28% en moins).

Sans tenir compte d'un changement de taux d'activité, **les infirmierEs libérés par la baisse de lits en EMS (-37 pers.) ne compensent pas les besoins des UVP s'ils croissent selon le profil d'équipe actuel (+106 pers.), il manque une septantaine de postes (+69)**. La problématique est moins aigüe pour le niveau secondaire (infirmierE-assistantE / ASSC) et les aides-soignantEs (respectivement +24 UVP / -22 EMS et +69 UVP / -56 EMS), toujours selon le modèle d'organisation de l'équipe actuel.

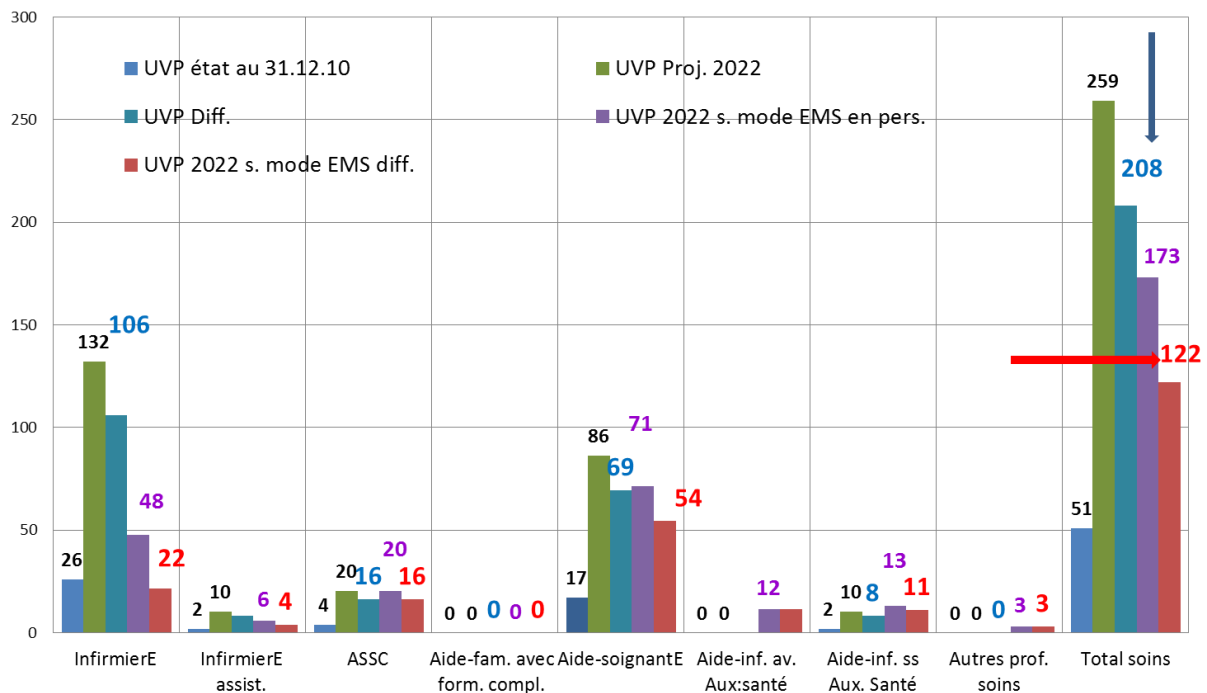
5.2.3 Evolution des besoins avec un UVP organisé sur le modèle de l'EMS

Nous proposons ici une variante qui permet d'illustrer les effets d'un changement de profil d'équipe sur les besoins en personnel. Le développement du nombre de lits UVP a été projeté avec la composition de l'équipe de soins de l'EMS et sa dotation actuelles.

Si l'EMS n'est pas nécessairement le modèle de développement de l'UVP de demain, cet exercice permet non seulement d'avoir un aperçu chiffré des effets, mais il permet surtout d'alimenter la réflexion en aval de l'étude sur le profil d'équipe des UVP souhaités à l'avenir.

Il invite aussi à nuancer les résultats sur les besoins en personnel en montrant leur sensibilité à de nombreux facteurs.

Variante: organisation des UVP sur le modèle EMS En personnes



UVP diff = solde du besoin en 2022 selon la planification cantonale (3ème colonne, bleu)

UVP 2022 s. mode EMS diff. = solde du besoin en 2022 avec une organisation selon le profil d'équipe de soins des EMS (dernière colonne, rouge)

Deux précautions sont nécessaires dans l'appréciation des résultats de cet exercice :

- la moyenne de tous les EMS est ici la référence ; elle intègre les deux établissements de l'HJU (27,5 % du personnel de soins du secteur « EMS ») qui présentent des profils d'équipe relativement différents des autres EMS (près du double d'infirmières, notamment) ;
- la dotation de référence est celle de l'ensemble des EMS ; elle intègre celle des EMS-AJIPA et celle des EMS-HJU qui, là aussi, diffère ; elle est inférieure à celle des UVP (v.p 19).

La conjugaison des effets d'un ratio plus faible de personnel infirmier dans l'équipe « EMS », avec une dotation significativement plus faible, conduit à une très forte baisse du besoin d'infirmierEs (diminution de près de 80%). Les besoins de personnel secondaire (infirmierE-assistante + ASSC) et d'aides-soignantEs sont plus ou moins identiques.

5.2.4 Evolution des besoins en personnel soignant pour la FAS

Des graphiques supplémentaires, notamment avec les EPT, figurent dans l'annexe.

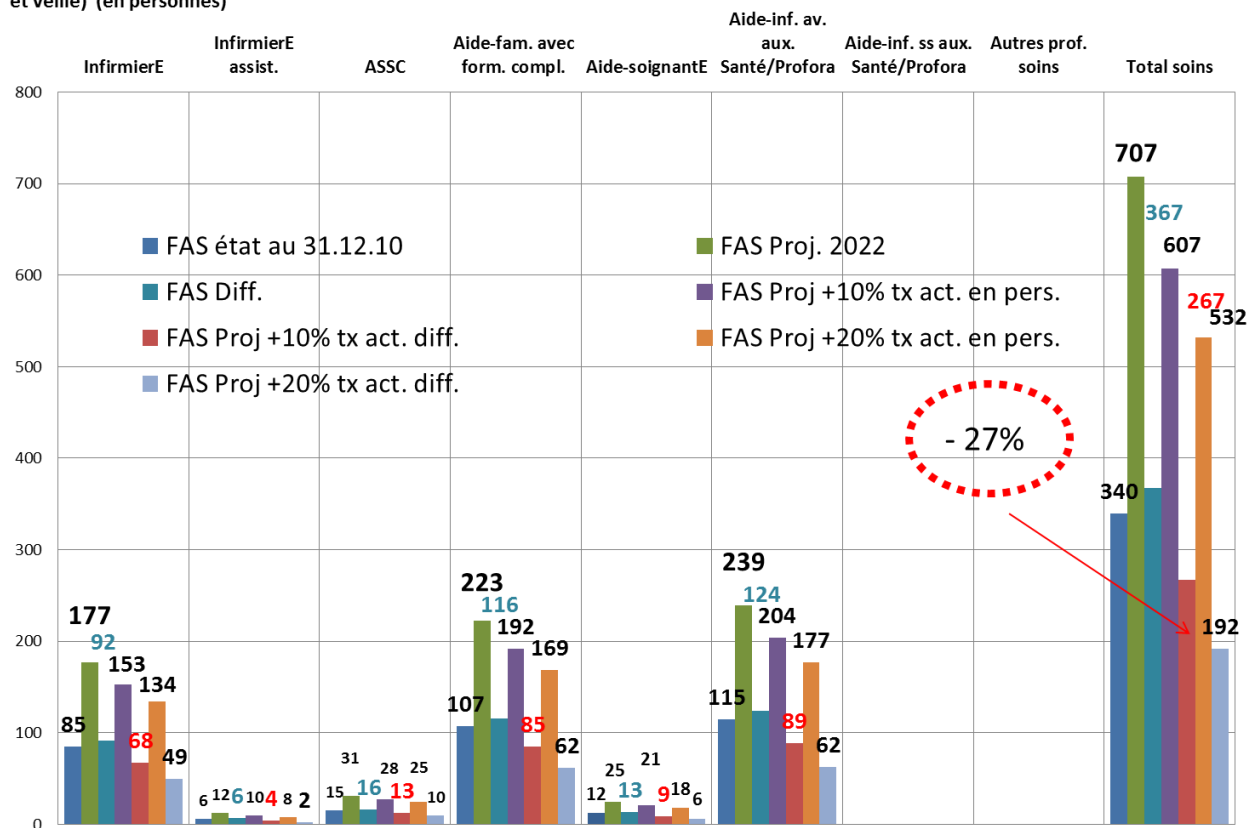
Pour cette projection, les éléments de la planification retenus ici, pour 2022, prévoient 432 EPT et ils sont les suivants⁸ :

- service de soins à domicile (141 EPT) + soins à domicile en appartements protégés (+ 62)
- services d'aide à domicile (199 EPT) + aide à domicile en appartements protégés (+ 30).

Il n'a donc pas été tenu compte des services de thérapie (11) et de veille à domicile (15).

FAS

Besoins en personnel de soins en 2022 selon planification cantonale (passage à 432 EPT/, sans services thérapie et veille) (en personnes)



FAS diff. = solde du besoin entre l'état au 31/12/2010 et 2022 (3ème colonne, bleu)

FAS Proj + 10% tx at. diff. = solde du besoin sous l'effet d'une augmentation du taux d'activité de 10% (5ème colonne, rouge)

FAS Proj +20% tx act. diff = solde du besoin sous l'effet d'une augmentation du taux d'activité de 20% (dernière colonne, bleu ciel)

Les besoins de la FAS à l'orée 2022 se situent presque partout (3ème colonne bleu) et signifient une augmentation de plus du double des effectifs totaux des soins (+ 108%) :

- + 92 infirmières
- + 138 ASSC, si l'on additionne les ASSC, les infirmières-assistantes, et les aides-familiales (dont les formations n'existent plus)

⁸ Dans l'Arrêté du Gouvernement du 25 octobre 2011, les chiffres de référence 2010 pour ces mêmes catégories totalisent 160 EPT. Le nombre d'EPT totalisé pour cette étude est cependant supérieur en 2010 (207,7).

- + 124 aides-infirmierEs

Le nombre d'aide-infirmières, ainsi que celui d'aide-familiales laisse entrevoir un développement potentiel intéressant pour les AFP Aide en soins et accompagnement (ASA) et les ASSC.

Pour autant que le profil d'équipe à venir s'inscrive dans cette tendance, il y a là un double enjeu d'attractivité pour l'institution et pour les métiers, afin d'ajuster demande et offre sur la durée.

Les besoins sont d'autant plus importants que le taux d'activité est bas (moins de 60%). L'effet de son augmentation de 10% sur les besoins en personnel est en conséquence important : on observe une diminution globale d'un bon quart des effectifs nécessaires (-27%). Avec un taux hypothétique doublé à 20%, la baisse générale est en conséquence de près de 50% (-47,6%).

Au-delà des questions évoquées en introduction de ce chapitre, l'enjeu ici est de savoir si l'institution peut rester attractive avec un objectif d'augmentation du taux d'activité pour certains professionnels, et cas échéant, à quelles conditions ? Dans ce sens, l'image fournie par les départs à la retraite donne peut-être une piste de réflexion sur ce sujet, la population de la FAS risquant d'être sensiblement modifiée dans les 10 ans à venir (voir 5.2.1 Départs à la retraite).

5.2.5 Evolution des besoins en personnel soignant pour l'HJU

Graphiques dans l'annexe.

La planification prévue étant actuellement constante, les besoins de l'HJU sont les mêmes que la situation actuelle, décrite plus haut.

L'application-test d'un taux d'activité de 5% sur les besoins actuels n'a que peu d'incidence, voire d'intérêt, ceux-ci étant déjà relativement élevés.

Les facteurs de modification à moyen terme des besoins en personnel sont ainsi le profil d'équipe et les changements de mission, cas échéant, liés à une révision de la planification hospitalière, cas échéant.

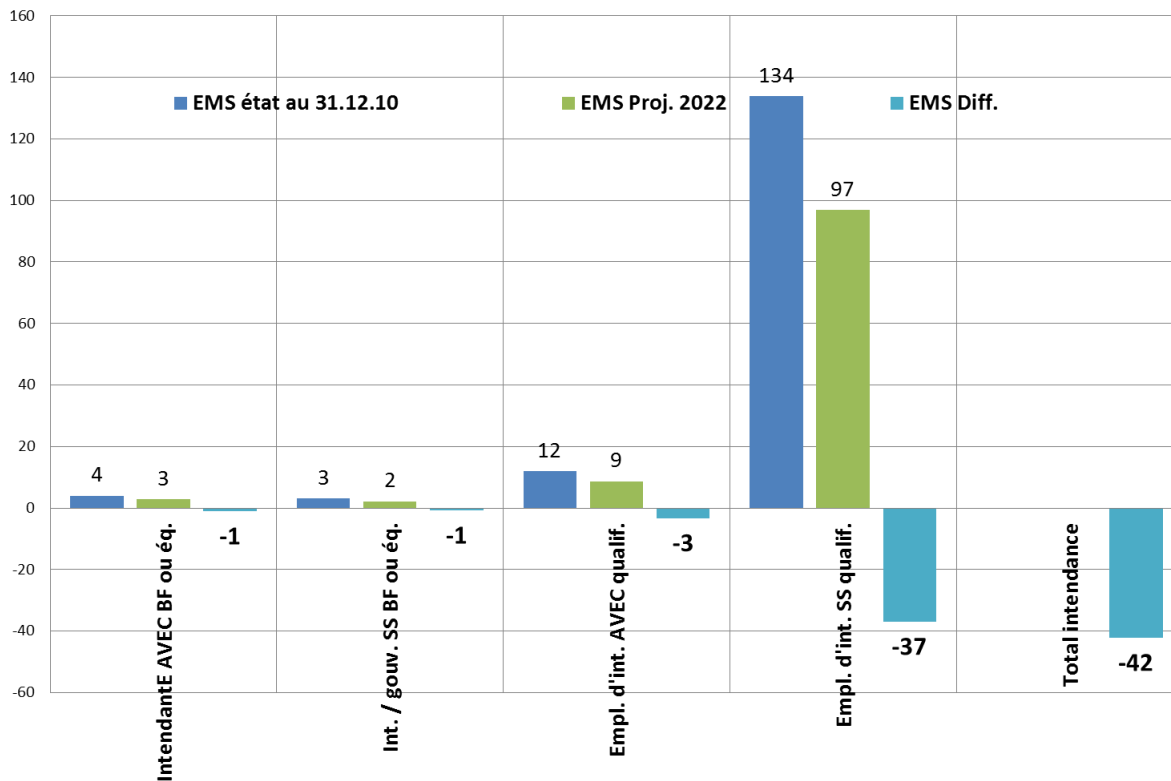
5.2.6 Evolution des besoins en personnel d'intendance (EMS)

Graphique supplémentaire dans l'annexe (EPT).

Pour mémoire, seuls les EMS sont concernés ici. **La planification future des besoins sera modulée par le développement ou non des activités d'intendance et de la conception de l'équipe interdisciplinaire dans les autres champs professionnels, en particulier les UVP.**

La projection est effectuée ici sans variante d'augmentation du taux d'activité qui ne présente pas d'intérêt dans ce contexte.

**Besoins en personnel d'intendance en 2022 (selon planification cantonale)
En personnes (EMS)**



L'essentiel des équipes est constitué d'une population non qualifiée, comme on l'a vu plus haut. De ce fait, la baisse important de lits, selon la planification cantonale (de 680 à 501 lits) libère effectivement des ressources humaines.

Les publics principalement concernés par cette diminution sont les employés en intendance sans qualification. Dès lors, si les profils d'équipes restent les mêmes à terme dans les autres champs professionnels, il s'agit d'une catégorie d'employés « fragile » qui est susceptible de se retrouver sans emploi.

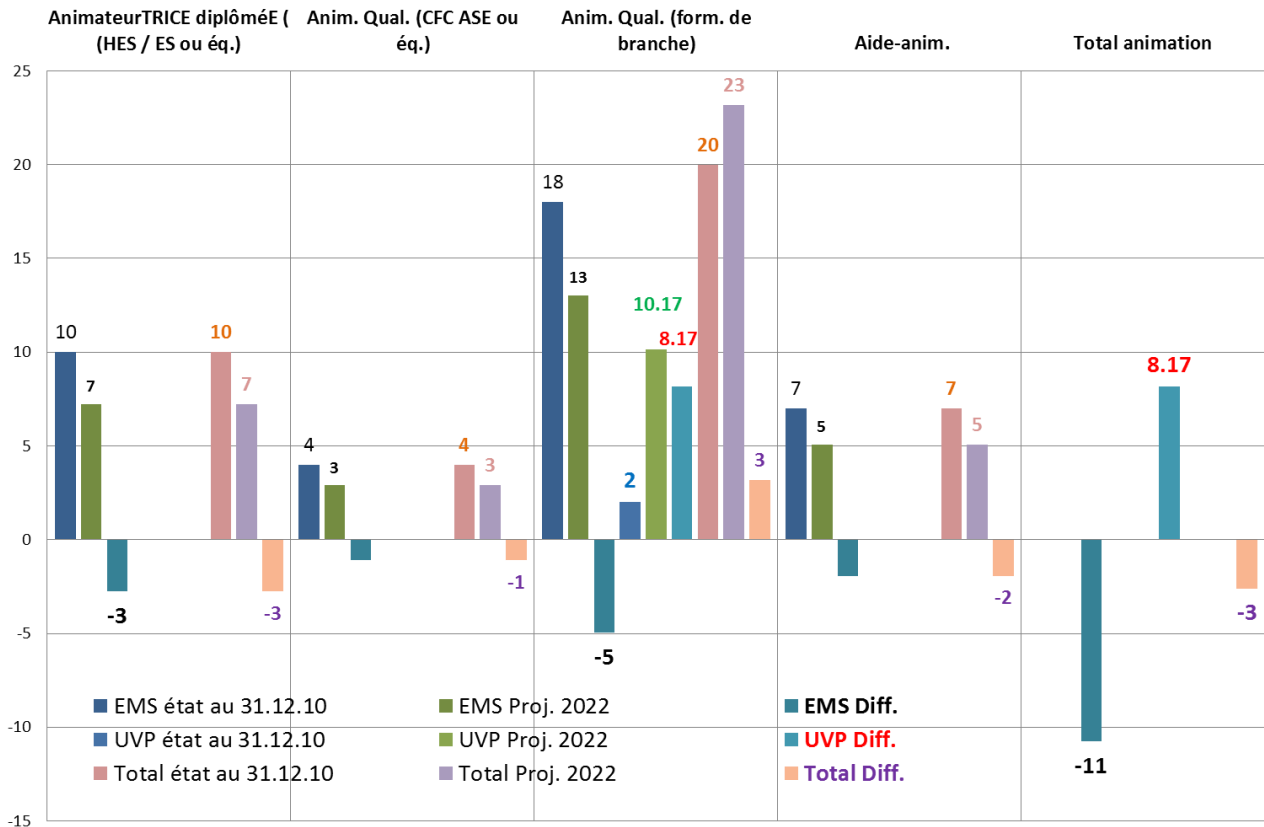
Mais par ailleurs, c'est aussi une population qui présente un potentiel pour une AFP dans le domaine de l'intendance par exemple, voir un CFC selon l'évolution des besoins des équipes et les profils des personnes.

5.2.7 Evolution des besoins en personnel d'animation (EMS et UVP)

Graphique supplémentaire dans l'annexe (EPT).

Les projections concernent les EMS et les UVP. Toutefois, comme on l'a vu plus haut, l'équipe de l'UVP est restreinte et ne se compose que d'animateurs qualifiés.

**Besoins en personnel d'animation en 2022 (selon planification cantonale)
En personnes (EMS et UVP)**



EMS diff. = solde du besoin en 2022 selon la planification cantonale pour les EMS

UVP diff. = solde du besoin en 2022 selon la planification cantonale pour les UVP

Total diff. = solde du besoin cumulé des EMS et des UVP

Dans le cas où le profil d'équipe de l'UVP restait le même, il n'y aurait pas de besoin particulier dans le domaine de l'animation : la diminution des lits des EMS (-11 personnes nécessaires) compensant les besoins peu importants des UVP (+ 8 personnes environ) en raison de la taille du secteur de l'animation, et ce malgré l'augmentation importante des lits.

Si la question du profil d'équipe de l'UVP peut modifier les besoins, le type d'organisation adopté pour le développement d'UVP en EMS peut aussi influencer ces besoins, sur le modèle de ce qui semble déjà exister au sein de l'HJU, entre EMS et UVP : selon que l'UVP sera, par exemple, développé de manière autonome ou en synergie avec l'EMS, certaines ressources pourraient être mutualisées autour d'activités communes.

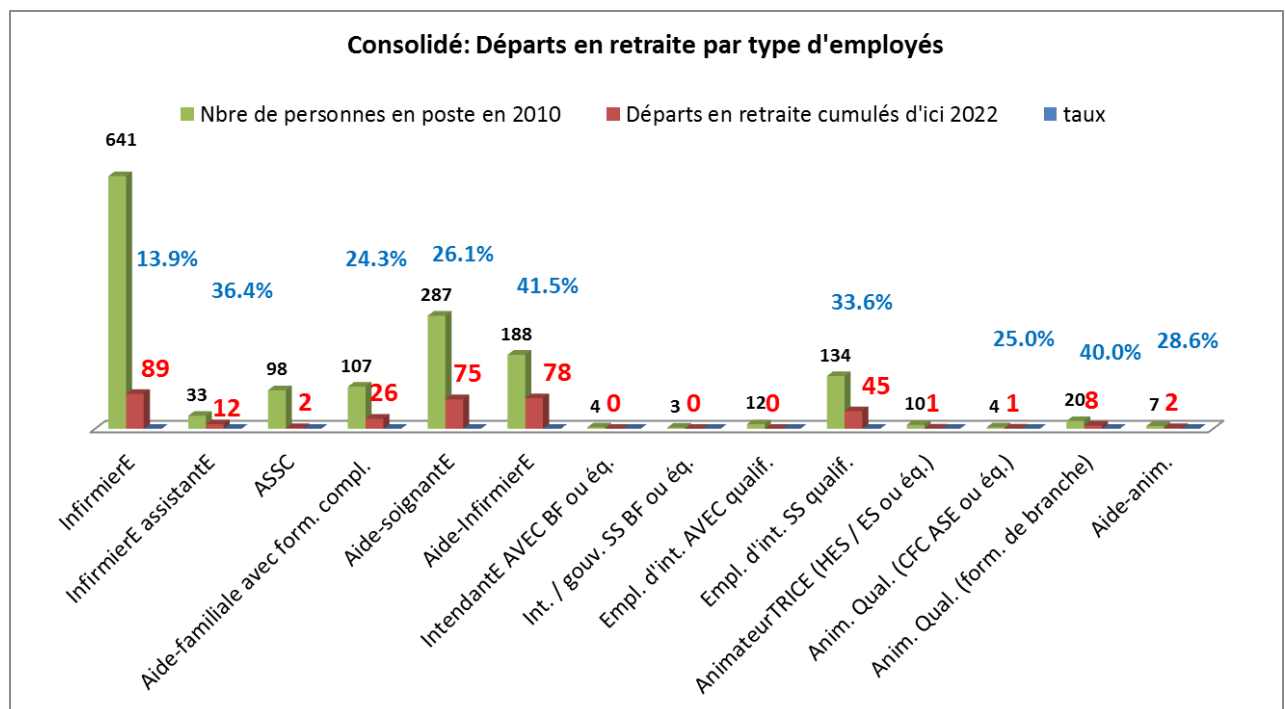
5.3 Départs à la retraite

Des graphiques pour chaque champ professionnel figurent dans l'annexe.

L'horizon 2022, qui est celui de la planification médico-sociale, est celui qui a été choisi pour apprécier le nombre de professionnels cumulés partis à la retraite jusque-là. Ceci ne permet pas évidemment un suivi de la situation annuelle et des contraintes de gestion des institutions, mais il rend possible, à l'échelle de la durée d'une formation, d'estimer les efforts à entreprendre.

Cette donnée indique des tendances quant à l'âge global des professionnels de chaque champ, et aux différences qui peuvent exister ou non à ce niveau entre les métiers et entre les champs professionnels : y a-t-il un métier ou un champ professionnel plus concerné par le vieillissement de ses professionnels ?

Ce sont autant d'éléments d'informations, à la fois pour la promotion des métiers et le management. Une structure d'âge élevée pourrait par exemple inviter à un travail de promotion accru (travail et formation) pour assurer une relève, tout comme à une réflexion sur l'adaptation du poste de travail, afin de maintenir la personne dans l'institution ou le champ professionnel. A l'inverse, une structure de professionnels jeune révèle une certaine attractivité pour l'institution ou le champ (voire le canton), et renvoie simultanément aux conditions-cadres permettant de conserver les professionnels dans l'institution, le champ professionnel, et plus largement dans les soins et l'accompagnement dans le canton du Jura.



Les pourcentages significatifs sont indiqués dans le graphique ci-dessus.

L'analyse des départs à la retraite doit se faire dans une double lecture de chiffres et de pourcentage. A titre d'exemple, l'HJU n'est pas menacé, en termes d'équilibre institutionnel, par le départ à la retraite de ses infirmières (11%), mais le pourcentage se traduit par 45 personnes, soit la moitié de l'effectif à remplacer. C'est là plutôt une contrainte pour la politique de formation cantonale. A l'inverse, les 20 infirmières de la FAS représentent près d'un quart de leur effectif à remplacer ; à elles seules le défi de formation ne serait pas immense, mais la problématique est réelle pour l'institution.

On distingue ainsi deux sortes d'enjeux autour des retraites qui se conjuguent : un enjeu pour une institution donnée, et un enjeu collectif provenant du cumul des besoins.

5.3.1 Enjeux pour les institutions

La FAS est vraisemblablement la plus concernée par les départs à la retraite, **ceux-ci touchant de manière importante ses trois catégories de professionnel principales**. Il faut relever aussi qu'au niveau secondaire, plus du tiers des infirmierEs-assistantes sera également parti.

A noter encore, que la présence d'une population plus âgée à la FAS pourrait être mise en relation avec la question du taux d'activité dans une réflexion ultérieure. Il y a peut-être un effet induit de l'âge sur l'organisation du travail, à ce niveau, qui serait susceptible de se modifier avec une population de professionnels plus jeunes.

FAS	départs (personnes)	part de l'effectif
Aides-infirmierEs	57	49,6 %
Aides-familiales	26	24,3 %
InfirmierEs	20	23,5%

+ 36,4 % / 12 aides-infirmierEs

Les EMS sont essentiellement concernés par les catégories des aides et des employés en intendance.

Près de 50% de la population des aides sera partie en retraite dans 10 ans, ainsi qu'un tiers du personnel non qualifié de l'intendance. Si l'on pouvait être tenté de nuancer ces besoins par la diminution progressive des lits, le développement des lits UVP, et de manière plus générale, celui des structures intermédiaires, devraient plutôt amener à considérer cet indicateur d'âge comme un signal important :

EMS	départs (personnes)	part de l'effectif
Aides-soignantEs	38	20,9 %
Aides-infirmierEs	20	28,6%
EmployéEs d'intendance sans qualification	45	33,6%

49,5%

L'HJU voit sa population d'aide également concernée, tout comme les UVP :

HJU-UVP	départs (personnes)	part de l'effectif
Aides-soignantEs HJU	28	37%
Aides-soignantEs UVP	6	35,2%

5.3.2 Enjeux globaux

La question des aides amène naturellement à celle des départs cumulés entre les secteurs. Cette lecture fait ressortir deux enjeux collectifs majeurs :

- sur le plan des aides : en cumulant celles au bénéfice d'une qualification (Certificat de la Croix-Rouge Suisse) et celles avec une formation continue de base (auxiliaire de santé CRS ou équivalent), 153 personnes, **soit un tiers de l'effectif actuel « cantonal », sera à la retraite d'ici à 2022**
- sur le plan des infirmierEs : 89 personnes auront quitté la vie professionnelle, avec une répartition dispersée sur l'ensemble des institutions, mais plus importante à la FAS.

5.4 Modifications des effectifs, de la capacité d'accueil et des places pour la formation professionnelle

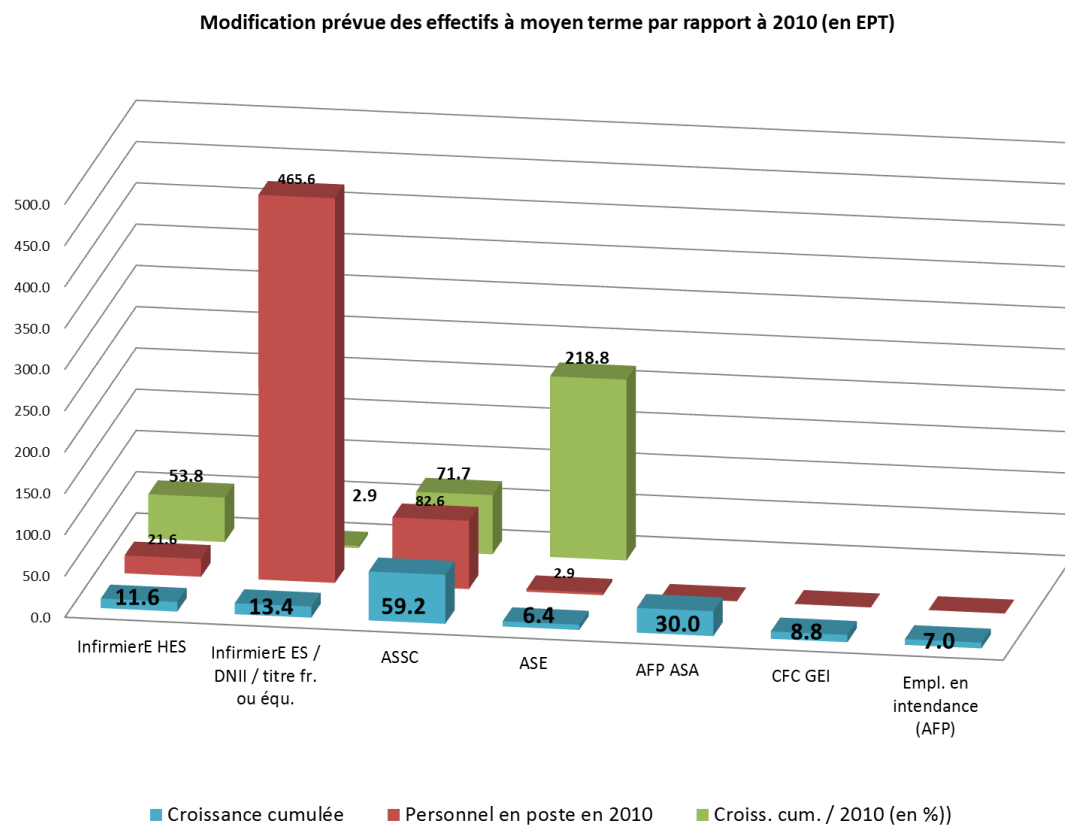
Trois questions ont été posées aux institutions, afin d'évaluer divers éléments : leurs intentions par rapport aux métiers et à la composition de leurs équipes (effectifs), l'état de leurs projets dans le cadre de la planification sanitaire cantonale, leur disponibilité et leur positionnement par rapport aux places de formation professionnelle dans leur institution.

Les questions avaient pour but de mesurer des tendances, de manière à alimenter les actions / réflexions à conduire face aux besoins calculés en personnel de santé.

Elles ont porté sur les professionnels et les métiers pour lesquels il existe une formation de base dans la systématique nationale. Les intendantEs et le Brevet fédéral dans ce domaine n'ont pas été documentés, ni d'autres formations professionnelles dans le secteur de l'intendance, comme l'employéE en hôtellerie par exemple.

5.4.1 Modification des effectifs

Graphique supplémentaire dans l'annexe (croissance 2013, 2015, cumulée)



Le nombre d'infirmières en poste en 2010 a été extrapolé en attribuant à ces personnes le taux de travail moyen de l'ensemble des infirmières toutes institutions confondues, à partir de l'information concernant leur niveau de formation (en personne et non en EPT). Par ailleurs, les 9 infirmières de niveau DNI ou équivalent ne figurent pas dans ce graphique, dans la mesure où la question était prospective et que le titre n'existe plus.

Il s'agit moins de s'attacher ici aux chiffres qu'aux tendances, car les résultats consolidés reflètent des réalités multiples. Les commentaires des institutions montrent une incertitude importante par rapport à différents facteurs, mais celles-ci sont concentrées sur les infirmierEs : développement ou non d'UVP, départs à la retraite, disponibilité des infirmierEs sur le marché et résultats de la réflexion sur les profils d'équipe.

Les données pour les autres groupes professionnels mettent en évidence des attentes et une vision du développement des équipes :

- **la majorité des institutions souhaite engager des ASSC (11/13), des ASA (9/13) et les prévisions sont les plus hautes à la FAS (+ 30 EPT)**
- L'augmentation prévue des ASSC (+ 59 EPT / 71%), des ASA (+ 30 EPT), et des ASE dans une proportion un peu moindre, est entendue au travers de postes supplémentaires : respectivement 5 et 6 institutions sur les 13 (ASSC, ASA), 3 institutions (ASE).
- 5 EMS souhaitent engager des ASE
- sans surprise puisqu'ils les pratiquent, **ce sont les EMS qui prévoient des engagements dans le domaine de l'intendance** : GEI (5 EMS sur les 9 ayant répondu), employé en intendance AFP (3 EMS) ; mais les points de vues sur l'intendance restent relativement diffus et dispersés.
- **la hausse prévisible des infirmierEs HES (+ 11,6 EPT / 53%) ne concerne que 3 institutions** (2 EMS et la FAS). Ce sont, parmi les 7 métiers, les infirmierEs (ES et HES) qui présentent le plus d'incertitudes concernant les engagements (6 à 7 institutions sur les 13 ayant répondu sur 14).
- Les postes envisagés le sont par des transferts d'autres métiers (2 institutions).

5.4.2 Modification de la capacité d'accueil

Les réponses montrent là aussi un dossier « en chantier », dans lequel la projection à 10 ans et la matérialisation des modifications de capacité d'accueil et des prestations des institutions n'est pas arrêtée encore. Six EMS-AJIPA sur les quatorze institutions manifestent des projets chiffrés.

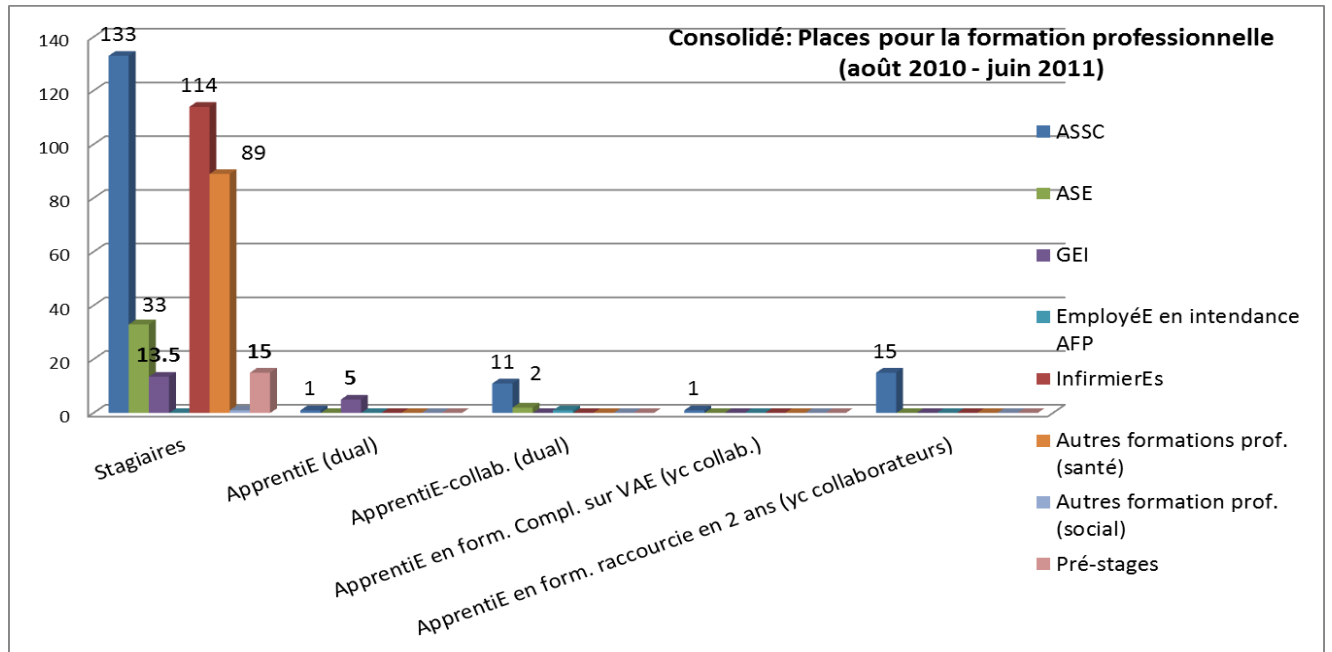
Les données recueillies ne sont pas significatives, et dans ce sens, elles ne présentent pas d'intérêt pour l'étude, à ce stade.

Cependant, la situation invite à assurer un suivi en continu par une mise à jour régulière de la planification médico-sociale (puis hospitalière) cantonale. Ce suivi doit permettre d'une part, de mesurer l'adéquation entre les besoins arrêtés initialement par le Canton, les projets et les réalisations ; d'autre part, il pourrait introduire la notion de « planification roulante », en autorisant l'adaptation de la planification médico-sociale, en particulier, en fonction des besoins réels de la population.

5.4.3 Places pour la formation professionnelle dans les institutions : situation actuelle et prévisions

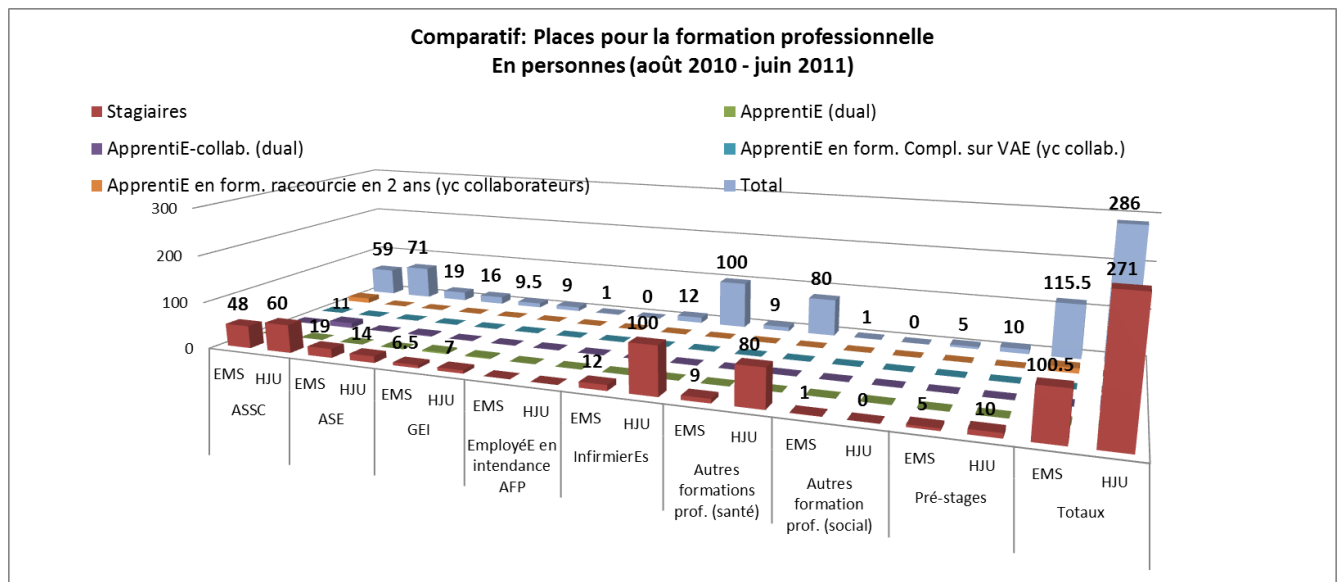
Graphique supplémentaire dans l'annexe, total de personnes et d'années par type de formation, FAS

Les graphiques qui suivent montrent d'une part la situation actuelle concernant l'accueil de stagiaires et d'apprenti, et d'autre part, les intentions des institutions.



On entend par stagiaire, toutes les places relevant de la formation professionnelle à l'école. Les apprentis couvrent l'ensemble des formations duales y compris les collaborateurs qui se forment en emploi. L'axe vertical est en nombre de personnes (places).

L'HJU regroupe ici les UVP, ses EMS et les soins aigus.



Les stages en général sont ce qui sollicite aujourd'hui de manière majoritaire et importante les institutions :

- Plus particulièrement ceux pour la formation des ASSC (133 pers.), des infirmières (114) et des autres professions de la santé (89). A noter que cette dernière catégorie concerne des

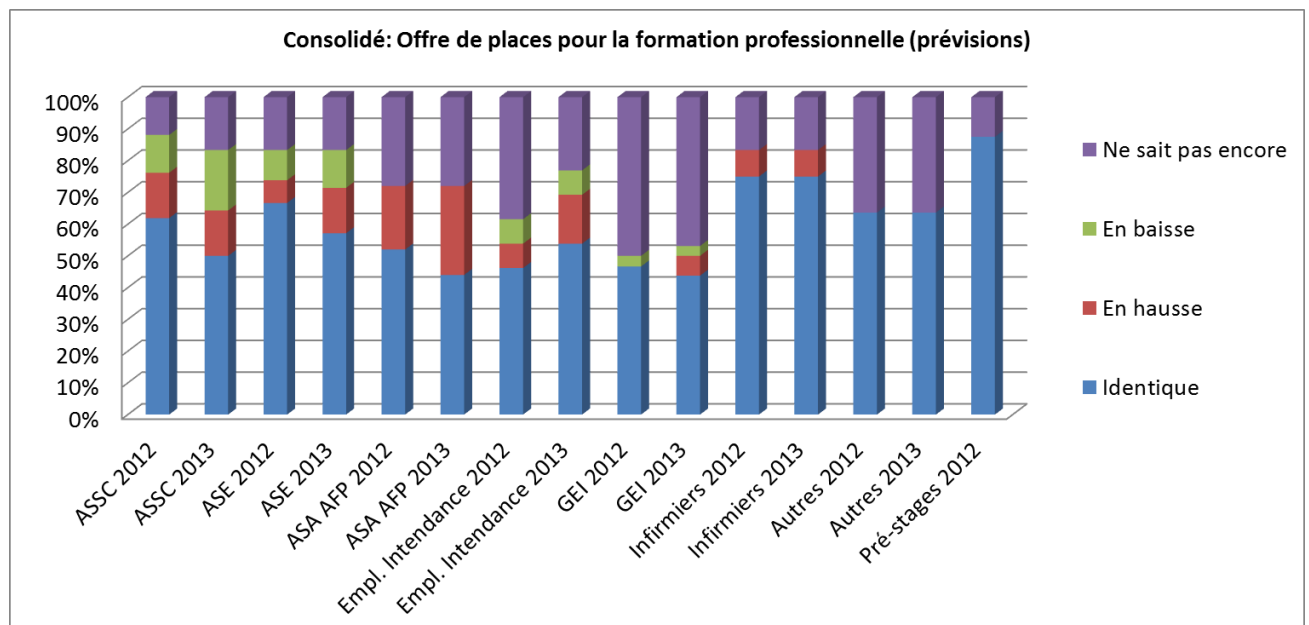
professionnels qui ne sont pas documentés dans cette étude, mais dont la formation sollicite particulièrement l'HJU, comme on le voit dans le second graphique.

- Sur un total de 398 stagiaires (pour une durée de stage équivalente à 83 années !), les principaux contributeurs en matière de stages sont les EMS (25%) et l'HJU (68%), sauf pour ce qui concerne les stages ASSC (25 pers. / 6%).
- L'effort de formation des infirmières (114 pers.) est majoritairement porté par l'HJU (87,7%).

Concernant les apprentis :

- **Les apprentis en dual (6 pers.) sont des GEI (3 EMS / 2HJU) et une ASSC (FAS).**
- **Les apprentis-collaborateurs (14 pers.) sont essentiellement des ASSC formées par l'HJU (11 ASSC et 2 ASE) ; unE employéE en intendance en EMS.**
- **Les apprentis en formation raccourcie (15 pers.) sont essentiellement des ASSC formés par les EMS (11 ASSC).**

Du point de vue de l'intention des institutions d'offrir des places pour formation professionnelle, la situation est moins lisible. La résultante des tendances, souvent contradictoires, d'une institution à l'autre est illustrée ci-dessous.



Pour la majorité des formations, 50% et plus des institutions pensent la tendance comme identique. Certains avis s'annulent (en baisse et en hausse), comme pour les ASSC qui sont même plutôt à la baisse. Seules les ASA sont clairement en développement, et dans une certaine mesure les ASE et les infirmières. Les pré-stages ne connaissent pas de variation, tout comme les autres formations en soins.

Les incertitudes liées à l'évolution éventuelle des profils d'équipe, ainsi qu'au développement des projets dans le cadre de la planification sanitaire et médico-sociale conditionnent ce résultat. Mais la question des conditions-cadres pour la formation a été aussi clairement évoquée comme un facteur central du développement des places pour la formation professionnelle.

5.4.4 Places de formation professionnelle au sein des écoles

Les données qui suivent ont été fournies par les écoles. Elles montrent à la fois la capacité des écoles et l'usage des filières par les institutions.

Les constats suivants s'imposent en lien avec le chapitre précédent :

- La formation en école est la filière la plus usitée ; c'est aussi celle qui « consomme » le plus de stages, dans la mesure où toutes les filières sont construites aujourd'hui sur l'alternance (formation + formation par le biais du travail effectué avec des objectifs).
- Les stages préparatoires de la HES et de la maturité spécialisée viennent s'ajouter aux précédents, tout comme les stages non répertoriés ici des autres filières de formation en santé du niveau HES ; cet état de fait explique le sentiment de surcharge des institutions⁹, en raison du nombre, mais aussi en raison des objectifs de formation différents à conjuguer dans l'accompagnement des stagiaires.
- La formation raccourcie pour les CFC d'ASSC et d'ASE est bien fréquentée ; la validation des acquis n'est quant à elle développée pour aucune filière, alors qu'elle existe pour l'ensemble des métiers.

Filières et places offertes par le Centre de formation professionnel santé-social (toutes institutions du canton : année scolaire 2010-2011, toutes volées confondues)

	ASSC		ASE		Educateur social ES		AFP ASA (nb places prévues)	
	places	pers.	places	pers.	places	pers.	2012-13	2013-14
ApprentiE en formation en école	90*	70	75*	70				
ApprentiE (dual)	-	-	-	-			24	24
ApprentiE en formation raccourcie en 2 ans (dual, en emploi)		38		17				
Stage de maturité spécialisée					14	11		

* La notion de place pour le secondaire II correspond au potentiel maximum de places de stages estimé

⁹ Le sentiment de surcharge semble prépondérant dans les EMS. On peut avancer ici deux hypothèses : d'une part, les EMS assument une part importante des stages, mais avec une dotation en personnel très inférieure à celle de l'HJU ; d'autre part, la FAS est moins active dans la formation professionnelle et peut présenter ainsi une disponibilité plus grande.

Filière infirmière et places offertes par la Haute Ecole ARC : année scolaire 2010-2011, toutes volées confondues

	InfirmierEs HES		Travailleur social HES	
	places	pers.	places	pers.
EtudiantE ¹ en formation en école	120 Jura (total BEJUNE 300)	94 Jura (total BEJUNE de 266)		
EtudiantE en emploi ²	5 Jura (total BEJUNE 15)	0		
Stages préparatoires à l'entrée en HES (modules complémentaires)	50 Jura (total BEJUNE 160)	43 Jura (total BEJUNE 145)		

¹ Ce nombre de personnes et de places implique une offre de places de stages conséquente puisque la formation est conçue en alternance. L'ensemble de ces étudiants font chacun deux stages par année de formation, soit 240 places de stage pour le Jura.

² La formation soins infirmiers bachelor en emploi devrait être offerte au sein de la HES-SO dès 2012. Le nombre de places ci-contre est donc théorique.

Filière infirmière et places offertes par la Fondation rurale interjurassienne : année scolaire 2010-2011, toutes volées confondues

	GEI		EmployéE en intendance AFP ¹	
	places	pers.	places	pers.
ApprentiE en formation en école	max 12 par année	17 JU (1 BE)	Max 8 par année	4 JU
ApprentiE (dual) en emploi ²	16 JU (15 BE)	21 JU (23 BE)	2 JU / 1 BE	2 JU / 1 BE
ApprentiE en formation complémentaire sur VAE	voir remarque ³			
ApprentiE en formation raccourcie en 2 ans		1 JU		
Stages pour la filière en école (nature et durée variées)		18		4

¹ La filière AFP d'employéE en intendance (EEI) a été mise en place à la rentrée d'août 2010.

² L'école relève la difficulté à trouver des places pour la filière AFP en emploi pour laquelle les entreprises marquent peu d'intérêt.

³ La VAE dans le domaine de l'intendance est prévue et mise en place au niveau de l'OrTra intendance suisse. Pas planifiée à l'heure actuelle pour le Jura (en cours en Valais).

6 Synthèse et préconisations

Les analyses et les conclusions partielles pour chacun des chapitres ne sont pas reprises ici ; seules sont reprises, à partir de ces analyses partielles, les éléments supplémentaires qui peuvent structurer les réflexions en aval.

Les besoins résultant de la conjugaison de la planification médico-sociale et des retraites, résumés ci-dessous seront, pour mémoire, affinés et/ou modifiés par les travaux en aval conduits dans le cadre des projets « profils d'équipe » et valorisation.

6.1 Synthèse des besoins

La question des besoins, avec un différentiel élevé entre nombre de postes (EPT) et le nombre de personnes, doit constamment être regardée au travers de ces deux données. Mais dans la mesure où les taux d'activité ont été projetés comme constants, la synthèse est effectuée en personnes, afin de disposer de la vision maximale des besoins.

Evolution des besoins sous l'effet de la planification médico-sociale (évolution des effectifs par rapport à la situation actuelle)			+	Départs à la retraite		⇒	Solde des besoins sur 10 ans		Moyenne théorique par an		Besoins réels
⇒	EPT	Pers.		⇒	Pers.		⇒	⇒			
InfirmierE	119.6	161		89		250	25				
InfirmierE assistantE											
ASSC											
Aide-familiale avec formation complémentaire	91.1	143		40		183	19				
Aide-soignantE	19.9	27		75		102	11				
Aide-infirmierE avec formation auxiliaire santé/Profora	63.9	115		78		76	8				
Aide-inf. sans formation	-0.2	-2									

départs de la profession (durée de la carrière) ???	

Reste l'inconnue liée à la longévité de la carrière, étroitement corrélée avec les conditions-cadres du travail, mais aussi avec l'image de la profession dans la société. Cette dimension des besoins constitue la première des réflexions ci-dessous (v. 6.2).

Evolution des besoins sous l'effet de la planification médico-sociale (évolution des effectifs par rapport à la situation actuelle)	+		Départs à la retraite	⇒	Solde des besoins sur 10 ans	Moyenne théorique par an
	EPT	Pers.	Pers.			
AnimateurTRICE ES/HES	-1,8	-3	1		-2	-
Animateur avec CFC (ASE)	-0,8	-1	1		0	-
AnimateurTRICE avec formation de branche	1,9	3	8		11	1
AnimateurTRICE sans formation	-1,03	-2	2		0	-
IntendantE avec /sans brevet fédéral	-1,6	-2	0		-2	-
EmployéE en intendance (EEI) avec qualification	-2,0	-3	0		-3	-
EEI sans qualification	-23,4	-37	45		-8	-

départs de la profession
(durée de la carrière)
???

Besoins réels

6.2 Huit réflexions complémentaires comme conclusions provisoires et pistes de travail

Les départs pour des motifs autres que la retraite doivent être l'objet d'une attention en termes de management.

Ces départs n'ont pas été chiffrés ici et leurs causes peuvent être multiples. L'attractivité de la place de travail aux différents âges de la carrière professionnelle mérite une attention : possibilités de spécialisation (évolution horizontale), passage d'un métier du secondaire à un métier du tertiaire, taux d'activité en fonction du poste et de l'âge ou garde d'enfants sont autant de paramètres et à la fois de stratégies managériales à mobiliser.

L'harmonisation des conditions salariales entre les institutions et leur ancrage dans les conventions collectives de travail existantes pour tous les champs professionnels sont, en tous les cas, des facteurs facilitants. Ils favorisent la mobilité et contribuent ainsi à la longévité des carrières, en permettant aux

personnes de se projeter dans des contextes professionnels variés. Le développement de structures intermédiaires pourrait renforcer ces perspectives de carrière.

D'autres éléments, comme l'attractivité du Canton ou l'image de la profession jouent également un rôle dans le désir de choisir un lieu et de se projeter à moyen et long terme dans une profession et dans un champ d'activité.

Le taux d'activité mérite une réflexion nuancée en fonction de différents facteurs, dont l'âge des professionnels.

Il semble qu'il y ait un fort attachement des directions d'institutions à satisfaire les désirs des collaborateurs autour du travail à temps partiel. D'un autre côté, on peut se demander si le travail à temps partiel, dans un milieu professionnel essentiellement féminin, n'est pas parfois la résultante de contraintes liées aux charges familiales. Le manque de structures pour la petite enfance a ainsi été évoqué dans un canton où la géographie peut être un facteur supplémentaire de contrainte.

Les besoins globaux pourraient être satisfaits, alors que les besoins institutionnels ne le seraient pas.

La promotion globale des métiers ne peut se substituer à une politique de promotion de chacun des champs professionnels.

La FAS et les EMS, avec une population professionnelle plus âgée et des prestations en croissance (structures intermédiaires pour les EMS) sont particulièrement concernés.

Il y a un fort potentiel de développement pour les métiers d'ASSC et d'ASA déjà dans la configuration actuelle des équipes qui pourrait être renforcé par les réflexions des champs professionnels sur leur profil d'équipe.

Les ASSC sont encore peu présentes à la FAS et à l'HJU. Les départs à la retraite des aides-familiales et des infirmierEs-assistantEs vont créer un « appel d'air » pour le niveau secondaire.

Les ASSC pourraient également constituer stratégiquement un bassin de recrutement « interne » pour la filière infirmière.

Les ASA répondront de même aux départs des aides-soignantEs, ainsi qu'éventuellement à ceux d'une partie des aides-infirmierEs.

A noter que le remplacement des aides-infirmierEs dans les 10 ans à venir peut à la fois permettre l'engagement de personnel non qualifié dans la perspective d'une formation en emploi (voir ci-dessous), mais il ne doit faire oublier l'importance de formation continue de base, comme celle d'auxiliaire de santé, au vu de l'importance des effectifs actuels.

Les réflexions sur le profil d'équipe peuvent sensiblement modifier les besoins, mais les besoins de soignants sont en croissance, et si les ratios entre les métiers se modifient, la diversité des filières peut être un facteur important de drainage des envies.

Si le besoin d'infirmierE peut être infléchi en raison à la fois d'un besoin de compétences spécialisée ici ou par l'augmentation des compétences globales de l'équipe, une réflexion sans *a priori* doit se faire sur la question des niveaux ES et HES, sachant que la majorité des infirmierEs sont aujourd'hui de niveau équivalent à celui de la formation ES et que les besoins sont importants et durables.

Le métier d'infirmierE continuera à évoluer face à celui des médecins aussi, et dans ce sens à se diversifier. Le penser multiple, c'est aussi en conserver son attractivité pour toute la filière des soins.

Cette réflexion doit prendre en compte deux paramètres : le profil socioculturel des personnes et leur aptitude pour l'une ou l'autre des filières et la différenciation ou non des compétences attendues sur le

terrain en fonction des deux niveaux de formation.

Par ailleurs, les parcours de formation doivent être cohérents par apport au CFC et offrir des parcours en emploi, que ce soit pour la maturité professionnelle, le bachelor ou le diplôme ES.

Est-ce que les métiers proposés sont les bons ? C'est la question qui semble se poser pour le domaine de l'intendance.

Un tiers de la population des employés en intendance des homes sera parti à la retraite en 2022 (45 personnes). La diminution des lits des homes, du fait de la planification médico-sociale entraîne une diminution d'un peu plus de 37 personnes (23.4 postes) sur la même période .

Cette « mathématique » semble abolir en partie la problématique. Toutefois, si l'on fait l'hypothèse que les lits des homes seront en partie remplacés par des lits UVP qui se développeront eux-mêmes dans une dynamique d'équipe interdisciplinaire incluant l'intendance, et que l'on y ajoute les professionnels de l'intendance de l'HJU, non dénombrés dans cette étude, ce sont ainsi plutôt les questions suivantes qui se posent :

- Le potentiel de recrutement dans la population est-il suffisant pour ces emplois, en particulier s'ils restent non qualifiés (87%, 134 personnes aujourd'hui) ?
- L'offre de filières de qualification et de spécialisation existante est-elle en adéquation avec les aspirations de jeunes ou d'adultes ?

Si la filière de la formation d'employéE en intendance (AFP EEI) est jeune (août 2010), cette situation pose cependant les questions et hypothèses suivantes qui mériteraient d'être traitées dans les deux projets « profils d'équipe » et « valorisation » :

- Il est vraisemblable que la qualification du personnel de l'intendance (employés et intendantE), en tout ou partie, a une influence sur la gestion économique de l'institution en permettant notamment un usage des produits adapté, économique et respectueux de normes de sécurité, ainsi qu'une efficacité accrue par une mise à jour des techniques de travail ; **ces gains constituent-ils un enjeu, et la question une réalité pour les homes ?**
- La formation de GEI est-elle adaptée, notamment aux besoins des homes, du point de vue des contenus et du niveau ? On peut formuler l'hypothèse, discutée dans d'autres cantons, que la formation est à la fois trop peu ciblée sur l'intendance dans sa dimension hôtelière, et d'un niveau qui ne serait peut-être pas adapté à la population, ni aux possibilités financières des homes. **Si les besoins de qualification sont avérés, quels sont les niveaux de formation et de spécialisation utiles, avec quels contenus et pour quelles activités ?**
- **Quels sont les freins à la qualification des employés d'intendance ?** (financiers, âge, parcours scolaire, sexe, expérience, méconnaissance, ressources pour l'encadrement, etc...).
- Au-delà des effets du coût de la qualification sur les salaires, **la mise à disposition d'une procédure de VAE, avec sa formation complémentaire, serait-elle un facteur favorisant la qualification en emploi, notamment pour l'AFP EEI ?**

La formation complémentaire sur validation des acquis est une option de formation qui reste à explorer.

Les 107 aides-familiales actuelles n'ont pas le CFC d'ASSC, mais sont au bénéfice d'une formation complémentaire. En fonction des conclusions concernant le futur profil d'équipe à la FAS, ces

professionnels pourraient former un groupe relativement homogène nécessitant une formation complémentaire pour l'obtention du CFC d'ASSC.

De même, les aides-soignantEs, forment un bassin de recrutement « interne » pour le métier d'ASSC, tout comme les aides-infirmierEs pour l'AFP ASA, appelée à remplacer la formation des aides-soignantEs dispensée au travers du certificat de la Croix-Rouge suisse.

La problématique de la formation professionnelle se pose moins en termes de capacité que de filières.

Ramenés à une moyenne toute théorique de besoins annuels, les besoins de formation sont en lien avec la capacité des écoles.

Si la capacité globale actuelle de formation répond aux besoins à venir avec les profils d'équipes actuels et sans départs du métier importants, l'enjeu se situe au niveau de l'équilibre entre les filières en école et en emploi / duale

- de manière à pouvoir aborder une augmentation éventuellement accrue dans certains métiers, sous l'influence de profils d'équipe modifiés
- pour que les institutions plus particulièrement concernées par un besoin de personnel puissent y faire face, sans surcharger leurs équipes et l'ensemble des institutions.

L'attractivité des métiers est probablement en lien également avec le type de filière offerte : se former en emploi (dual ou filière ES/HES en emploi) et être ainsi « dans le travail » présente vraisemblablement un intérêt pour un certain nombre de jeunes, voire d'adultes en reconversion ; il répond également à un intérêt économique (salaire).

La formation en emploi peut aussi contribuer à créer un bassin de recrutement « interne » en engageant des personnes non qualifiées avec une formation en emploi à la clé.

La formation duale / en emploi nécessite des ressources d'encadrement non négligeables, mais la contrepartie est vraisemblablement avérée, soit parce que la personne reste dans l'institution, soit parce qu'elle peut s'y immerger pour une durée qui offre une certaine stabilité à l'équipe comme aux usagers.

L'énoncé chiffré des besoins en personnel dans un tableau récapitulatif n'a de sens que s'il est modulé par des réflexions et des actions. En ce sens le choix de la République et Canton du Jura d'opter pour la notion de besoin en personnel de santé, plutôt que de pénurie, est non seulement possible, mais positif parce qu'il induit une dynamique.

La projection des besoins est une référence qui évoluera à court terme en fonction des travaux conduits en aval de l'étude, et à moyen et long terme en fonction de facteurs multiples, au nombre desquels les prestations que développeront les institutions sous l'effet des besoins, de la planification pour y répondre et des projets liés au développement du canton en général.

Une fois révisée à l'issue du projet, la projection des besoins devrait servir de point de référence pour établir un suivi annuel et être adaptée en fonction des prestations et des structures réellement développées : une projection « roulante » des besoins en écho à la planification cantonale.

Il n'est pas possible, dans ce contexte, de tout prévoir et de tout décrire. Un certain pragmatisme invite donc à

- s'assurer de former en suffisance (il est peu probable qu'il y ait trop de professionnels au niveau régional ou national dans les années à venir) ; pour ce faire les conditions-cadre de la formation en entreprise sont centrales
- s'assurer de l'attractivité du champ, du secteur, de l'institution et du métier ; la promotion, les conditions de travail, le management en sont les éléments-clés, la vie dans le canton du Jura aussi
- s'assurer enfin et encore d'une réflexion en continu, de manière à vérifier l'adéquation des prestations et de l'organisation du travail aux besoins des usagers ; la planification sanitaire, le profil d'équipe et l'organisation de cette dernière, adaptés et adaptables, seront des facteurs permettant à chacun d'être là où il est le meilleur dans des formes de coopération efficaces et satisfaisantes

Remerciements

Je tiens à remercier ici les institutions membres de l'AJIPA, l'AJIPA, l'HJU, la FAS, l'OrTra santé-social, le Groupe de pilotage cantonal et la direction du Service de la santé pour le temps consacré à la réunion des données, leur examen et la collaboration remarquablement efficace et constructive qui a sous-tendu cette étude.

7 Annexes

7.1 Arrêté concernant la planification médico-sociale jusqu'à l'horizon 2022, République et canton du Jura

7.2 Questionnaire

7.3 Tableaux statistiques du rapport et tableaux complémentaires