



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

**Publication Web de l'Obsan**

# **Ageing Workforce in an Ageing Society**

**Combien de professionnels de santé  
seront nécessaires en Suisse d'ici 2030 ?**

Hélène Jaccard Ruedin et France Weaver,  
Observatoire suisse de la santé

Août 2009

Publication sur [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

**Cette publication est publiée par la Fondation Careum (Careum Working Paper 1).**

# 1. Contexte

2

Dans les deux prochaines décennies, pour disposer du personnel qualifié nécessaire, les systèmes de santé devront faire face à des défis majeurs, d'ordres quantitatifs et qualitatifs. Premièrement, ils devront assurer la relève du personnel de santé actuel, dont une grande partie prendra sa retraite d'ici 20 ans. Ensuite, ils devront répondre à une hausse des besoins en soins et donc en personnel, liée au vieillissement démographique. Finalement, ils devront s'adapter à des changements qualitatifs, impliquant une réorientation du mode de délivrance des soins. Celle-ci s'explique par le fait que les maladies chroniques dont la prévalence augmentera, ne requièrent pas le même mode de prise en charge que les maladies aiguës.

Recruter cette main d'œuvre à l'étranger ne suffira pas pour compenser les besoins en personnel. En effet, la plupart des pays de l'OCDE sera confrontée simultanément à cette problématique ce qui entraînera une concurrence internationale pour recruter le personnel qualifié nécessaire. On est donc en mesure de craindre qu'à l'avenir ne se développe une pénurie de personnel de santé planétaire [1].

Le personnel de santé est la principale ressource de tout système de santé. La performance de celui-ci et la qualité des soins prodigués sont directement corrélées avec le nombre de personnes disponibles et leur niveau de qualification [2-4]. Pour prévenir une pénurie en personnel qui compromette l'accessibilité à des soins de qualité pour tous, il importe de réfléchir rapidement à la manière de relever ces défis de manière durable, à tous les niveaux concernés, c'est-à-dire de la formation aux institutions qui emploient ces personnes qualifiées. Une telle réflexion n'a de sens que si elle aborde ce personnel autrement que comme une charge financière et que l'on considère d'abord le lien existant entre ces ressources humaines et la performance du système de santé [5].

En Suisse, des projections concernant les besoins en personnel de santé des différentes institutions d'ici 2020 viennent d'être réalisées [6]. Elles ont permis d'estimer l'impact du vieillissement démographique sur les besoins en soins et en personnel de santé. Or, cette hausse des besoins survient dans un contexte de vieillissement de

la population active (ageing workforce) – en l'occurrence les professionnels de santé – qui implique elle aussi des besoins importants en relève. La présente analyse, effectuée sur initiative de la Fondation Careum complète donc ces premières projections présentées par l'Observatoire suisse de la santé, en examinant l'impact spécifique du vieillissement du personnel, d'ici 2030. Les sources de données, la méthodologie utilisée pour estimer les effectifs par profession et les modèles de projection des besoins en soins et en personnel ne sont pas détaillés ici [6].

**Trois raisons de recruter du personnel****Les besoins en personnel de santé répondent à trois situations distinctes :****retraites**

---

Les départs à la retraite. Il s'agit d'un besoin « naturel » inévitable (chapitre 2)

**drop out et**

---

L'attrition ou le « drop out », soit les départs du personnel qualifié vers d'autres secteurs économiques, d'autres systèmes de santé (départs à l'étranger, médecine complémentaire, wellness) ou encore la sortie du marché du travail (chapitre 3)

**hausse des besoins**

---

L'accroissement des besoins en personnel découlant de la hausse des besoins en soins de la population (chapitre 4)

## 2. Besoins en personnel pour compenser les départs à la retraite

4

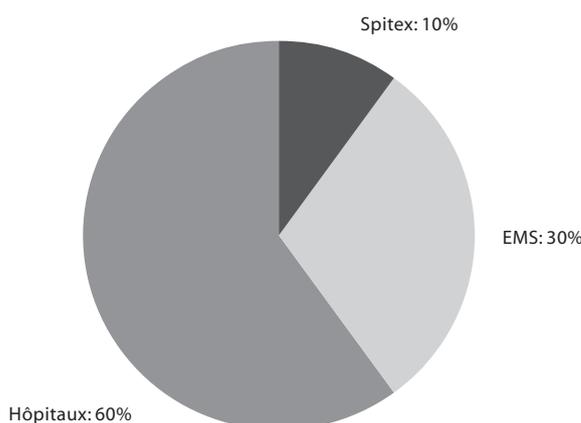
En Suisse en 2006, environ 330'000 personnes étaient employées dans le domaine de la thérapie et des soins dans son ensemble, soit 8% de toute la population active. Cet effectif regroupe autant le personnel employé dans des institutions de soins que celui employé dans le secteur privé ambulatoire, comme les cabinets médicaux ou les pharmacies.

Dans ce travail, seul le personnel employé par les principales institutions de soins est examiné. En 2006, cela concernait 200'000 personnes, réparties dans trois types d'institutions : les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées (EMS) et les services d'aide et de soins à domicile (Spitex) (Fig.1).

**Le personnel de santé représente 8% de la population active**

**Presque deux tiers de cet effectif est employé par les hôpitaux, les EMS et Spitex**

**Figure 1**  
**Personnel de santé par type d'institution, Suisse, 2006**



Sources : OFS : Statistique administrative des hôpitaux 2006, Somed 2006, OFAS : Spitex 2006.

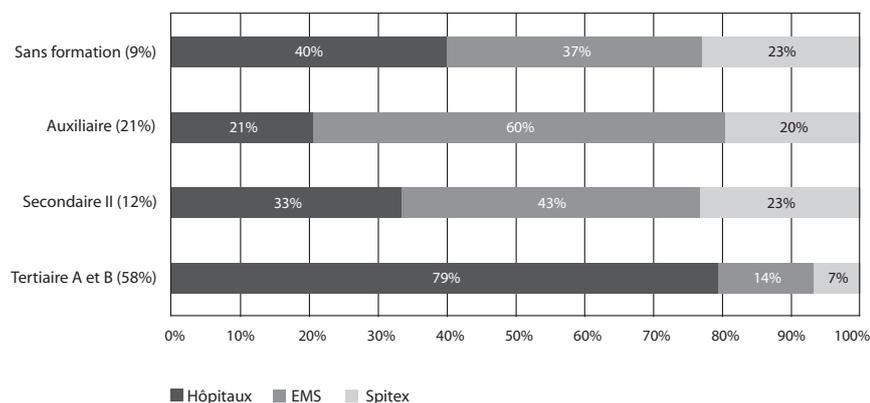
En 2006, la part des femmes parmi ce personnel oscillait entre 78% en hôpital et 92% en EMS. La nationalité n'est disponible que pour les employés des hôpitaux, dont 34% étaient de nationalité étrangère. Il n'est pas possible de connaître quelle part de ces personnes a été formée à l'étranger et quelle part représente des résidents suisses de nationalité étrangère mais formés en Suisse.

**Les femmes représentent environ 80% du personnel de santé**

L'effectif le plus important était constitué des personnes au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire A ou B, qui regroupe les détenteurs de titres universitaires ou d'un titre qui relèvera à l'avenir du domaine des hautes écoles (56%). Selon la Figure 2, le personnel de niveau tertiaire est surtout présent dans les hôpitaux. Dans les établissements pour personnes âgées, la part de personnel la plus importante était constituée de personnel auxiliaire sans formation spécifique (40%). Dans les services d'aide et de soins à domicile, le personnel est constitué pour moitié de personnel de niveau tertiaire et secondaire et pour moitié de personnes de niveau auxiliaire ou sans formation.

**Personnel hautement qualifié : 60% relève du domaine tertiaire**

**Figure 2**  
**Répartition du personnel de santé par niveau, par type de formation et par type d'établissement, en pourcentage pour la Suisse, 2006**



Sources : OFS : Statistique administrative des hôpitaux 2006, Somed 2006, OFAS : Spitex 2006

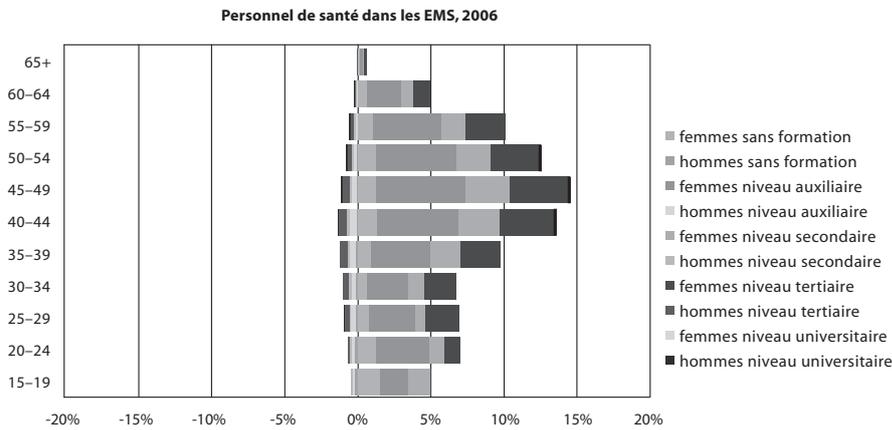
## Le vieillissement démographique concerne aussi le personnel de santé

### Effectifs plus âgés dans les institutions de soins de longue durée

La pyramide des âges diffère selon le type d'institution. Autant dans le Recensement fédéral de 2000 que dans la statistique des institutions médico-sociale qui est exhaustive, le personnel est plus âgé dans les établissements médico-sociaux (Figure 3). Parmi cette population, 30% du personnel aura atteint l'âge de la retraite d'ici 2020 et 60% d'ici 2030.

On retrouve des proportions comparables pour le personnel de Spitex. Ce sont donc les institutions de soins de longue durée qui seront le plus touchées par les départs à la retraite de leur personnel.

**Figure 3**  
**Pyramide des âges du personnel de santé dans les établissements pour personnes âgées par niveau de formation, en 2006**

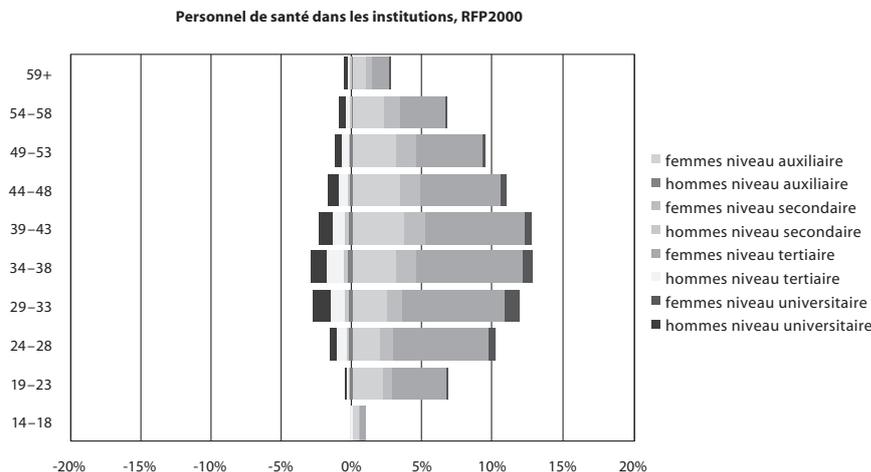


**Personnel plus jeune  
dans les hôpitaux**

Source : OFS : Somed 2006

Toujours selon le Recensement fédéral de 2000, comme le personnel employé dans les hôpitaux est plus jeune que dans les EMS ou Spitex la pyramide des âges de l'ensemble du personnel de santé présentée dans la Figure 4 se « rajeunit » par rapport à celle de la Figure 3, spécifique au personnel des EMS. Dans les hôpitaux, la part du personnel qui aura atteint l'âge de la retraite s'élève ainsi à 15% d'ici 2020 et à 39% d'ici 2030. Cependant, de l'avis de différents experts, les départs en retraite prématurés sont très fréquents dans les institutions de soins [7], ce qui expliquerait la très faible proportion de personnel âgé de plus de 54 ans, observée dans la Figure 4.

**Figure 4**  
**Pyramide des âges du personnel de santé dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et les soins à domicile, par niveau de formation, en 2000**



Source : OFS : RFP2000

**Presque la moitié du personnel devra être remplacée d'ici 2030** Si la répartition par classe d'âge et par sexe dans chaque type d'institution reste stable et en supposant que toutes les femmes partent en retraite à 64 ans et tous les hommes à l'âge de 65 ans- scénario très optimiste-, environ 20% de l'ensemble du personnel de santé devra être remplacé d'ici 2020. Entre 2020 et 2030, cette part fait plus que doubler pour atteindre 47% (Tableau T1). Ce sont des estimations minimales puisqu'elles ignorent les retraites prématurées [7].

<b>Ces départs sont inéluctables</b>	<b>T1 Personnel de santé susceptible de partir à la retraite</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>
	<b>Départs estimés à partir de l'effectif de 2006 (200'000)</b>	<b>40'000 (20%)</b>	<b>94'000 (47%)</b>
	Retraites prématurées 1% par cohorte, dès 55 ans	44'000 (22%)	108'000 (55%)

**L'effet des départs en retraite -normale ou anticipée- augmente après 2020** Si à partir de 55 ans, 1% de chaque cohorte partent en retraite anticipée, les effectifs à remplacer augmentent alors d'environ 2% d'ici 2020. Au-delà de 2020, la proportion de ces départs « évitables » quadruple pour atteindre environ 8% de départs supplémentaires, ce qui reflète la taille des cohortes qui atteindront alors un âge supérieur à 55 ans.

**Peu de moyens pour éviter ces départs** Pour limiter ces départs en masse, il faudrait d'une part encourager le personnel à maintenir son activité professionnelle au-delà de 65 ans et d'autre part engager massivement du personnel qualifié jeune.

### 3. Besoins en personnel pour compenser l'attrition

Lorsque l'on considère le système de santé dans son ensemble, les fluctuations de personnel entre les différentes institutions de soins ne représentent pas une perte.

Par contre, les départs vers d'autres secteurs économiques, c'est-à-dire l'attrition («drop out»), représentent un volume additionnel de personnel à recruter, qui s'ajoute au volume des départs « naturels ». Les données disponibles ne permettent pas de chiffrer ce volume. Celui-ci augmente avec la mobilité de la population et les fluctuations du marché de l'emploi. L'attrition pourrait donc gagner en importance à l'avenir, du fait de l'accroissement de la concurrence entre les secteurs économiques pour garder son personnel qualifié.

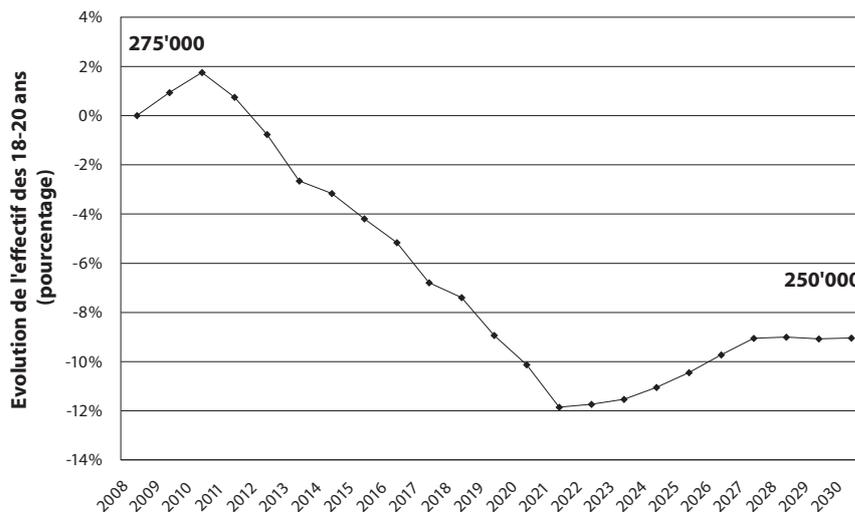
A noter que la concurrence concernera aussi les formations de santé : D'ici 2030, les cohortes des personnes âgées de 18 à 20 ans, âge à auquel le choix l'orientation professionnelle se fait généralement fait, vont régulièrement diminuer de 1 à 2% chaque année, avec comme conséquences des effectifs de 25'000 personnes plus bas en 2030 qu'en 2008. Ceci accentuera les tensions sur le marché de l'emploi et les institutions de santé devront faire preuve d'innovation pour être attractives (Figure 5).

**Fluctuations au sein du système de soins**

**Départs vers d'autres secteurs économiques liés à la concurrence sur le marché du travail**

**Concurrence sur le marché des formations**

**Figure 5**  
**Evolution de l'effectif des cohortes âgées de 18 à 20 ans d'ici 2030 pour la Suisse (en pourcentage)**



**Innovation nécessaire**

Source : OFS ; Scénario démographique A-00-2005/08.

## 4. Personnel nécessaire pour compenser la hausse des besoins en soins de la population

La plupart des facteurs qui influenceront les besoins futurs en personnel de santé sont mal documentés et il est difficile d'estimer leur évolution future. Dans la littérature, la valeur de ces déterminants est généralement maintenue constante [8]. Les besoins futurs dépendent des éléments suivants :

### **Besoins en soins**

---

L'évolution démographique et l'état de santé de la population.

### **Besoins en services**

---

Le type de services utilisés et l'intensité des soins fournis.

### **Besoins en postes**

---

La productivité des différentes institutions pour fournir ces services. Selon leur mission, ces postes se composeront de combinaisons variables de types et de niveaux de formation (« skil- and grade-mix »). Ce déterminant peut être influencé par des changements dans l'organisation du mode de délivrance des soins et du «skill-mix».

### **Besoins en personnes à employer**

---

Par poste Equivalent Plein Temps : ce nombre dépend de leur Taux d'activité.

### **Besoins en personnes à former**

---

Les effectifs à former pour être recrutés dépendent de la démographie du personnel en place et des capacités de rétention et de fidélisation des institutions.

Les projections examinent séparément trois effets : le vieillissement démographique, l'amélioration de l'état de santé et un gain de productivité des institutions.

**Les autres déterminants sont maintenus constants.**

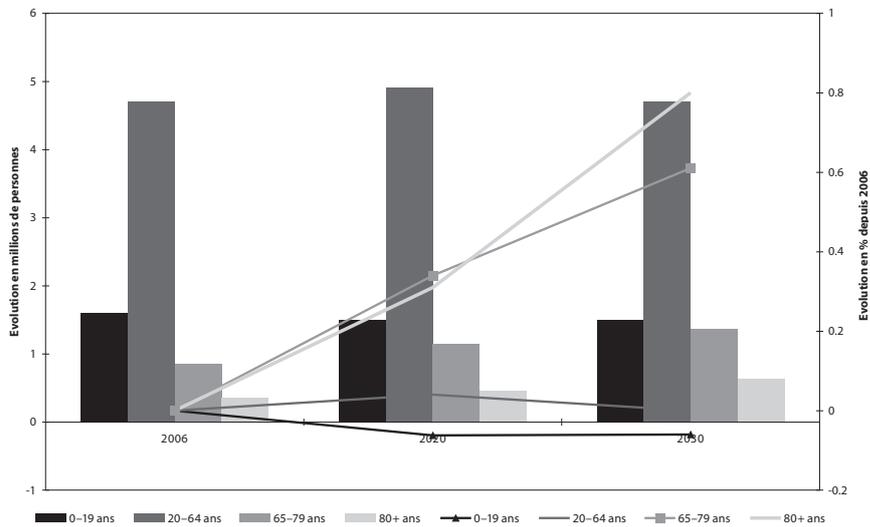
### **4.1 Evolution démographique prévue d'ici 2030**

---

#### **Pas de hausse de la population active**

D'ici 2030, le scénario « moyen » des projections démographiques de l'OFS de 2005 prévoit une hausse de la population âgée de 65 ans et plus de 800'000 personnes (+66%), parmi laquelle la part des personnes âgées de 80 ans et plus va presque doubler. Cette hausse s'explique par l'allongement de l'espérance de vie à 65 ans et l'arrivée à la retraite des cohortes du baby-boom. Par contre, la population active, âgée de 20 à 64 ans, n'augmentera pas (Figure 6).

**Figure 6**  
**Evolution de la population suisse par classes d'âge d'ici 2030**



Source : OFS : Scénario démographique A-00-05.

Entre 2020 et 2030, la population âgée de 80 ans et plus, principale bénéficiaire de soins de longue durée, augmentera de manière beaucoup plus rapide qu'avant 2020. Par conséquent, les besoins en soins augmenteront surtout à partir de 2020.

**Forte croissance de la population très âgée à partir de 2020**

#### 4.2 Effet du vieillissement démographique de la population sur le besoin en personnel de santé

En maintenant constants tous les paramètres mentionnés ci-dessus, ce qui implique que l'on maintient le même niveau de soins qu'en 2006, le vieillissement démographique pourrait induire une expansion des besoins en personnel de santé de 80'000 personnes à recruter en plus d'ici 2030 (T2).

T2 Effet démographique	2006	2020	2030	Diff 2006-2030
Journées d'hospitalisation	13.0 mio	15.5 mio	17.0 mio	+4.0 mio
Journées d'hébergement en EMS	29.0 mio	41.0 mio	53.0 mio	+24.0 mio
Clients Spitex	0.27 mio	0.33 mio	0.40 mio	+0.13 mio
Postes	0.14 mio	0.17 mio	0.20 mio	+0.06 mio
<b>Personnes</b>	<b>0.20 mio</b>	<b>0.25 mio</b>	<b>0.28 mio</b>	+0.08 mio
Evolution		+25%	+40%	

**Hausse inévitable des besoins** L'évolution démographique étant inévitable, elle créera une hausse des besoins en soins et en personnel.

**Scénario trop pessimiste** Il est peu probable que notre système puisse recruter et financer de manière durable une telle augmentation en personnel. Toutefois, si l'espérance de vie de la population âgée s'allonge, il est probable que son état de santé s'améliorera.

### 4.3 Effet du vieillissement démographique, couplé à une amélioration de l'état de santé de la population âgée

**Hausse limitée par des mesures de promotion de la santé** On peut limiter cette hausse en tentant d'influencer l'état de santé de la population âgée, par des mesures de promotion de la santé et en adaptant le mode de prise en charge de sorte à diminuer la prise en charge intramuros.

S'il devient possible de retarder d'une année le recours aux soins de longue durée (EMS et Spitex) et de raccourcir les durées d'hospitalisation, les autres paramètres restant inchangés, le personnel supplémentaire à recruter diminue à 50'000 personnes d'ici 2030 (T3). Plus les mesures visant à améliorer l'état de santé s'avèreront efficaces, plus l'on pourra limiter les besoins supplémentaires en soins et en personnel qualifié.

<b>T3 Effet démographique et amélioration de l'état de santé</b>	<b>2006</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>	<b>Diff 2006-2030</b>
Journées d'hospitalisation	13.0 Mio.	13.5 Mio.	15.0 Mio.	+2.0 Mio.
Journées d'hébergement	29.0 Mio.	40.0 Mio.	47.0 Mio.	+18.0 Mio.
Clients Spitex	0.27 Mio.	0.32 Mio.	0.38 Mio.	+0.11 Mio.
Postes	0.14 Mio.	0.15 Mio.	0.18 Mio.	+0.04 Mio.
<b>Personnes</b>	<b>0.20 Mio.</b>	<b>0.22 Mio.</b>	<b>0.25 Mio.</b>	<b>+0.05 Mio.</b>
Evolution		+10%	+25%	

**La hausse des besoins concerne d'abord les EMS et Spitex** Il faut souligner que presque 90% ces besoins supplémentaires concernent du personnel à employer dans les institutions de soins de longue durée (EMS et Spitex). Or ce sont justement ces institutions qui seront le plus touchées par les départs à la retraite les plus importants, en termes relatifs.

#### **4.4 Optimisation de la « productivité » : gain de productivité de 0.5% par an**

La notion de productivité met en relation les ressources humaines, avec le volume de soins ou de services qu'une institution peut réaliser dans une période donnée. Le type de services varie selon l'institution: journées d'hospitalisation, journées d'hébergements en EMS et clients Spitex. Les ressources humaines sont exprimées par le nombre de postes « Equivalents Plein Temps », décomposés par type et par niveau de formation. La productivité évoluera différemment suivant les secteurs du système de santé.

Si les durées d'hospitalisation continuent à se raccourcir, on peut supposer que cela correspond à un gain de productivité dans les hôpitaux.

Plus les gens quittent l'hôpital tôt, plus ils ont besoin de soins ambulatoires complexes et intenses. Par conséquent, pour un poste « Equivalent Plein Temps » Spitex, il sera possible de prendre en charge moins de clients. De même, si les personnes hébergées en EMS sont plus âgées et plus poly-morbides, la productivité globale des EMS pourrait aussi diminuer.

Pour les trois institutions, on peut aussi imaginer des gains de productivité liés à des progrès technologiques. Cependant, l'innovation technologique peut aussi impliquer des besoins en nouvelles compétences et donc en personnel qualifié.

La productivité peut finalement évoluer suite à des changements dans l'organisation des processus des soins, comme par exemple en introduisant de nouvelles formes de prises en charge, impliquant des changements dans « skill mix » (modèles de managed care, « walk-in clinics »), ou des changements dans la diffusion de l'information (télémédecine, informations des patients par internet) [10-12].

Selon certains travaux, l'amélioration de la productivité est l'option la plus avantageuse pour réduire les besoins en personnel [8]. On peut tester cette hypothèse pour examiner son impact potentiel : Avec un gain annuel de productivité de 0.5%, un EPT permettrait de fournir en 2030 19 journées d'hospitalisation en plus ou de prendre en charge 0.3 patient en plus hébergé en EMS ou encore de s'occuper de 3.4 clients Spitex de plus. Pour offrir un même volume de services que dans le tableau T2, les besoins en personnel supplémentaire pourraient être réduits de moitié et atteindre 25'000 personnes (T4).

---

**Raccourcissement des durées d'hospitalisation**

---

**Spitex et EMS : Soins plus complexes**

---

**Innovation technologique**

---

**Organisation du mode de soins**

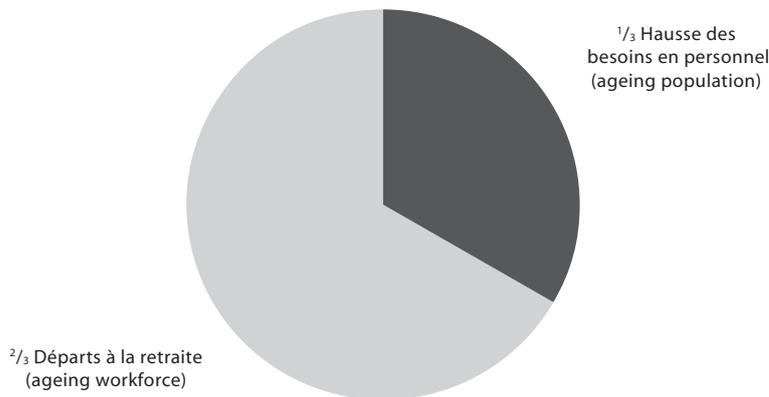
<b>T4 Effet démographique, amélioration l'état de santé et gain de productivité</b>	<b>2006</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>	<b>Diff 2006-2030</b>
Postes	0.14 Mio.	0.15 Mio.	0.18 Mio.	+0.04 Mio.
<b>Personnes</b>	<b>0.20 Mio.</b>	<b>0.21 Mio.</b>	<b>0.23 Mio.</b>	<b>+0.03 Mio.</b>
Evolution		+2.5%	+12.5%	

Ainsi, la hausse des besoins en personnel persiste, même avec un scénario très optimiste concernant l'amélioration de la productivité des institutions.

Ces besoins vont dépendre aussi du taux d'activité. Plus celui-ci augmente, plus les besoins en personnes diminuent.

*En résumé, le vieillissement démographique de la population en général et du personnel de santé en particulier génèrera d'importants besoins en personnel qualifié. D'ici 2030, selon les scénarios examinés, le volume de personnel à recruter représente entre 120'000 et 190'000 personnes. Au moins 2/3 de cet effectif remplacera des départs à la retraite. Le tiers restant répondra à une hausse des besoins en soins et en services.*

**Figure 7**  
**120'000 à 190'000 personnes à recruter, d'ici 2030, pour deux raisons :**



A ces estimations s'ajoutent le personnel à remplacer pour raison d'attrition, soit qu'il quitte prématurément le système de santé pour travailler dans un autre secteur économique soit qu'il émigre pour travailler au sein d'un système de santé étranger, ou encore qu'il renonce à exercer une activité professionnelle.

Pour rappel, durant la même période, la population active ne va pas augmenter. Par conséquent, les besoins en personnel, dans le domaine de la santé, pourraient être encore aggravés par la concurrence entre les secteurs économiques. On peut s'attendre également à une forte augmentation de la concurrence entre les institutions de soins faisant partie d'un même système. Ainsi, ces besoins dépendront donc notamment des capacités de rétention des institutions.

Les besoins accrus en personnel qualifié ne concernent pas uniquement le personnel de santé des trois institutions considérées ici. Elles concernent l'ensemble du personnel de santé, y compris les médecins et, dans une perspective plus large, tous les secteurs économiques. Cette situation va générer des tensions entre les différents secteurs, dont l'impact est difficilement prévisible.

D'autres travaux de l'Obsan mettent en évidence une pénurie possible de médecins en cabinet, d'ici 2030, liée en partie à la féminisation de ce groupe professionnel [9]. Si cette situation venait à se confirmer, l'accès aux soins pourrait se trouver compromis sur de nombreux plans, y compris l'accès à des soins de prévention. La principale conséquence en serait une possible détérioration de la santé de la population, en particulier la population âgée, ce qui accroîtrait les besoins en soins.

#### **Pertes pour cause d'attrition**

#### **La population active n'augmentera pas**

#### **Compétition entre les secteurs de la santé et entre les secteurs de la santé et les autres secteurs économiques**

#### **La pénurie de médecins praticiens augmente la pression sur les soins**

## 5. Prendre un ensemble de mesures permettra de réduire cette hausse des besoins

L'interprétation des résultats doit tenir compte du fait que les projections reposent sur bon nombre d'hypothèses et qu'il n'est pas tenu compte des transferts de patients entre les différents secteurs de soins, dont l'importance va augmenter ces prochaines années mais dont l'impact est difficile à chiffrer. Ces projections représentent donc en premier lieu des ordres de grandeur et une base de réflexion plutôt qu'un outil de planification. Elles laissent imaginer qu'elle pourrait être l'ampleur des besoins en personnel de santé d'ici 10 à 20 ans, si le mode de fonctionnement du système de santé reste le même qu'aujourd'hui.

Elles permettent d'identifier les leviers à actionner aujourd'hui, si l'on souhaite maintenir des soins de qualité et accessibles pour tous. Les autorités qui se sont attachées à trouver des solutions pour pallier à la pénurie de personnel de santé proposent généralement plusieurs mesures simultanées [1, 8, 13]. Celles-ci concernent les différents déterminants des besoins en personnel mentionnés dans le modèle de projection mais aussi des changements quant aux modes de fonctionnement du système de santé ou aux attentes de la population qui y fait appel. L'ensemble de mesures comprend notamment :

<b>Promotion de la santé</b>	Il s'agit de renforcer les mesures de prévention et de promotion de la santé qui visent spécifiquement à améliorer l'état de santé et à préserver l'autonomie de la population âgée. Des mesures efficaces permettraient de diminuer l'ensemble des besoins en soins de cette population, et d'avoir un impact sur l'ensemble du système de santé : réduction des besoins en services, en personnel et donc aussi des coûts de la santé [14, 15].
<b>Compétences en santé</b>	De telles mesures devraient être associées à des mesures visant à renforcer les compétences en matière de santé de la population âgée et des personnes souffrantes de maladies chroniques, afin qu'elles puissent assumer seules les besoins les plus élémentaires et décharger ainsi le personnel de santé pour qu'il soit disponible pour les soins plus complexes.
<b>Autonomie de la population âgée</b>	Renforcer les soins ambulatoires peut aussi contribuer au maintien de l'autonomie des bénéficiaires et devient ainsi une mesure de prévention de la dépendance fonctionnelle.
<b>Innover en matière de prise en charge</b>	En outre, la productivité de l'ensemble du système pourrait être améliorée, en déplaçant des soins intramuros vers des soins ambulatoires, requérant moins de soutien logistique ou d'hôtellerie. Il importe donc de poursuivre les efforts allant dans ce sens.
<b>Renforcer les soins ambulatoires</b>	Développer les soins ambulatoires, implique de pouvoir prendre en charge plus de patients et d'intensifier ces soins, car les besoins vont devenir plus complexes avec le raccourcissement des séjours hospitaliers.
<b>Prévenir le rationnement</b>	Si cette évolution n'est pas prise en compte, l'offre ambulatoire pourrait, dans certains cas devenir insuffisante. Ceci équivaldrait à un rationnement des soins ambulatoires, situation qui peut à moyen terme avoir des répercussions sur l'état de santé et donc générer des besoins en soins supplémentaires.

Il importe de réfléchir à l'adéquation des soins fournis aujourd'hui et à adapter le type de soins et leur intensité aux pathologies les plus courantes. Il s'agit d'optimiser la productivité du système, d'éviter tout « gaspillage » de ressources humaines et de compétences, tout en cherchant à garantir la qualité. Ceci implique d'axer le mode de soins de telle manière que l'on puisse offrir à chaque patient les soins qu'il nécessite, à l'endroit approprié, au moment requis, avec la bonne intensité et par la personne adéquate. Ceci implique notamment une approche intégrée du système de santé avec un continuum d'accès aux soins aux patients.

Le problème de la rétention du personnel est mal documenté en Suisse. Or une des raisons de la démotivation du personnel de santé est sa surcharge de travail, découlant d'une pénurie de personnel. La capacité de retenir le personnel est donc liée à la capacité du système à prévenir la pénurie.

Dans la même optique, il importe d'examiner quel potentiel représente le personnel de santé ayant quitté toute activité professionnelle et comment favoriser les retours dans la profession.

L'attractivité des professions de la santé dépend de leur rémunération, par rapport aux autres secteurs économiques, Economiser sur les salaires des professionnels de la santé pourrait à moyen terme s'avérer préjudiciable pour le système de santé [13].

La satisfaction du personnel dépend aussi de la qualité de son travail. La démarche des « magnet hospitals » pourrait être reprise et approfondie : ces établissements mettent l'accent sur le degré de satisfaction du personnel associé à un niveau élevé de qualité des soins, ce qui se traduit par un faible taux de renouvellement des équipes et une gestion efficace des conflits [16].

Une stratégie globale de rétention du personnel doit viser plusieurs objectifs : garder le personnel en place, l'encourager à maintenir un taux d'activité élevé durant toute la carrière et devenir attractif pour l'immense bassin de recrutement potentiel que constituent les personnes qui ont quitté leur profession. Pour limiter la concurrence que risquent de se faire les différentes institutions pour recruter le personnel qualifié, il importerait que les stratégies de gestion et de rétention du personnel soient développées de manière globale, créant les bases d'un fonctionnement solidaire entre les différentes institutions. Sans solidarité, la concurrence risque de compromettre le fonctionnement de certaines unités périphériques.

La flexibilité dans le temps de travail permet aux employés femmes et hommes de gérer un emploi et les besoins familiaux mais elle vise aussi le personnel plus âgé car il faut tenir compte de la pénibilité des activités de soins.

Le nombre de places de formation et l'orientation des filières devront s'adapter aux besoins des patients et des institutions de soins. Simultanément, les écoles vont se trouver confrontées à une forte concurrence avec les autres filières professionnelles. Il importe d'examiner à quel point l'offre existante est adaptée aux besoins futurs en soins et comment rendre ces filières attractives aux étudiants.

---

**Adapter le mode de délivrance des soins aux maladies chroniques**

---

**Fidélisation du personnel**

---

**Favoriser les retours**

---

**Rémunération**

---

**Satisfaction du personnel**

---

**Gestion de la concurrence**

---

**Flexibilité des horaires**

---

**Recentrage de la formation**

---

**Récolte de l'information****Enquêtes de marché**

Il sera nécessaire de développer des outils permettant le monitoring de l'ensemble des ressources humaines en santé et de poursuivre les efforts pour améliorer leur qualité. Il s'agit aussi de développer des outils permettant de suivre les tendances se dessinant sur le marché pour améliorer la capacité de réaction des institutions de soins et des établissements de formation.

---

**Compter sur l'immigration****n'est pas éthique**

Le phénomène de la migration de professionnels de santé concerne la plupart des pays de l'Europe de l'ouest et le système de santé suisse en profite largement. Il n'est pas possible de compter sur l'immigration de personnel qualifié pour pallier au problème de la pénurie. C'est une solution peu éthique car elle ne fait que déplacer le problème vers d'autres pays, plus défavorisés [17]. A l'initiative de l'OMS, les gouvernements des pays qui bénéficient de ces immigrations, sont appelés à définir et adopter un code de conduite qui tiennent aussi compte des besoins des pays d'origine de ce personnel migrant qualifié.



## 6. Conclusions

Le niveau et la qualité des soins fournis par un système de santé dépendent des capacités financières de la société et des investissements consentis pour son financement. Il s'agit de choix sociétaux qui sont rarement exprimés de manière explicite. Si l'on souhaite maintenir le niveau de soins actuel, les besoins en personnel de santé à recruter d'ici 2030 pourraient atteindre de 120'000 à 190'000 personnes.

L'« Ageing workforce » en est la principale cause. En effet, au moins deux tiers des besoins en personnel sont destinés à compenser des départs à la retraite du personnel actuel. Comme ces départs sont inévitables, elle constitue un défi majeur que l'on ne peut ignorer. Seuls 30% de la hausse des besoins est à attribuer à la hausse des besoins en soins de la population âgée.

Ces volumes ne tiennent pas compte des départs vers d'autres secteurs économiques, qui doivent également être compensés et qui pourraient gagner en importance. En effet, durant la même période, la population active ne va pas augmenter. Ceci créera une forte concurrence entre les différents secteurs économiques pour recruter et garder le personnel qualifié. Si les institutions de soins ne relèvent pas le défi d'être attractives sur le marché du travail, la perte de personnel par drop out pourrait encore aggraver la pénurie.

Pour faire face aux besoins croissants en soins et en personnel de santé, il sera nécessaire de prendre des mesures autant au niveau de la population générale qu'au niveau du mode de fonctionnement des institutions de soins et des filières de formation. Ces mesures devraient être prises rapidement car on se trouve ici dans une situation conflictuelle : d'un côté la mise en œuvre et l'effet attendu de chacune des mesures évoquées ne seront pas immédiats, tandis que, de l'autre côté, les départs à la retraite et la hausse des besoins en soins seront pour leur part inéluctables.

Enfin, il devient évident qu'il faut penser le système de santé dans sa globalité, aller au-delà des frontières sectorielles ou institutionnelles. Il s'agit de considérer les besoins de tout le système et de dépasser les intérêts individuels des institutions ou des acteurs impliqués.

## Références

20

1. The looming crisis in the health Workforce. 2008, OCDE Health Policy Studies.
2. Aiken, L.H., et al., Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 2002. 288(16): p. 1987-93.
3. Aiken, L.H., et al., Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Jama*, 2003. 290(12): p. 1617-23.
4. Rafferty, A.M., et al., Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*, 2007. 44(2): p. 175-82.
5. Clarke, S. Donaldson, N., Nurse Staffing and patient care quality and safety, in *Patient safety and quality: an Evidence-Based Handbook for nurses*, Ronda G. Hughes, Editor. 2008, Agency for Health care and quality. US department for Healthcare research and Quality.
6. Jaccard Ruedin, H. et al., *Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives d'ici 2020*. 2009, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
7. Hasselhorn, H. Langjährige Belastungsforschung bei Pflegepersonal – Ergebnisse der NEXT-Studie. in 20. Freiburger Symposium «Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst». 2006: <http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/download/dt/2006NEXTHasselhornFreiburg.pdf>.
8. Birch, S., et al., Human Resources Planning and the production of health: A Needs-based Analytical Framework. *Canadian Public Policy*, 2007. XXXIII (Supplement).
9. Seematter-Bagnoud, L, et al., Projections du recours et de l'offre de soins médicaux ambulatoires à l'horizon 2030 en Suisse. 2008, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
10. Künzi, K. Detzel P., Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. 2007, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
11. Giger, M., De Geest S., De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires. *Bulletin des médecins suisses*, 2008. 89(43): p. 1839-1843.
12. McKee, M., et al., Changing professional boundaries, in *Human Ressources for Health in Europe*. 2006, European Health Observatory.
13. Commission of the European Communities., *Green Paper on the European Workforce for Health*. 2008: Brussel. [http://www.ec.europa.eu/health/ph\\_systems/workforce\\_en.htm](http://www.ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm)
14. Monod-Zorzi, S., et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*. 2007, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
15. Weaver, F., et al., *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. 2008, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
16. Lundmark, V., Magnet Environment for professional Nursing Practice, in *Patient safety and quality: an Evidence-Based Handbook for nurses*, R.G. Hughes, Editor. 2008, gency for Health care and quality. US department for Healthcare research and Quality.
17. Buchan, J. Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leur effets néfastes sur l'offre de service? in *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé*. 2008. Talline: [http://www.euro.who.int/document/hsm/7\\_hsc08\\_ePB\\_10.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_ePB_10.pdf).





Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
**Office fédéral de la statistique OFS**



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

L'Observatoire suisse de la santé est une institution commune de la Confédération et des cantons