



HEFP

HAUTE ÉCOLE FÉDÉRALE
EN FORMATION
PROFESSIONNELLE

*L'excellence suisse
en formation professionnelle*

PROJET « TITRES DE FORMATION DANS LES SOINS »

Conclusions et implications pour les acteurs du développement professionnel

Auteur-e-s

Ines Trede
Belinda Aeschlimann
Jürg Schweri

avec la collaboration de

Bettina Gärtner, Berner Bildungszentrum Pflege
Odette Häfeli, Good People Tomorrow
Marianne Knecht, HEFP
Seraina Leumann, HEFP
Iris Ludwig, Ludwig und Partner
Barbara Petrini, HEFP
Ursula Scharnhorst, HEFP
Christine Serdaly, Serdaly & Ankers snc
Franziska Wettstein, HEFP
Franziska Zúñiga, Institut für Pflegewissenschaft

Mandante

OdASanté

Zollikofen, le 23 juin 2023



SOMMAIRE

INDEX DES FIGURES	3
INDEX DES TABLEAUX.....	3
L'ESSENTIEL EN BREF.....	4
1 INTRODUCTION.....	8
2 DES SCÉNARIOS DE TENDANCE AUX NOUVELLES EXIGENCES PROFESSIONNELLES.....	11
3 MODÈLE DE RÉFÉRENCE POUR UNE DESCRIPTION DES EXIGENCES NOUVELLES AXÉE SUR LES COMPÉTENCES	15
3.1 Exigences posées pour un modèle de référence applicable à l'ensemble des professions	15
3.2 Variations de la complexité des tâches	19
4 TÂCHES ET INTERFACES NOUVELLES : IMPULSIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL.....	21
4.1 Attribution des tâches aux scénarios de tendance et aux domaines d'activité.....	23
4.2 Besoins de clarification élevés aux interfaces	26
4.3 Nouveau, mais pour quelle raison ? Analyser les facteurs de nouveauté	28
4.4 Conclusion des ateliers des étapes 2 et 3.....	30
5 CONCLUSIONS : DÉFIS ET POTENTIELS POUR LE CHAMP PROFESSIONNEL DES SOINS	31
5.1 Exigences nouvelles posées aux titres de formation dans les soins et besoins de réforme.....	31
5.2 Manque de situations d'apprentissage et de structures de formation pour des offres de prise en charge intégrée.....	33
5.3 Adapter la formation au développement de la collaboration interprofessionnelle et des interactions numériques	35
5.4 Discordance entre les aptitudes autorisées de par la formation et l'attribution de la tâche dans le quotidien professionnel	37
5.5 Difficultés liées à la perméabilité entre les titres dans les soins et au positionnement sur le marché du travail	38
5.6 Perspectives : développement innovant des professions et du champ professionnel.....	40
6 GLOSSAIRE	43
7 ANNEXE	47
8 BIBLIOGRAPHIE.....	48



INDEX DES FIGURES

Figure 1 :	Des tendances sociétales aux exigences posées au champ professionnel des soins	12
Figure 2 :	Interaction entre tendances sociétales et changements dans la prise en charge sanitaire.....	12
Figure 3 :	Instruments permettant d'évaluer la complexité des tâches des professions des soins.....	19
Figure 4 :	Exemple de tâche pour les ASSC	22
Figure 5 :	Tâches issues des ateliers, par domaines d'activité, scénarios de tendance et titres de formation	24
Figure 6 :	Tâches différenciées en fonction du facteur de nouveauté (en %).....	29
Figure 7 :	Interfaces différenciées en fonction du facteur de nouveauté (en %).....	30

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Vue d'ensemble du projet	10
Tableau 2 :	Scénarios de tendance 1 à 6	14
Tableau 3 :	Attribution des descriptions de compétences tirées des documents de formation aux domaines d'activité du modèle de référence	18
Tableau 4 :	Tâches réparties par scénarios de tendance et thématiques	25



L'ESSENTIEL EN BREF

Le champ professionnel des soins se compose d'une multitude de formations et de titres professionnels de degrés divers. Les professionnel-le-s qualifiés des différents métiers coopèrent intensément dans la prise en charge sanitaire. Dès lors, il est souhaitable que, dans l'élaboration et le développement des documents de formation, la collaboration au sein du champ professionnel, et même au-delà, soit toujours prise en compte. Par ailleurs, l'évolution sociétale et technologique pose en continu au secteur de la santé des défis qui nécessitent des compétences nouvelles et modifient la collaboration et la répartition des tâches au sein des équipes interprofessionnelles.

Le présent projet veut contribuer à fournir une image globale et consolidée du champ professionnel des soins ainsi que des exigences auxquelles celui-ci devra satisfaire dans le développement des métiers. À cette fin, ces exigences et les tâches concrètes qui apparaissent au niveau des professions ont été relevées puis examinées aux interfaces entre les titres de formation. Le projet s'est déroulé en quatre étapes et a considéré deux professions du degré secondaire II et dix professions du degré tertiaire, ainsi que tous les secteurs de prise en charge.

La première étape du projet (chapitre 2) a consisté à identifier, par une recherche dans la littérature scientifique, les évolutions et les tendances sociétales susceptibles d'influer sur la santé et la maladie d'individus ou de groupes sociaux et, dès lors, d'avoir un impact sur la prise en charge sanitaire. Un groupe d'expert-e-s a évalué la pertinence de ces tendances dans un rapport et les a complétées par la description des changements apparaissant dans la prise en charge sanitaire et le relevé des exigences nouvelles posées aux professions soignantes. Par des entretiens approfondis avec des spécialistes, à l'occasion d'ateliers et avec l'appui de la littérature des sciences infirmières, les tendances validées ont été regroupées en six scénarios. Ceux-ci contiennent les exigences posées aux professions des soins, sur la base de preuves scientifiques. Les scénarios de tendance s'articulent autour des thèmes « Virage ambulatoire », « Santé et diversité », « Personnalisation et autodétermination », « Numérisation », « Proches aidants et réseau élargi » et « Menaces sur l'environnement et durabilité » et font l'objet d'une publication séparée.

Une deuxième partie de l'étape 1 du projet (chapitre 3) était consacrée à l'élaboration d'un modèle de référence permettant de décrire les exigences nouvelles posées aux professions soignantes de façon orientée vers les compétences. Grâce à ce modèle, il est possible de relever et de décrire les tâches de manière transversale, sans lien direct avec chacun des métiers. Il a servi de base aux ateliers des étapes 2 et 3 du projet. Il distingue cinq domaines d'activité (Soins et accompagnement, Collaboration, Organisation et processus, Accroissement du savoir, Développement personnel et professionnel), répartis à leur tour en 13 sous-catégories. Pour décrire les tâches et les interfaces entre les titres de formation et définir la bonne composition des équipes (skill and grade mix), il fallait aussi prendre en considération le degré de complexité des tâches que doivent maîtriser les professionnel-le-s selon le métier exercé. Deux instruments ont été utilisés à cette fin : le niveau de responsabilité dans l'accomplissement d'une tâche, et la complexité situationnelle de la tâche. Pour chacun de ces éléments, quatre degrés ont été définis.



Au cours d'ateliers par profession, organisés dans la deuxième étape du projet (chapitre 4), des professionnel-le-s de la pratique ont identifié, pour leur titre de formation, les tâches nouvelles qui seraient demandées à l'avenir. Les tâches qualifiées de « nouvelles » – et qu'il y aurait lieu de prendre en compte dans les formations – sont celles qui apparaissent, soit en raison de l'évolution de la prise en charge sanitaire (p. ex. processus de travail informatiques), soit en lien avec des changements dans les conditions générales (p. ex. augmentation du nombre de patient-e-s présentant des polymorbidités). Au total, 121 participant-e-s de Suisse romande et de Suisse alémanique, issus des différents métiers, ont pris part à huit ateliers. Ils ont défini 205 tâches qu'ils ont complétées par des informations relatives au domaine d'activité et à la complexité liée à des facteurs externes. La description des tâches est également disponible dans une publication séparée.

À l'occasion d'ateliers interprofessionnels, organisés dans la troisième étape (chapitre 4), les tâches formulées ont été examinées en vue de préciser s'il convenait de clarifier certains éléments aux interfaces entre les professions prises en compte dans le projet. Concrètement, il s'agissait de déterminer quelles professions participaient à quelle tâche, dans quel domaine d'activité, à quel niveau de responsabilité et à quel degré de complexité par rapport à la situation. Les six ateliers, qui ont réuni au total 119 personnes, ont montré un besoin élevé de collaboration interprofessionnelle. Dans un document séparé, l'équipe de projet a analysé 14 interfaces qu'elle a complétées par des suggestions de développement, à l'intention des acteurs du secteur sanitaire. Ce travail fournit des exemples structurés et des suggestions pour les spécialistes des différents métiers et des secteurs de prise en charge dans la perspective des futurs processus professionnels et processus de développement professionnel.

La quatrième et dernière étape de projet était consacrée à la synthèse des résultats sous la forme de publications séparées, ainsi qu'à la rédaction du présent rapport. Sur la base des expériences et des conclusions du projet, nous avons formulé des suggestions pour la branche santé (chapitre 5), en particulier pour le développement des professions et du champ professionnel. À noter que ce dernier est marqué par des conditions particulièrement complexes. En effet, les réglementations relatives à la sécurité des patient-e-s et les participations directes de l'État au financement et à l'exploitation exigent de planifier et de gérer les changements de manière plus active que dans d'autres branches où le pilotage – autrement dit les adaptations aux nouvelles tendances – est davantage dicté par le marché. S'ajoute à cela la complexité des structures du système de santé, qui nécessitent une collaboration étroite entre différents métiers et secteurs de prise en charge. De même, on constate des différences marquées entre la formation initiale, la formation supérieure et la formation en haute école, car les processus de développement professionnel, la structure et le niveau de détail des documents de formation se distinguent fortement les uns des autres. Cela rend d'autant plus complexe une orientation globale vers le champ professionnel et dans le champ professionnel.

Dans la perspective des offres de prise en charge intégrée – qui gagneront en importance à l'avenir –, on observe un manque de situations d'apprentissage et de structures de formation appropriées. Il paraît judicieux d'assurer l'enseignement de compétences intersectorielles dans l'ensemble des lieux de formation et pour tous les titres professionnels des soins. Cette remarque s'applique également à la collaboration interprofessionnelle, qui doit se concrétiser à trois niveaux : le plan suprasectoriel, les secteurs de prise en charge et les institutions. Au vu de l'importance croissante de ces



éléments – notamment en raison de l'interaction numérique, toujours plus présente –, les compétences requises pour la collaboration entre les différents métiers devraient être acquises de façon harmonisée sur l'ensemble des lieux de formation.

Pour certaines tâches, les ateliers ont fait apparaître une discordance entre les aptitudes autorisées de par la formation et l'attribution de la tâche concernée dans le quotidien professionnel. Pour la réalisation d'une évaluation clinique par exemple, le degré de responsabilité indiqué par les participant-e-s de certaines professions se situait dans la majorité des cas vraisemblablement bien au-dessus de la délégation normalement admise. Ce défaut de concordance est probablement lié à un écart entre les compétences présentes et celles qui sont demandées par les établissements. À cet égard, il serait judicieux d'examiner les pratiques en matière de délégation et de les comparer avec les documents de formation. En cas de discordance, il conviendrait d'en identifier les motifs et de préciser le contexte de l'établissement dans les divers secteurs de prise en charge, de façon à disposer d'indications pour trouver une solution qui réponde aux causes.

S'ajoutent aux nombreuses structures de formation actuelles du degré tertiaire de nouveaux titres inscrits dans la formation professionnelle supérieure et la formation continue. Cela se traduit par des voies de qualification multiples, susceptibles par ailleurs de créer la confusion, d'autant que l'exercice de certaines fonctions est couplé à l'acquisition de titres professionnels formels dans le domaine des soins. Dans le cas des assistant-e-s spécialisé-e-s en soins de longue durée et accompagnement (examen professionnel – EP) par exemple, il s'est avéré lors des ateliers qu'ils s'attribuaient un profil d'exigences dépassant les limites fixées par leur titre. Souvent, ces personnes restent dans les établissements après la réussite de leur EP, sans que leur fonction soit adaptée aux compétences nouvellement acquises et que la hausse de salaire correspondante leur soit accordée. En outre, la voie directe vers les examens professionnels supérieurs (EPS) leur est fermée, car l'accès passe par une formation en santé au niveau de l'école supérieure (ES). Il convient également de clarifier la relation entre les titres de la formation professionnelle supérieure (FPS) et ceux des hautes écoles spécialisées (HES). Du fait qu'il manque généralement aux personnes ayant passé un EPS des compétences formelles et qu'en outre, la classification de leur titre dans le Cadre européen des certifications (CEC) se situe en dessous du niveau HES, l'accès à une formation d'APN – positionnée au degré master HES – représente souvent un investissement en temps disproportionné. En la matière, le degré de complexité élevé que ces spécialistes atteignent dans leur domaine n'est pas pris en compte de façon appropriée. Il conviendrait d'examiner s'il serait possible d'améliorer la perméabilité au sein de la FPS ainsi qu'entre la FPS et les HES.

Les méthodes et les résultats du projet pourraient être utilisés comme point de départ pour un développement professionnel cohérent, orienté sur le champ professionnel. Le développement professionnel commence par l'analyse des évolutions et tendances présentes et à venir. Les scénarios de tendance développés dans le projet proposent une démarche qui peut servir d'exemple et être reprise à intervalles réguliers, à titre de monitoring (voir p. ex. Monitoring des tendances, OBS HEFP 2023). Lors de l'élaboration ou de la révision de documents de formation, il serait bon de veiller à une meilleure comparabilité entre les formations par rapport à la définition des notions, à la structure du contenu et au degré de détail des exigences relatives aux compétences. Cela simplifierait grandement la coordination entre les titres et permettrait de clarifier les interfaces. Pour les organes chargés d'élaborer les documents de formation, l'orientation sur le champ



professionnel s'accompagne toutefois d'un investissement plus important, car ils devront garder en ligne de mire des évolutions nouvelles. Pour faciliter cette procédure, il pourrait être utile d'y associer de façon systématique les membres d'autres professions.

L'OdASanté pourrait cependant aussi jouer un rôle dans la mise en place et la coordination de ces démarches. Elle pourrait en effet faire appel à des spécialistes des aspects supradisciplinaires pour les processus de développement des professions et créer un organe qui s'occuperait en continu de gérer les questions transversales. Enfin, le processus de développement professionnel devrait être conçu de façon que l'orientation sur le champ professionnel soit possible, ce qui peut avoir des répercussions sur la logique et la structure temporelle des travaux. Il convient également de veiller à ce que l'établissement, en tant que lieu de formation et de travail, soit intégré dans la révision de tous les titres de formation.

L'orientation sur le champ professionnel est susceptible d'aider les prestataires de formations en santé et les professionnel-le-s de la pratique à relever de nouveaux défis grâce au développement approprié des compétences et à la clarification en continu des interfaces.



1 INTRODUCTION

Dans le sillage de la loi sur la formation professionnelle de 2002, les professions des soins ont été transférées et repositionnées dans le système de formation pour les métiers de la santé. Depuis, de nouveaux programmes et prescriptions de formation n'ont cessé de voir le jour au degré secondaire II, au degré tertiaire dans la formation professionnelle ainsi que dans les hautes écoles. Des prescriptions sur la formation ont ainsi été adoptées pour les infirmières/infirmiers diplômé-e-s ES, les assistant-e-s en soins et santé communautaire CFC et les aides en soins et accompagnement AFP. De plus, à ce jour, deux examens professionnels fédéraux ont été mis en place et des règlements d'examen ont été édictés pour sept examens professionnels supérieurs et trois filières d'études postdiplôme ES. Dans le même temps, les hautes écoles ont introduit des filières de bachelor et de master ouvrant la voie à un doctorat ou une habilitation dans les universités. Le champ professionnel des soins compte dès lors une multitude de titres de formation.

Dans le secteur dynamique de la santé, divers professionnel-le-s accomplissent des tâches semblables à des niveaux de responsabilité variables, ce qui produit un réseau dense d'interfaces. Cette configuration rend le développement des professions extraordinairement complexe : il ne s'agit pas uniquement de maintenir à jour et de développer les prescriptions sur la formation, mais aussi d'en assurer la cohérence en tenant compte de la collaboration et de la répartition du travail au sein des équipes interprofessionnelles (SEFRI 2023). Il faut adopter une approche coordonnée prenant en considération chacun des titres dans les soins ainsi que les interactions entre eux et anticiper les exigences nouvelles ou modifiées de façon à répondre aux besoins du marché du travail.

En sa qualité d'association nationale de la branche santé pour la formation en dehors des hautes écoles, l'OdASanté cherche à obtenir une vision consolidée et globale du champ professionnel des soins et des exigences futures auxquelles celui-ci sera confronté dans le développement professionnel. C'est dans cette perspective qu'elle a lancé le projet « Titres de formation dans les soins ». L'intitulé de départ « Titres de formation dans les soins et l'accompagnement » a été adapté en cours de réalisation, car le terme d'accompagnement est fortement associé aux professions du domaine social. Or ces métiers ne sont pas inclus dans le présent projet, à l'exception des aides en soins et accompagnement et des assistant-e-s spécialisé-e-s en soins de longue durée et accompagnement EP. Ces professions relèvent de la responsabilité conjointe de SavoirSocial, de l'OdASanté et de la Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS). Le mandat du projet a été confié à l'Observatoire suisse de la formation professionnelle OBS HEFP. Il comprend toute une série d'objectifs stratégiques et opérationnels visant un développement complet et coordonné des professions soignantes (OdASanté 2019).

Sur la base de l'appel d'offres, le projet s'articule autour de quatre problématiques :

1. Quelles exigences devront remplir les professions des soins, en particulier au regard des changements que connaissent les structures de prise en charge et les systèmes de pilotage et de financement ainsi que face aux évolutions technologiques du secteur de la santé ?
2. Dans quelle mesure les compétences professionnelles des titres du domaine des soins répondent-elles aux exigences actuelles et futures ? Quels signes parlent pour une réforme de ces titres ?



3. Dans quelle mesure les compétences professionnelles des titres du domaine des soins sont-elles harmonisées entre elles de façon à répondre aux exigences qui se poseront aux soins ? Quels signes parlent pour une réforme de ces titres au regard des exigences se posant aux interfaces et de la perméabilité entre eux ?
4. Par quelles méthodes et quels instruments est-il possible d'élaborer une image globale et consolidée des futurs titres dans le domaine des soins et de l'utiliser de façon coordonnée dans le développement des professions ? Dans quelle mesure la démarche peut-elle être transposée à d'autres professions de la santé ou à d'autres champs professionnels ?

Les professions suivantes font partie des titres de formation dans les soins analysés pour le projet :

- Aide en soins et accompagnement avec attestation fédérale professionnelle (AFP) (en abrégé : ASA)
- Assistant-e en soins et santé communautaire avec certificat fédéral de capacité (CFC) (en abrégé : ASSC)
- Infirmière/infirmier dipl. ES (en abrégé : soins infirmiers ES)
- Bachelor of Science (BSc) en soins infirmiers (en abrégé : soins infirmiers BSc)
- Assistant-e spécialisé-e en soins de longue durée et accompagnement avec brevet fédéral (EP) (en abrégé : EP SLD)
- Expert-e en soins d'oncologie EPS (en abrégé : soins d'oncologie EPS)
- Expert-e en conseil de diabétologie EPS (en abrégé : diabétologie EPS)
- Expert-e en soins palliatifs EPS (en abrégé : soins palliatifs EPS)
- Expert-e en soins d'anesthésie EPD ES (en abrégé : soins d'anesthésie EPD ES)
- Expert-e en soins intensifs EPD ES (en abrégé : soins intensifs EPD ES)
- Expert-e en soins d'urgence EPD ES (en abrégé : soins d'urgence EPD ES)
- Infirmière/infirmier de pratique avancée (en abrégé : APN)

Le présent rapport ainsi que les autres résultats du projet aident à définir l'orientation stratégique dans le développement des titres et des professions et mettent en évidence, à titre d'exemple, les tâches professionnelles et les interfaces nouvelles avec d'autres professions dont il faudra tenir compte. Les personnes responsables des révisions pourront s'appuyer sur ce document et s'en inspirer. À noter que le projet n'inclut pas la mise en œuvre des compétences curriculaires dans les processus, voies et modes de formation au niveau des prestataires, en partenariat avec le lieu de formation en entreprise et le troisième lieu de formation ainsi qu'avec les organes responsables des prescriptions sur la formation.



Tableau 1 : Vue d'ensemble du projet

Étapes	Mise en œuvre	Éléments
Étape 1	2020-2021	<i>Scénarios de tendance</i> : recenser les exigences nouvelles posées au champ professionnel des soins sur la base des évolutions sociétales actuelles <i>Élaboration du modèle de référence</i> : méthode et instruments applicables à l'ensemble des professions
Étape 2	2022	<i>Ateliers par profession</i> : relever les tâches et les exigences nouvelles pour différentes professions des soins sur la base des scénarios de tendance
Étape 3	2022-2023	<i>Ateliers sur les interfaces</i> : examiner les interfaces entre les professions pour les tâches et les exigences nouvelles
Étape 4	2023	<i>Synthèse</i> : émettre des recommandations relatives au développement futur des professions et aux changements nécessaires dans le champ professionnel

Le présent rapport est structuré en quatre parties suivant le déroulement du projet (cf. Tableau 1). Le chapitre 2 retrace l'élaboration des scénarios de tendance. Le chapitre 3 expose le modèle de référence servant de base à la répartition thématique des tâches nouvelles pour les différents titres de formation. Dans le chapitre 4, nous mettons en évidence les contenus, la complexité et le facteur de nouveauté des tâches et des interfaces élaborées lors des ateliers, qui ont été analysées et validées en commun par plusieurs professions. Enfin, le chapitre 5 formule des suggestions à l'intention des acteurs des lieux de formation et du développement professionnel et présente comme base de discussion des implications stratégiques au niveau des politiques de la santé et de la formation.

Notions importantes

Le glossaire figurant à la fin du rapport définit plusieurs notions centrales pour la compréhension du projet, telles que les *exigences*, les *tâches* et les *compétences*.

Les différents secteurs de prise en charge – soins aigus, soins de longue durée et soins ambulatoires – ont été intégrés dans toutes les étapes du projet et des représentant-e-s des fournisseurs de prestations (hôpitaux, EMS, services d'aide et de soins à domicile) ont pris part aux ateliers. D'autres domaines comme la réadaptation, la psychiatrie et les soins aux enfants et adolescents ont également été pris en compte. Sauf mention contraire, les résultats s'appliquent à tous les secteurs de prise en charge.

Nous exprimons notre reconnaissance aux expert-e-s ainsi qu'aux professionnel-le-s de la pratique pour les connaissances qu'ils ont partagées lors des entretiens ou des ateliers. Ils ont largement contribué à la réussite du projet. Nous remercions également le groupe de projet interne et les membres de la plateforme de l'OdASanté pour leurs apports et leurs retours.



2 DES SCÉNARIOS DE TENDANCE AUX NOUVELLES EXIGENCES PROFESSIONNELLES

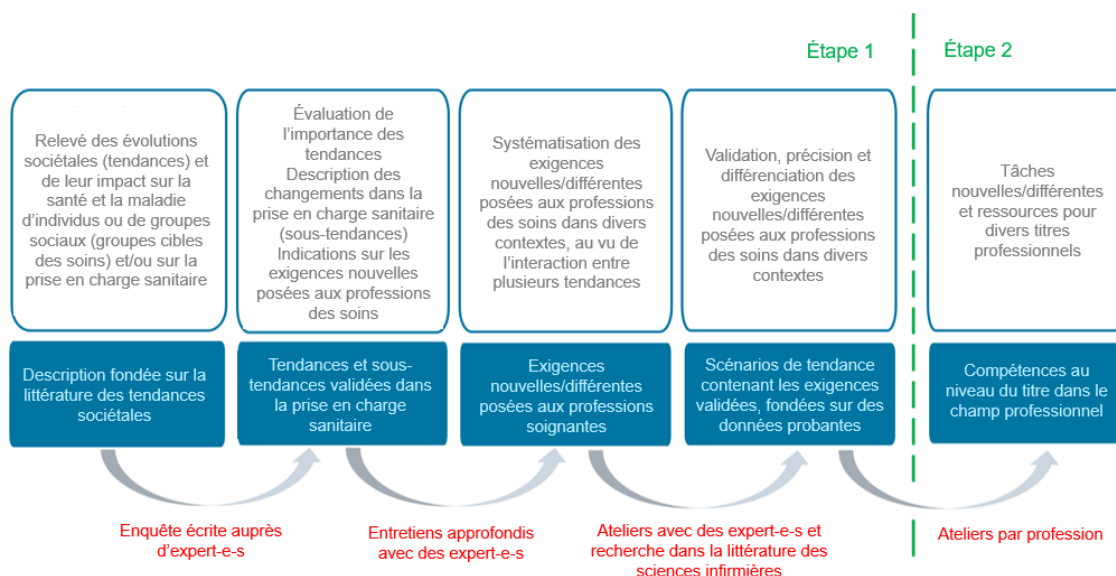
En bref

- Pour développer à bon escient les formations et les professions, il faut connaître les besoins présents et à venir des groupes cibles, en particulier des bénéficiaires de soins (potentiels).
- Dans le cadre du projet, nous avons donc commencé par rechercher des tendances sociétales dans la littérature scientifique pour en évaluer ensuite les effets sur la prise en charge sanitaire. Cette démarche a permis d'identifier des exigences nouvelles ou différentes posées aux professions des soins et de formuler des scénarios de tendance.
- Ce travail s'est fondé sur les informations tirées de la littérature spécialisée ainsi que sur les appréciations de plusieurs expert-e-s de la pratique et des sciences, recueillies à l'occasion d'interviews, d'une enquête en ligne et d'ateliers.
- Nous avons décrit les exigences nouvelles selon une approche axée sur les compétences en ajoutant aux scénarios de tendance des situations d'illustration et en les attribuant à un *domaine d'activité* des soins.

La première étape du projet avait pour but de déterminer les exigences qui se poseront aux professions des soins, en particulier face aux changements que connaissent les structures de prise en charge et les systèmes de pilotage et de financement et aux évolutions technologiques du secteur de la santé (cf. Tableau 1). Nous avons appliqué une méthode fondée sur des données probantes (Behrens et Langer 2010), autrement dit, nous nous sommes appuyés sur les connaissances d'expert-e-s, l'expérience clinique et les constats scientifiques (Streiff-Feller 2019).

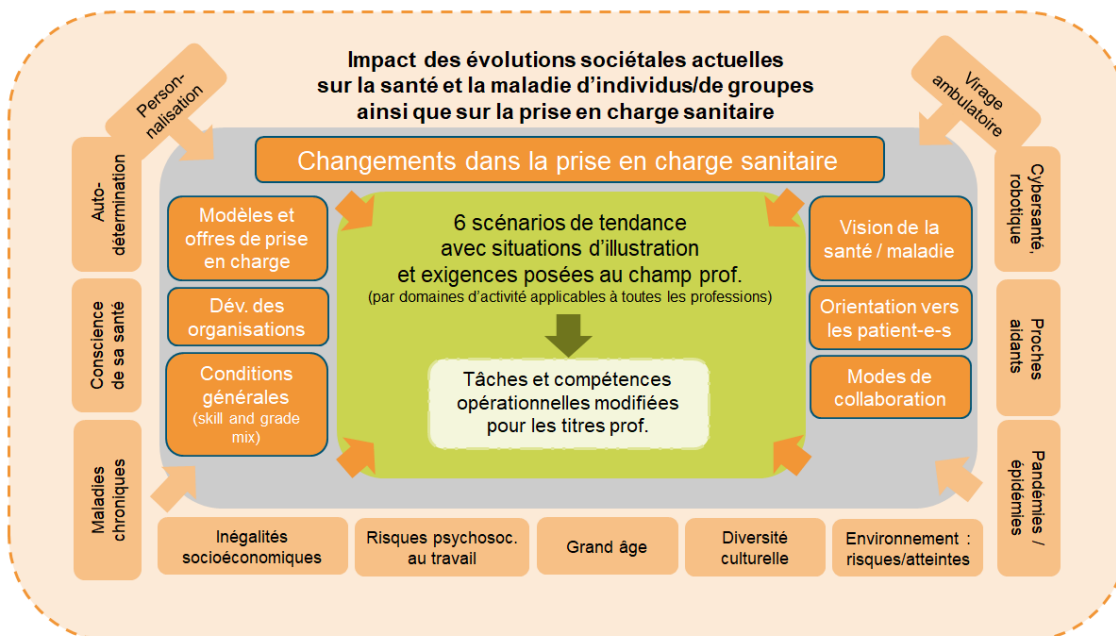
Avec le concours de plusieurs acteurs, nous avons identifié les tendances sociétales, technologiques, économiques, socio-sanitaires, démographiques et environnementales pouvant avoir des répercussions sur les besoins en soins de la population. La Figure 1 indique les phases du processus, qui est décrit ci-après (cf. Figure 1).

Figure 1 : Des tendances sociétales aux exigences posées au champ professionnel des soins



Prenant appui sur la littérature, nous avons tout d'abord décrit les tendances sociétales en nous référant pour cette analyse au processus de monitoring de l'OBS HEFP (OBS HEFP 2023). Au total, nous avons présenté 14 tendances et leur impact sur la santé et la maladie d'individus ou de groupes sociaux, ainsi que sur la prise en charge sanitaire (cf. Figure 2).

Figure 2 : Interaction entre tendances sociétales et changements dans la prise en charge sanitaire





Ensuite, nous avons réalisé une enquête quantitative en ligne ainsi que des entretiens d'approfondissement avec des expert-e-s des soins et de la prise en charge sanitaire (cf. Figure 1). Ce travail a permis de faire le lien entre les 14 tendances sociétales centrées sur la santé et la maladie et les tendances et défis institutionnels dans la prise en charge sanitaire. Les futures exigences posées aux soins découlant des besoins de la population ont ainsi été précisées en fonction des changements en cours ou prévisibles dans les établissements de santé. Ceux-ci concernent par exemple des facteurs institutionnels comme la composition des équipes (skill and grade mix), des tendances en matière de développement des organisations ou des conditions liées à la politique sanitaire, notamment en relation avec le financement de certaines prestations. Sur cette base, nous avons formulé six scénarios de tendance (cf.



Tableau 2), qui comprennent des évolutions et des défis pertinents pour tous les secteurs de prise en charge.

Au-delà de la description des exigences futures posées aux soins, il s'agissait de déterminer les connaissances, les capacités et les attitudes requises au moyen d'exemples concrets et de situations, raison pour laquelle des éléments axés sur les compétences ont été ajoutés. Des situations illustrant les tendances et des exigences classées par « domaine d'activité » des soins ont ainsi été intégrées dans les scénarios (cf. annexe, publication séparée « Scénarios de tendance »). Si ce travail d'analyse orienté vers les compétences a pris beaucoup de temps, cette approche innovante a été très utile et appréciée lors des ateliers des étapes 2 et 3 du projet. D'ailleurs, il faudrait voir s'il serait possible d'adopter une procédure abrégée pour l'actualisation des exigences posées aux professions des soins, tout en planifiant périodiquement une recherche élargie des tendances et défis nouveaux (cf. chapitre 5.5).

L'étape 1 s'est achevée par la consolidation des résultats lors de trois ateliers avec des expert-e-s et la validation scientifique par l'INS, Institut bâlois des sciences infirmières (cf.



Figure 1). L'INS a utilisé des algorithmes pour rechercher de manière systématique dans les banques de données des sciences infirmières et du domaine médical les compétences requises dans les professions soignantes pour les tendances identifiées (cf. annexe, publication séparée « Rapport sur la méthode »). Ces précisions sur les exigences en matière de compétence ont permis de finaliser les scénarios de tendance (cf.

Tableau 2).



Tableau 2 : Scénarios de tendance 1 à 6

Scénario de tendance	Description
1. Virage ambulatoire	Virage ambulatoire : augmentation du transfert des prestations de santé du stationnaire vers l'ambulatoire et extension des offres de prise en charge intégrées et intermédiaires
2. Santé et diversité	Conscience plus marquée de sa propre santé dans la population, associée à une accentuation de la diversité et à une répartition inégale des ressources et des risques en lien avec la santé et la maladie
3. Personnalisation et autodétermination	Besoin accru d'autodétermination et de personnalisation en matière de santé, associé à une hausse de la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques, en situation de handicap ou d'âge avancé.
4. Numérisation	Intensification de l'échange d'informations au moyen d'outils numériques et du recours à l'intelligence artificielle dans les soins et l'accompagnement centrés sur les patient-e-s
5. Proches aidants	Besoin de soutien accru des proches en raison de la mutation démographique, sociétale et économique et de l'accroissement de l'accompagnement et des traitements en mode ambulatoire
6. Menaces sur l'environnement et durabilité	Aggravation des menaces sur l'environnement et hausse des exigences en termes de durabilité dans la société, l'économie et la prise en charge sanitaire

Remarque : pour une description détaillée des scénarios, voir la publication séparée sur ce sujet (cf. annexe).

Les six scénarios de tendance illustrent les changements en cours ou à venir dans le champ professionnel. Ils constituent le point de départ des étapes 2 et 3 du projet, durant lesquelles des professionnel-le-s ont identifié dans le cadre d'ateliers les tâches nouvelles et les interfaces qui y sont associées pour les différents titres de formation. Les principaux résultats de ces démarches sont exposés au chapitre 4. Avant cela, le chapitre 3 présente le modèle de référence utilisé pour une description des exigences nouvelles orientée vers les compétences. Il a servi de fondement à l'élaboration des tâches et des interfaces pour l'ensemble des professions considérées.



3 MODÈLE DE RÉFÉRENCE POUR UNE DESCRIPTION DES EXIGENCES NOUVELLES AXÉE SUR LES COMPÉTENCES

En bref

- Le modèle de référence a pour but de promouvoir une perspective supradisciplinaire dans le processus de développement des professions et de soutenir par des instruments appropriés une actualisation des prescriptions sur la formation qui tienne compte de l'ensemble des professions.
- Il permet de relever et de décrire les tâches actuelles et futures requises dans les différents métiers. Une fois finalisé, le modèle a été utilisé et testé lors des ateliers par profession et des ateliers sur les interfaces.
- Ce modèle se limite à quelques notions fondamentales (domaines d'activité et complexité des tâches) dans l'optique de systématiser et de comparer entre elles des tâches de diverses professions régies par des prescriptions sur la formation très hétérogènes. Il facilite aussi une description uniforme des interfaces entre les métiers.
- Nous distinguons cinq catégories de domaines d'activité et 13 sous-catégories. Toutes les tâches nouvelles décrites pour l'ensemble des professions ont été classées dans ces domaines d'activité.
- Pour toutes les professions, la complexité des tâches est évaluée sur une échelle à quatre niveaux, au moyen de critères externes (degré de responsabilité, stabilité et caractère prévisible de la situation).
- La complexité est déterminée au niveau des tâches, car elle est fonction du contexte et de la situation. Une évaluation statique au niveau de la profession ne refléterait que partiellement ces deux aspects.
- Pour les titres fédéraux, le législateur détermine quelles actions relèvent des compétences (au sens d'aptitudes) de quelle profession et à quel degré de complexité (p. ex. dans une ordonnance sur la formation). Lors de la mise en œuvre, il est essentiel d'assurer la cohérence au sein du champ professionnel, par exemple par des organes dédiés dans le processus de développement professionnel.

La question étudiée ci-après porte sur les caractéristiques que doit présenter un modèle de compétences pour qu'il puisse donner une image globale et consolidée des futures tâches et être utilisé de façon coordonnée pour tous les titres de formation. Ce référentiel devait permettre de relever et de décrire pour l'ensemble des professions les tâches présentes et à venir ainsi que les exigences relatives aux compétences (au sens d'aptitudes).

3.1 Exigences posées pour un modèle de référence applicable à l'ensemble des professions

Le modèle de référence doit proposer une systématique permettant une description uniforme des tâches futures et des compétences exigées pour tous les professionnel-le-s des soins. Il doit pouvoir être utilisé pour le développement des prescriptions sur la formation des différents métiers, aujourd'hui très hétérogènes. Cela étant, nous n'avons pas cherché à concevoir un modèle de compétences différencié, mais à identifier les éléments minimaux permettant de décrire les compétences requises pour maîtriser les tâches de soins. Ces descriptions ont servi de base commune pour la classification des tâches de différentes professions soignantes. Nous avons recherché dans la théorie et la pratique des soins infirmiers plusieurs types de modèles de compétences au niveau tant



national qu'international, notamment en examinant les programmes d'enseignement dans les soins. Le rapport sur la méthode fournit des renseignements plus détaillés sur la littérature de référence.

Notre analyse s'est appuyée sur les réflexions suivantes : un référentiel applicable à l'ensemble des professions doit tenir compte d'une part des contenus pertinents des tâches de soins et, d'autre part, de leur complexité variable selon les professions.

Nous avons défini deux niveaux principaux pour la structuration des exigences relatives aux compétences :

1. les contenus des tâches, évalués en fonction de *domaines d'activité* (cf. Tableau 3),
2. la complexité des tâches liée à des facteurs externes, évaluée en fonction du « niveau de responsabilité » et de la « complexité situationnelle » (cf. Figure 3).

Selon les objectifs fixés pour le projet, l'attention était placée sur les exigences posées au champ professionnel des soins et aux différents titres de formation. Pour cette raison, nous nous sommes fondés sur des approches permettant une description des compétences axée sur les caractéristiques externes des situations dans lesquelles les tâches sont exécutées (Thurnherr 2020). Ces éléments comprennent par exemple la stabilité ou le caractère familier des situations, qui ont un impact sur la maîtrise des tâches à accomplir dans ce contexte. Dans le présent rapport, les situations désignent des situations réelles du quotidien des soins et non celles figurant dans le plan de formation des ASSC et ASA.

Les compétences requises en termes d'action, de réflexion et de comportement seront plus ou moins exigeantes en fonction de ces facteurs externes, c'est-à-dire des conditions situationnelles. Cette complexité « externe » dépend d'éléments de la situation sur lesquels le personnel soignant n'a pas de prise, tels que les groupes cibles des soins, le degré de gravité de la pathologie, la stabilité ou l'instabilité de l'état de santé ou encore le nombre de professionnel-le-s impliqués et leur niveau de formation ou de responsabilité (Krell 2017 ; Muths 2010 ; Schaub 2001 ; Olbrich 2009). Afin de tenir compte de ces variations, les équipes sont composées de plusieurs professionnel-le-s formés en conséquence et habilités (=autorisés) à assumer les tâches de par leur formation réglementée. Cette composition est appelée *skill and grade mix*.

Pour les titres fédéraux, le législateur détermine quelles actions relèvent des compétences (au sens d'aptitudes) de quelle profession et à quel degré de complexité. La cohérence au sein du champ professionnel est essentielle pour l'acceptation et la mise en œuvre. Dans ce processus d'harmonisation, il convient d'une part de considérer l'état actuel des connaissances théoriques (sciences infirmières) et de la pratique des soins (Offermann et Ludwig 2015). D'autre part, il faut prendre en compte les conséquences des politiques en matière de formation et de santé et du droit de la responsabilité civile (Wagner 2009).

Nous présentons ci-après les instruments du modèle de référence mis au point pour évaluer les deux niveaux des *tâches*, à savoir les « contenus » et la « complexité ».

Contenus des tâches

Sur la base de la littérature scientifique, nous avons identifié dans le cadre du projet cinq catégories de tâches et 13 sous-catégories pour l'ensemble des titres de formation dans les soins. Il s'agissait de proposer une structure permettant de classer toute la palette des tâches de soins dans un langage commun. Cette grille a permis aux personnes participant aux ateliers (étapes 2 et 3) d'attribuer les tâches relevées dans le cadre du



projet à un domaine d'activité principal (cf. chapitre 4). De plus, elle offre un outil pour comparer les tâches formulées pour le projet avec des énoncés analogues dans les documents de formation spécifiques aux professions (cf. Tableau 3).

Ce travail de classification a mis en lumière les différences très importantes au niveau de la description des domaines de compétence dans les documents de formation des professions soignantes. Cette hétérogénéité est particulièrement frappante dans le domaine d'activité « Soins infirmiers », quantitativement le plus important. Les documents de formation concernant par exemple les ASSC et les soins infirmiers ES suivent une logique différente dans la description des compétences professionnelles (cf. Tableau 3). Cela rend plus difficile l'attribution cohérente de tâches communes aux documents de formation concernés.

Tableau 3 : Attribution des descriptions de compétences tirées des documents de formation aux domaines d'activité du modèle de référence

DOMAINE D'ACTIVITÉ : 5 CATÉGORIES	DOMAINE D'ACTIVITÉ : 13 SOUS-CATÉGORIES	ASSC : COMPÉTENCES OPÉRATIONNELLES (EXEMPLES)	SOINS INFIRMIERS ES : PROCESSUS DE TRAVAIL ET COMPÉTENCES (EXEMPLES)
A SOINS INFIRMIERS	A1 Tâches (médico-) techniques et tâches déléguées	Contrôler les signes vitaux et établir un bilan hydrique	Recueil de données et anamnèse, diagnostic infirmier et planification des soins, exécuter, organiser et surveiller les interventions infirmières
	A2 Mesures infirmières et thérapeutiques / prophylactiques	Soutenir les client-e-s dans leur mobilité	
	A3 Soutien dans les activités de la vie quotidienne et les situations difficiles	Soutenir les client-e-s dans la structuration de la journée et les aider à se tenir à leur programme	
	A4 Relation orientée vers les patient-e-s	Gérer la relation avec les client-e-s	
B COLLABORATION	B1 Collaboration intraprofessionnelle, interprofessionnelle et intersectorielle	Agir en tant que professionnel-le et membre de l'équipe	Communication intra/interprofessionnelle, p. ex. information précise de l'équipe interprof.
	B2 Collaboration avec le réseau des patient-e-s	Collaborer à la préparation des entrées et des sorties et à leur déroulement	Communication et gestion des relations
C ORGANISATION ET PROCESSUS	C1 Documentation et administration	Utiliser les technologies de l'information et de la communication propres à l'établissement	Documentation des résultats des soins et évaluation
	C2 Intendance et logistique	Entretien des appareils et le mobilier	Logistique et administration
	C3 Gestion des processus et direction	Organiser les transports des client-e-s	Organisation et direction
D ACCROISSEMENT DU SAVOIR	D1 Formation et formation continue (de tiers)	Agir en tant que professionnel-le et membre de l'équipe	Fonction de formation, d'instruction et de conseil
	D2 Assurance et développement de la qualité ; recherche	Collaborer à l'assurance de la qualité	Formation continue, p. ex. appréciation de la qualité de son travail et des résultats des soins, évaluation et documentation des soins
E DÉVELOPPEMENT PERSONNEL ET PROFESSIONNEL	E1 Développement professionnel	Agir en tant que professionnel-le et membre de l'équipe	Percevoir la situation prof. comme une opportunité d'enseignement et d'apprentissage
	E2 Formation et formation continue en tant que professionnel-le	Agir en tant que professionnel-le et membre de l'équipe	Formation continue

Cette systématique des domaines d'activité a été utilisée à toutes les étapes pertinentes du projet et de ses résultats, notamment pour la structuration des « compétences requises » dans les scénarios de tendance, le classement des tâches de soins nouvellement formulées (étape 2) et les descriptions des interfaces (étape 3). Compte tenu des expériences recueillies, nous recommandons de l'optimiser comme suit :

- Mieux différencier encore le domaine d'activité A « Soins infirmiers », qui englobe la plus grande partie des tâches élaborées lors du projet (p. ex. des tâches de promotion de la santé sont pour l'heure intégrées dans la sous-catégorie A2). Il serait possible pour ce faire de s'appuyer sur le nouveau cadre de compétences de l'OMS (OMS 2022).
- Viser à moyen terme une certaine homogénéisation des descriptions axées sur les compétences dans les prescriptions légales sur la formation (cf. chapitre 5.5).

3.2 Variations de la complexité des tâches

Parallèlement aux domaines d'activité, nous avons utilisé plusieurs instruments mis au point pour les besoins du projet afin de déterminer la complexité externe des tâches (cf. supra), d'abord en fonction du niveau de responsabilité en situation des titres de formation dans les soins, puis en lien avec les caractéristiques situationnelles des tâches comme le caractère prévisible et la stabilité.

À cet effet, nous avons examiné plusieurs concepts et taxonomies connus (p. ex. d'après Bloom 1956, révisé par Anderson et Krathwohl 2001) et relié ces taxonomies cognitives classiques avec l'approche de la complexité externe (situationnelle) selon Krell (2017).

La figure ci-après présente les instruments développés pour évaluer la complexité des tâches dans le cadre du projet. Ils ont été utilisés pour la formulation des tâches nouvelles lors des ateliers des étapes 2 et 3 (niveaux 1 à 4, voir fig. 3 et rapport sur la méthode).

Figure 3 : *Instruments permettant d'évaluer la complexité des tâches des professions des soins*

Niveau de responsabilité (échelle de 1 à 4)	Complexité situationnelle (échelle de 1 à 4)
<ul style="list-style-type: none">• Niveau 1 : Travail sous surveillance• Niveau 2 : Travail autonome pour certaines parties de la tâche• Niveau 3 : Travail autonome pour l'intégralité de la tâche et responsabilité quant à son résultat• Niveau 4 : Responsabilité de l'intégralité du processus entourant la tâche où plusieurs personnes sont impliquées	<ul style="list-style-type: none">• Niveau 1 : Situations de soins et d'accompagnement générales, délimitées et stables, tâches de routine clairement structurées• Niveau 2 : Situations de soins et d'accompagnement nombreuses, générales et stables, tâches standard nombreuses mais gérables• Niveau 3 : Situations de soins et d'accompagnement nouvelles, pouvant également être complexes et instables• Niveau 4 : Situations de soins et d'accompagnement changeantes, d'une haute complexité et instables, tâches changeantes et complexes

Évaluation de la complexité au niveau des tâches



Selon la littérature spécialisée, les niveaux de complexité sont liés à des tâches concrètes et non à des domaines d'activité entiers (Krell 2017 ; Muths 2010). Notre analyse de plusieurs modèles de compétences et programmes d'enseignement a toutefois montré que certains domaines d'activité pouvaient être qualifiés globalement de très complexes, car ils contenaient un grand nombre de tâches fort complexes (p. ex. développement de processus, notamment dans la prévention des infections). D'autres en revanche se caractérisent par une gamme de tâches simples à très complexes (p. ex. soutien dans les activités de la vie quotidienne). En toute logique, ces derniers vont souvent faire l'objet de débats concernant le profil de compétences ou de qualifications requis. Les domaines d'activité qui comprennent à la fois des tâches peu complexes et des tâches très complexes nécessitent un éventail varié de profils de compétences (skill and grade mix).

Dans le cadre du projet, nous avons renoncé à évaluer la complexité de manière globale pour une profession sur la base des tâches qu'elle recouvre, comme c'est le cas par exemple pour l'ASSC dans le cadre national des certifications (CNC). Au contraire, nous proposons de mettre en relation la complexité des tâches attribuées à des domaines d'activité principaux avec des profils de compétences spécifiques fondés sur les tâches à accomplir.

Conclusion : établir une terminologie commune dans les documents de formation, appliquer, adapter et développer le modèle de référence

Dans ce projet, nous avons mis au point une procédure permettant de différencier, au niveau des contenus et de la complexité des tâches, les compétences nouvelles requises pour plusieurs titres de formation dans les soins. Lors des ateliers, les instruments développés à cet effet ont prouvé leur utilité pour identifier des tâches nouvelles et les décliner par profession. Ces travaux devraient être pris en compte et poursuivis à l'occasion des révisions à venir. À moyen terme, il faudrait parvenir à une meilleure homogénéité dans la structure, la logique et la différenciation des documents de formation pour les titres dans les soins. Dans ce processus, il serait notamment possible d'examiner si les éléments présentés ici (domaines d'activité et niveau de responsabilité / complexité situationnelle) sont suffisants pour identifier les compétences nouvelles requises dans le champ professionnel ou s'il est nécessaire de les développer.

Dans le chapitre suivant, nous présentons l'utilisation des instruments lors des ateliers portant sur la formulation de tâches nouvelles et la description des interfaces dans les soins, ainsi que les résultats obtenus.



4 TÂCHES ET INTERFACES NOUVELLES : IMPULSIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

En bref

- Les professionnel-le-s de la pratique ont décrit 205 tâches professionnelles. Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi elles sont considérées comme nouvelles. La nouveauté peut être liée à des évolutions récentes ou à des modifications des conditions générales. Dans les deux cas, des adaptations des documents de formation peuvent être nécessaires.
- Une grande partie des tâches concernent les domaines d'activité « Soins infirmiers », « Collaboration » et « Organisation et processus », directement liés à la prise en charge des patient-e-s. Des compléments importants doivent être apportés aux documents de formation pour certaines professions dans les domaines « Accroissement du savoir » (formation continue, assurance de la qualité et recherche) et, surtout, « Développement personnel et professionnel » (résilience, compétence personnelle).
- Bon nombre de tâches futures dans les soins sont associées à un fort besoin de clarification des interfaces entre deux ou plusieurs groupes professionnels. Ce défi concerne la pratique professionnelle et la formation, cette dernière devant préparer à assumer des tâches aux interfaces avec d'autres professions. Cela étant, il est indispensable d'exercer la collaboration interprofessionnelle et de mener une réflexion à ce sujet, à la fois dans la formation par des canaux communs aux différentes professions et dans la pratique au sein d'équipes interprofessionnelles.
- Des descriptions précises des interfaces aident à délimiter les professions, mais aussi à cerner les besoins de coordination et de coopération dans la formation et la pratique.

La méthode appliquée lors des ateliers pour identifier les tâches et les interfaces nouvelles ainsi que les résultats détaillés présentés dans les publications séparées « Tâches professionnelles » et « Documentation sur les interfaces » pourront être utiles pour les révisions futures de professions.

À partir des scénarios de tendance, les ateliers de l'étape 2 du projet ont mis en évidence des tâches nouvelles ou modifiées pour les professions des soins considérées. Ces résultats ont servi de fondement à l'étape 3, qui consistait à identifier et examiner les interfaces pertinentes entre les titres professionnels dans les soins et à les consolider dans la mesure du possible (cf.



Tableau 1). Nous exposons ci-après l'objectif des ateliers par profession et des ateliers sur les interfaces ainsi que la méthode employée.

Objectif et méthode des ateliers par profession et des ateliers sur les interfaces

Entre avril et septembre 2022, nous avons organisé en Suisse alémanique et en Suisse romande huit ateliers par profession dédiés à la formulation des tâches nouvelles, auxquels ont pris part au total 121 professionnel-le-s. Toutes les professions incluses dans le projet étaient représentées, à l'exception de l'aide en soins et accompagnement (ASA).

Globalement, les ateliers en Suisse alémanique ont été plus suivis qu'en Suisse romande. Cette différence est en partie due au fait que du côté francophone, les formations en soins infirmiers du degré tertiaire sont principalement du ressort des hautes écoles spécialisées (HES). Côté alémanique en revanche, elles sont majoritairement ancrées au niveau de la formation professionnelle supérieure, qui relève de la compétence de l'OdASanté. En Suisse romande, il était donc plus difficile de recruter des participant-e-s via les canaux de communication usuels de l'organisation faîtière. En décembre 2022 et janvier 2023, nous avons réalisé six ateliers consacrés à l'identification des interfaces, qui ont réuni au total 119 professionnel-le-s de différents métiers.

Au niveau conceptuel, nous nous sommes référés aux principes des ateliers entre expert-e-s et spécialistes pour l'élaboration des tâches et la description des interfaces (Rauner 2004). Selon cette approche, les professionnel-le-s expérimentés exerçant leur métier représentent « par leurs compétences et leur parcours professionnels ainsi que les tâches qu'ils accomplissent un réservoir de connaissances et d'expériences très utile pour déterminer les contextes professionnels de demain » (Rauner et Kleiner 2004). Dans ce type d'ateliers, les professionnel-le-s des différents métiers élaborent les tâches futures et les interfaces qui y sont associées au plus près de la réalité du travail, qui diffère grandement d'un contexte à l'autre. Cette méthode aide à mettre en évidence les attributions de compétences peu claires au sein d'une profession ainsi que les recoupements avec d'autres métiers, qui pourront ensuite être examinés par la branche.

Plus de 200 tâches nouvelles et interfaces associées

Les ateliers par profession organisés à l'étape 2 ont permis d'identifier 205 tâches. Selon la définition adoptée pour le projet, ces tâches comprennent des activités caractéristiques de la profession et couvrent une action dans son intégralité (informer, planifier, décider, exécuter, contrôler, évaluer) (Hacker 2005). Lors des ateliers par profession, la tâche présentée à la

Figure 4 était donnée comme exemple de formulation appropriée (sans en analyser le contenu). Elle porte sur des activités significatives pour l'avenir incluant des responsabilités et des défis nouveaux, est formulée à l'actif avec un verbe et cible un objectif professionnel.

Figure 4 : Exemple de tâche pour les ASSC



Exemple ST 1 « Virage ambulatoire » ; chimiothérapie à domicile :

Je conseille le patient et sa voisine sur le déroulement, les chances et les risques d'une chimiothérapie à domicile et je clarifie les différents rôles afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée.

→ Actif avec verbe (pointing to 'Je conseille')

→ objectif (pointing to 'prendre une décision éclairée')

Les participant-e-s aux ateliers ont ajouté aux tâches formulées des compléments d'information tels que le domaine d'activité principal (cat. 1 à 5), le niveau de responsabilité attribué au métier pour lequel cette tâche a été décrite au départ, ainsi que l'importance de la tâche en vue d'une éventuelle réforme de la formation (« facteur de nouveauté »). Ils ont utilisé pour cette description spécifique un instrument développé par nos soins (cf. rapport sur la méthode), fondé sur le modèle de référence (cf. chapitre 3). La liste complète des tâches peut être consultée dans la publication de projet « Tâches professionnelles » (cf. annexe).

Un autre instrument a été mis à la disposition des professionnel-le-s pour l'étape 3 (cf. rapport sur la méthode). Il permettait de décrire en détail, pour des tâches données, les interfaces entre les différentes professions concernées. Selon la définition adoptée pour le projet, les interfaces sont des recoupements ou des lacunes dans les activités relevant de deux ou plusieurs professions des soins, qui sont pertinents pour la formation et doivent donc être pris en compte dans les documents de formation. À partir des 205 tâches issues des ateliers par profession, 153 interfaces ont été identifiées au total dans le cadre de groupes de travail interprofessionnels.

Les principales conclusions tirées de ces tâches nouvelles et des interfaces qui leur sont associées sont résumées ci-après.

4.1 Attribution des tâches aux scénarios de tendance et aux domaines d'activité

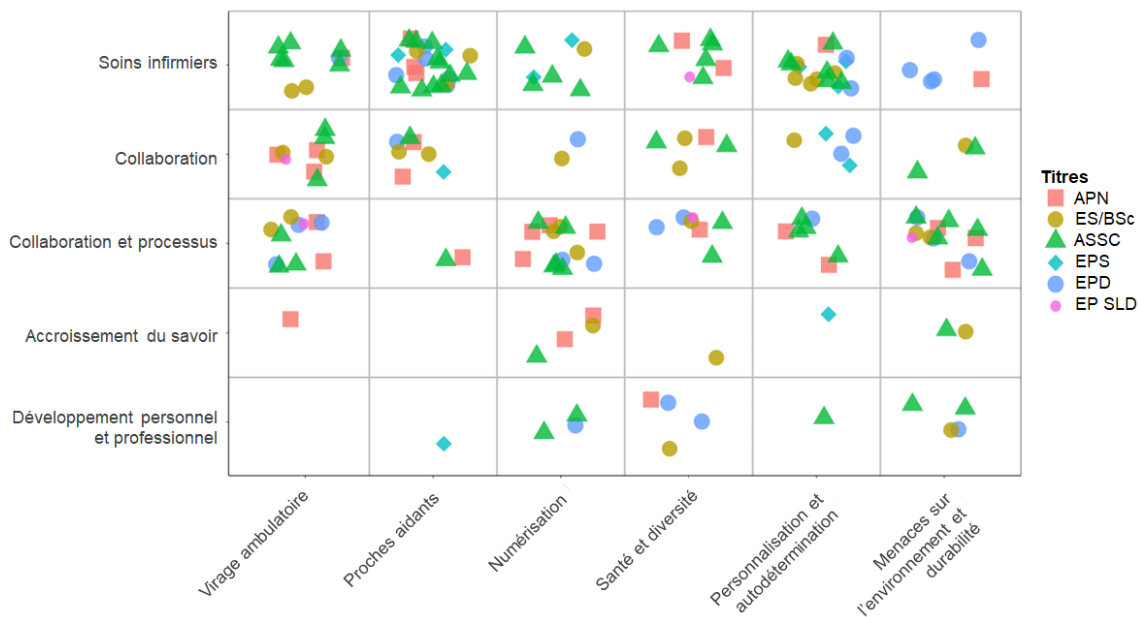
La



Figure 5 donne un aperçu du nombre de tâches par scénario de tendance, domaine d'activité et titre de formation. Une grande partie des tâches concernent les catégories « Soins infirmiers », « Collaboration » et « Organisation et processus ». Directement liés aux processus de prise en charge des patient-e-s au sens étroit, ces domaines d'activité sont ceux qui présentent le plus souvent des lacunes ou des recouvrements dans la collaboration entre les titres examinés. La méthode qualitative employée pour les ateliers n'étant pas conçue pour tirer des conclusions d'ordre quantitatif, ces résultats *n'indiquent pas de pondération* des tâches. Dans les catégories « Accroissement du savoir » (formation continue, assurance de la qualité et recherche) et, surtout, « Développement personnel et professionnel » (résilience, compétence personnelle), des compléments importants doivent être apportés aux documents de formation pour certaines professions, comme le montrent les tâches supplémentaires élaborées dans ces domaines (p. ex. tâches ^{BID10,14,162,192,195})¹. Les participant-e-s aux ateliers des APN par exemple ont expressément mentionné la nécessité d'ajouter des tâches dans la catégorie « Accroissement du savoir » : formation et coaching interprofessionnels des équipes, développement de normes et de lignes directrices, recherche et développement orientés vers la pratique. Nous suggérons de renforcer ces domaines d'activité à tous les degrés de formation, en tenant compte des spécificités de chaque profession.

¹ Le numéro BID permet de retrouver les tâches professionnelles dans la publication séparée qui leur est consacrée (cf. annexe).

Figure 5 : Tâches issues des ateliers, par domaines d'activité, scénarios de tendance et titres de formation



Lors des ateliers, les professionnel-le-s ont été invités à décrire des tâches nouvelles pour tous les scénarios de tendance, raison pour laquelle il n'y a pas de différences marquées au niveau du nombre de tâches par scénario et profession (cf.



Figure 5). Ils ont également attribué aux tâches nouvelles qu'ils ont formulées un niveau de responsabilité (échelle de 1 à 4, cf. chapitre 3) correspondant selon eux à leur métier (cf. chapitre 3). En général, le degré de responsabilité était corrélé avec le niveau de formation du titre professionnel. Pour les APN par exemple, 89 pour cent des tâches demandent une prise de responsabilité élevée à très élevée, contre 50 pour cent pour les soins infirmiers ES/BSc. Les expert-e-s en soins intensifs EPD ES ont estimé que 73 pour cent des tâches exigeaient une responsabilité élevée à très élevée. Il est intéressant de noter les niveaux attribués par les personnes ayant passé l'EP SLD et les ASSC. Les titulaires d'un brevet EP SLD n'ont pas répondu à la question du degré de responsabilité pour plus de la moitié des tâches (6 sur 11), ce qui semble indiquer dans la pratique une incertitude sur les responsabilités que ce groupe professionnel assume ou sera amené à assumer. Toutefois, le nombre de participant-e-s étant faible pour cette profession, cette hypothèse reste à confirmer. Contre toute attente, les ASSC ont jugé qu'une partie de leurs tâches étaient très complexes, 66 pour cent étant notées avec un niveau de responsabilité élevé à très élevé. Les raisons pouvant expliquer cette évaluation sont abordées au chapitre 5.4.

Thématiques présentes dans plusieurs scénarios

Souvent, les tâches réunissaient des aspects touchant à deux ou plusieurs scénarios de tendance. Nous les avons donc regroupées par thématiques, ce qui permettait d'éviter des répétitions. Au moment de procéder à ce classement, nous avons constaté que les tâches des scénarios « Santé et diversité » et « Personnalisation et autodétermination » étaient très souvent décrites en combinaison avec des tâches d'autres scénarios. La promotion de l'autodétermination ou de la conscience de sa propre santé a été mentionnée dans le contexte du virage ambulatoire, de la numérisation, des proches aidants ou de la durabilité. Ce résultat souligne le rôle essentiel du travail centré sur les patient-e-s dans les soins, toutes professions confondues (p. ex. tâches^{BID3,12,161}).

Le Tableau 4 offre un aperçu des thématiques des tâches. Le virage ambulatoire donne lieu à un grand nombre de tâches nouvelles mettant l'accent sur la coopération à l'interface entre soins stationnaires et soins ambulatoires (N=33). Le scénario de tendance « Numérisation » génère quant à lui en majorité des tâches portant sur la participation aux évolutions technologiques (N=12) et l'utilisation des outils numériques dans le processus de soins (N=12). Les tâches nouvelles en relation avec les menaces sur l'environnement et la durabilité dans la société, l'économie et la prise en charge sanitaire sont avant tout liées à la gestion des ressources (N=18). Enfin, celles qui concernent les proches aidants et le réseau élargi portent en priorité sur les conseils aux proches dans la prise en soins et sur les instruments favorisant l'intégration de ces derniers (N=22).

Tableau 4 : Tâches réparties par scénarios de tendance et thématiques

Scénarios de tendance et thématiques		Tâches	
Tendance :	Virage ambulatoire	N	%
Thématique 1 :	Collaboration interprofessionnelle et intersectorielle et prise en charge globale lors des transferts	33	16,1%
Thématique 2 :	Gestion des sorties et planification des soins dans les soins de transition, après la sortie, connaissance du système	13	6,3%
Thématique 3 :	Évaluation clinique, relevé des besoins en soins dans différents contextes	21	10,2%



<i>Total tendance Virage ambulatoire</i>		67	32,6%
Tendance : Numérisation			
Thématique 1 :	Utilisation d'outils numériques dans le processus de soins, en particulier pour l'évaluation, l'admission et la sortie	12	5,9%
Thématique 2 :	Communication et coopération interprofessionnelles et intersectorielles par voie numérique	10	4,9%
Thématique 3 :	Conseils et éducation des patient-e-s et des proches au moyen d'outils numériques	10	4,9%
Thématique 4 :	Participation à la conception et à l'introduction d'outils numériques / co-design / coopération aux projets / optimisation de la technologie pour les soins	12	5,9%
Thématique 5 :	Réflexion sur l'effet de la technologie sur le rôle professionnel ainsi que sur l'utilité pour les patient-e-s (information des patient-e-s)	7	3,4%
<i>Total tendance Numérisation</i>		51	24,9%
Tendance : Menaces sur l'environnement et durabilité dans la société, l'économie et la prise en charge sanitaire			
Thématique 1 :	Adapter le comportement aux conditions environnementales, éviter ou surmonter les crises	16	7,8%
Thématique 2 :	Ménager et optimiser les ressources en personnel (utiliser pleinement le potentiel de personnel qualifié)	11	5,4%
Thématique 3 :	Gérer les ressources dans le domaine de la santé en période de pénurie (not. matériel, prestations)	18	8,8%
<i>Total tendance Menaces sur l'environnement et durabilité dans la société, l'économie et la prise en charge sanitaire</i>		45	22%
Tendance : Proches aidants et réseau élargi des patient-e-s			
Thématique 1 :	Conseils aux proches pour la prise en soins et instruments pour l'intégration de proches (p. ex. discussions de réseau)	22	10,7%
Thématique 2 :	Connaissance, développement et utilisation d'instruments d'évaluation/d'évaluation des besoins dans le contexte familial	12	5,9%
Thématique 3 :	Soutien particulier dans les situations difficiles	8	3,9%
<i>Total tendance Proches aidants et réseau élargi des patient-e-s</i>		42	20,5%

4.2 Besoins de clarification élevés aux interfaces

Des interfaces claires entre les professions de la santé sont un gage de qualité de la prise en charge, de gain d'efficacité, de meilleures conditions de travail et d'une plus grande satisfaction du personnel. Les ateliers avec les professionnel-le-s ont montré que pour bon nombre de tâches futures dans les soins, il était nécessaire de clarifier des recouvrements ou des lacunes entre deux ou plusieurs groupes professionnels. Ce défi concerne à la fois la pratique professionnelle et la formation, cette dernière devant préparer à assumer des tâches aux interfaces avec d'autres professions.

Dans les ateliers interprofessionnels sur les interfaces, les participant-e-s avaient pour mandat, sur la base des 205 tâches identifiées, d'examiner des interfaces nouvelles pour des activités concernant plusieurs groupes professionnels. Concrètement, ils devaient déterminer qui prend part à une ou plusieurs activités, dans quel domaine et à quels niveaux de responsabilité et de complexité. Selon ces consignes, ils ont décrit au total 153 interfaces.

Accroître la collaboration interprofessionnelle

Il ressort de ces 153 interfaces un besoin très élevé en matière de collaboration interprofessionnelle dans la pratique, que ce soit au niveau des échanges avec le réseau élargi des patient-e-s – en particulier avec les autres professionnel-le-s concernés tels que les médecins traitants –, des conseils aux patient-e-s et à leurs proches, de l'évaluation



clinique ou de l'utilisation intersectorielle du dossier électronique du patient ou d'autres systèmes d'information ou de documentation numériques. Les résultats des ateliers montrent qu'il est indispensable d'exercer la collaboration à la fois dans la formation par des canaux communs aux différentes professions et dans la pratique au sein d'équipes interprofessionnelles. À cet effet, il est nécessaire de favoriser l'acquisition des compétences requises en matière de communication et l'adoption d'un langage spécialisé commun aux groupes professionnels concernés pour une collaboration efficace entre les métiers (cf. chapitre 5.3). Par ailleurs, les professionnel-le-s souhaiteraient mieux connaître les compétences opérationnelles des autres personnels formés dans les soins avec lesquels ils collaborent.

Délimiter les activités aux interfaces entre groupes professionnels

Dans le cadre du projet, nous avons utilisé la catégorisation en domaines d'activité ainsi que l'attribution à un niveau de responsabilité et un degré de complexité des tâches pour délimiter les activités dans la collaboration entre les différents métiers des soins (cf. chapitre 3). Les résultats des analyses indiquent qu'aux interfaces, les ASSC travaillent majoritairement dans les domaines d'activité « A Soins infirmiers » et « B Collaboration ». Les titulaires d'un diplôme en soins infirmiers ES et les APN en revanche assument plus souvent des tâches relevant des domaines « C Organisation et processus », « D Accroissement du savoir » et « E Développement personnel et professionnel ». En général, plus le niveau d'exigences du titre est élevé, plus la profession couvre un grand nombre de domaines d'activité (ce qui est aussi un critère de complexité). Si l'on prend l'exemple d'une tâche de conseil et d'éducation relative aux outils numériques, les ASSC et les titulaires d'un brevet EP SLD s'occuperont avant tout d'apprendre aux patient-e-s à utiliser les nouveaux moyens électroniques, tandis que les diplômé-e-s ES/BSc et les APN auront aussi pour mission d'évaluer les instruments du point de vue du processus de soins (ES/Bsc) ou des sciences infirmières (APN) et de contribuer au perfectionnement des outils numériques.

Il existe aussi des cas d'interfaces auxquelles tous les groupes professionnels participent dans un même domaine d'activité pour une tâche commune, mais chacun selon la perspective qui lui est propre. Par exemple, plusieurs métiers interviennent dans le domaine « C2 Intendance et logistique ». L'ASSC surveille les stocks, la/le diplômé-e ES annonce les besoins en matériel nouveaux ou supplémentaires et l'APN veille à ce que le principe de la durabilité soit pris en compte de manière appropriée au niveau de la consommation et de la commande pour une gestion responsable des ressources (s'ajoute ici à C2 le domaine « D2 Assurance et développement de la qualité »).

Lors de l'analyse des interfaces, les professionnel-le-s avaient par ailleurs comme consigne d'indiquer le degré de complexité des tâches présentant des recoupements. Comme expliqué au chapitre 3, cette opération a été réalisée au niveau des tâches et non de manière générale pour une profession, comme c'est le cas par exemple pour le classement des titres professionnels dans le CNC. En d'autres termes, les activités des ASSC n'ont pas été associées d'office à un degré de complexité dans le cadre des analyses des interfaces. La complexité peut varier selon l'activité (cf. chapitre 3) et se reflète dans l'évaluation. Des exigences élevées ont notamment été constatées lorsque, suite à la diminution de la durée de séjour, les ASSC ne s'occupent pas uniquement de la mobilité des patient-e-s, mais sont



amenés à assumer des mobilisations postopératoires, plus complexes en raison des complications éventuelles. En règle générale toutefois, les activités aux interfaces qui présentent une complexité élevée (niveaux 3 et 4) concernent les professions positionnées au degré tertiaire. Les tâches complexes gérées par les ASSC se situent aux niveaux 1 et 2 (cf. chapitre 3, Tableau 3). Enfin, les professionnel-le-s ont signalé des besoins de clarification pour une part non négligeable des interfaces, surtout en ce qui concerne le niveau de responsabilité.

Les tâches et les interfaces analysées dans le cadre du projet constituent des exemples. Comme indiqué au chapitre 3, il appartient à la branche santé et au législateur de fixer la répartition des compétences.

Identifier les interfaces avec d'autres acteurs

Dans un document séparé présentant 14 analyses d'interfaces, nous montrons à titre d'exemple comment décrire et délimiter les recouvrements de compétences et les lacunes entre plusieurs titres de formation dans le processus de développement professionnel (cf. annexe, publication « Documentation sur les interfaces »). Sur cette base, nous avons formulé des suggestions de développement pour différents acteurs du système de santé, qui pourront être utilisées dans le cadre du développement des professions.

Une partie d'entre elles s'adressent à des acteurs hors de la sphère d'influence directe du développement professionnel et de l'OdASanté, par exemple en ce qui concerne le financement de certaines prestations de soins ou les réglementations sur les compétences et la délégation dans les établissements. Elles sont néanmoins pertinentes, car il est nécessaire de coordonner les changements dans la formation avec les évolutions de la prise en charge et de la politique sanitaires. Si tel n'est pas le cas, il y aura des divergences dans les prescriptions et autres réglementations, ce qui entraînera des difficultés dans la pratique professionnelle des métiers des soins ainsi qu'une perte d'efficacité et de qualité. Le développement professionnel dans le domaine de la santé s'inscrit toujours dans le cadre global de la prise en charge sanitaire.

4.3 Nouveau, mais pour quelle raison ? Analyser les facteurs de nouveauté

La nécessité d'adapter une profession est évaluée en fonction du facteur de nouveauté des tâches ou des interfaces considérées. Or plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi ces dernières ont été étiquetées comme nouvelles lors des ateliers. Nous avons donc demandé aux professionnel-le-s de préciser ce qualificatif. Ils avaient pour l'essentiel deux options de réponse :

1. Une *tâche* / interface peut être nouvelle car elle est *liée à une thérapie nouvelle, à un processus de travail nouveau ou à une compétence nouvelle* (p. ex. elle était jusqu'à présent du ressort d'autres professionnel-le-s) et constitue donc un élément entièrement nouveau à acquérir dans la formation et/ou la pratique.
2. Une *tâche* / interface peut être considérée comme nouvelle du fait qu'elle a subi des modifications *liées à des facteurs externes* et pose dès lors des exigences différentes, bien qu'elle soit déjà connue dans la formation et/ou la pratique. Par exemple, l'état de santé des patient-e-s peut avoir évolué (davantage de personnes très âgées ou présentant des polymorbidités notamment). Il se peut aussi que les ressources temporelles ou le contexte aient changé (p. ex. prise en charge



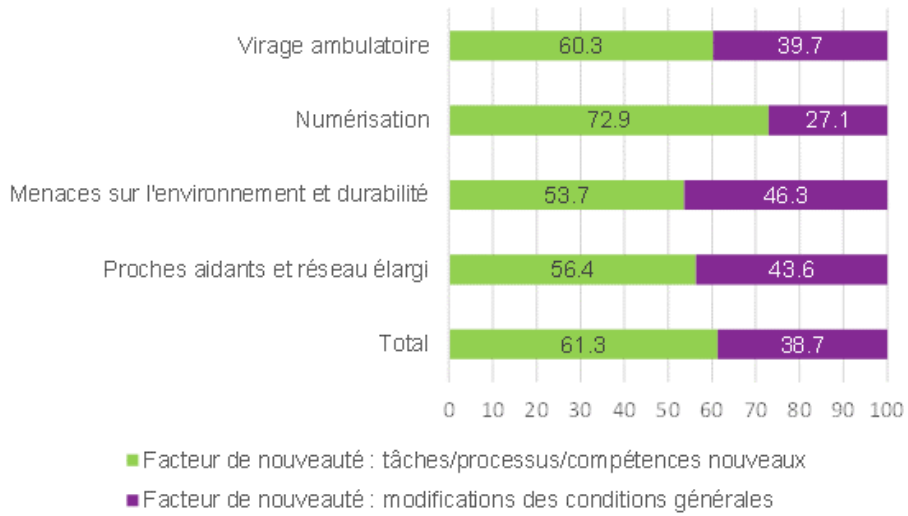
ambulatoire avec moins de moyens auxiliaires et de soutien professionnel). Ces conditions modifiées peuvent induire des besoins d'adaptation des documents de formation pour des activités qui existent déjà.

Dans la



Figure 6, les tâches sont différenciées en fonction du facteur de nouveauté (en %). Au total, 61,3 pour cent des tâches décrites correspondent à des activités entièrement nouvelles. Les autres (38,7 %) sont au moins partiellement connues, mais susceptibles de requérir des adaptations dans la formation scolaire et la formation pratique en raison des modifications des conditions générales.

Figure 6 : Tâches différenciées en fonction du facteur de nouveauté (en %)



Remarque : tâches N=191, catégorie Autre et valeurs manquantes exclues

La

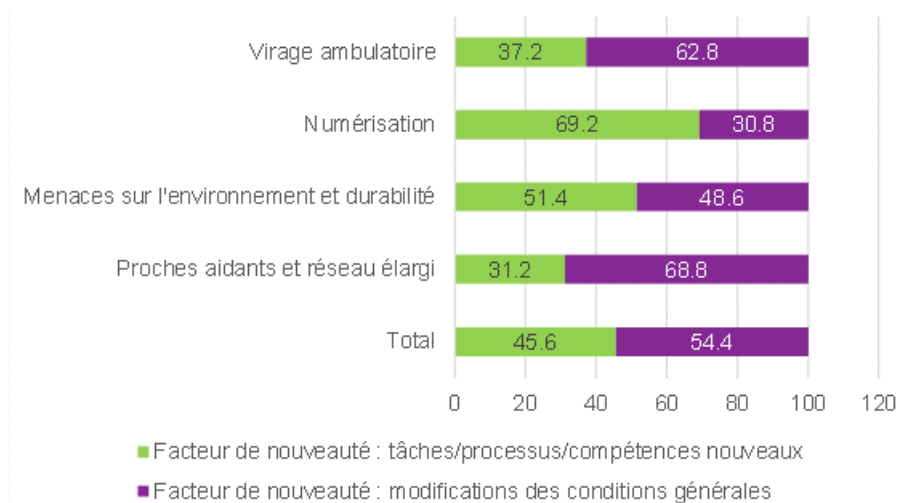
Figure 6 montre également que les tâches nouvelles fondées sur des activités ou des processus nouveaux et/ou des compétences revues prédominent dans tous les scénarios de tendance. Elles représentent même plus des deux tiers pour la tendance « Numérisation » (72,9 %). Cette proportion élevée peut s'expliquer par l'introduction de nouveaux systèmes de communication et de documentation numériques (p. ex. dossier électronique du patient, apps, etc.), qui supplantent les processus « analogiques ».

Dans tous les scénarios de tendance, les tâches nouvelles sont moins souvent dues à des modifications des conditions générales. Il s'agit par exemple de tâches pour lesquelles il est désormais nécessaire de tenir compte d'aspects liés à la durabilité. Le personnel soignant diplômé doit ainsi veiller davantage à une gestion responsable et durable des ressources et appliquer de nouvelles règles lors de l'utilisation de systèmes logistiques ainsi que de processus de commande et d'inventaire.

En ce qui concerne les interfaces, les résultats sont inversés. La plupart des interfaces sont *connues* des professionnel-le-s (54,4 %). La nouveauté provient des changements au niveau des conditions générales (cf. Figure 7). Par exemple, il est nécessaire de consacrer davantage de temps et de collaborer plus étroitement avec un cercle élargi de personnes et d'employer de nouvelles méthodes car les situations familiales deviennent plus complexes et la durée de séjour diminue.

Sur le total des interfaces, 45,6 pour cent sont considérées comme *nouvelles*. Elles représentent plus des deux tiers pour la tendance « Numérisation » (69,2 %), ce qui pourrait s'expliquer là encore par le passage de l'analogique au numérique dans les modes de communication. Dans la tendance « Menaces sur l'environnement et durabilité », les interfaces sont pour certaines entièrement nouvelles (51,4 %), pour d'autres liées à des modifications des conditions générales (48,6 %). La tendance « Proches aidants et réseau élargi » concentre une part importante des interfaces nouvelles résultant de changements des conditions générales (68,8 %). L'évolution démographique et l'augmentation des prestations dans le domaine des soins de longue durée (Pelegriani et al. 2022) pourraient expliquer la nécessité d'accorder davantage de temps à l'instruction des proches.

Figure 7 : Interfaces différenciées en fonction du facteur de nouveauté (en %)



Remarque : tâches N=136, catégorie Autre et valeurs manquantes exclues



4.4 Conclusion des ateliers des étapes 2 et 3

Les descriptions des tâches de soins élaborées dans le présent projet (cf. annexe, « Tâches professionnelles ») et l'analyse des interfaces qui y sont associées (cf. annexe, « Documentation sur les interfaces ») constituent des exemples structurés et des propositions à l'intention de la branche santé. Elles ne se substituent pas aux débats ni aux décisions dans le cadre du processus de développement des professions, mais y contribuent en apportant des ressources utiles.

Au chapitre 5, ces résultats sont synthétisés, analysés et présentés de manière à alimenter une discussion stratégique.



5 CONCLUSIONS : DÉFIS ET POTENTIELS POUR LE CHAMP PROFESSIONNEL DES SOINS

Les analyses réalisées pour le projet ont permis de mettre en lumière plusieurs constats. Tant les scénarios de tendance que les ateliers ont relevé un nombre important de tâches et d'interfaces nouvelles dans la pratique professionnelle, qui nécessitent des compléments et des adaptations dans les documents de formation des titres concernés. Ces résultats ont été présentés dans les chapitres précédents et sont documentés dans des publications séparées. Nous exposons ci-après les conclusions tirées des travaux du projet en ce qui concerne le champ professionnel des soins et, en particulier, les processus de développement des professions.

5.1 Exigences nouvelles posées aux titres de formation dans les soins et besoins de réforme

Dans le cadre du projet, nous avons élaboré six scénarios de tendance qui reflètent toute la palette des évolutions attendues dans le domaine de la santé, des tendances institutionnelles (virage ambulatoire et prise en charge intégrée), techniques (échange d'information numérique et intelligence artificielle) et environnementales (durabilité) aux tendances sociodémographiques (conscience plus marquée de sa propre santé, personnalisation, proches aidants). Cet éventail de tendances rejoint la diversité des thèmes revêtant aujourd'hui une importance stratégique pour les politiques de la formation et de la santé. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), notamment, met en place des stratégies et des programmes nationaux concernant par exemple la cybersanté et l'introduction du dossier électronique du patient. Au niveau politique, toute une série d'interventions parlementaires ont été déposées, par exemple sur l'amélioration des compétences en matière de santé (Birrner-Heimo 2019), les soins intégrés et la nécessité d'un financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires (Commission de la sécurité sociale et de la santé publique 2019), le renforcement des compétences numériques des professionnel-le-s de la santé (Silberschmidt 2022) ou la situation des proches aidants (Porchet 2020). Du côté de la politique de la formation, la promotion de l'interprofessionnalité fait partie de la première étape de mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers (OFSP 2023).

Face à ces nombreux défis, le secteur de la santé présente des structures particulièrement complexes. Dans d'autres branches, d'innombrables entreprises privées sont à même de compenser les tendances par des adaptations et des innovations au niveau économique. Ce n'est pas le cas dans la santé, où les développements doivent être planifiés et pilotés au niveau systémique en raison des réglementations de sécurité adoptées par les pouvoirs publics, mais aussi de la participation directe de l'État au financement et à l'exploitation de nombreuses institutions. Ainsi, les tendances qui émergent, de même que les mesures politiques, posent sans cesse de nouvelles exigences pour la pratique professionnelle de tous les personnels de santé, dont il faut tenir compte dans le développement des professions.



À quel moment une tendance ou une tâche est-elle nouvelle ?

La question de savoir dans quelle mesure une tendance ou une tâche est « nouvelle » a été abondamment débattue au cours du projet. Si l'on se place au niveau des mégatendances telles que la numérisation, il est évident que cette dernière n'est pas nouvelle en soi. Toutefois, cette tendance a donné lieu à de nombreuses tâches et interfaces nouvelles. Certaines étaient liées à des compétences ou des processus nouveaux, d'autres à des modifications des conditions générales ayant des répercussions sur la nature des tâches et les compétences requises (cf. chapitre 4). Dans l'optique d'évaluer les besoins de réforme, il faudrait donc étudier en détail les compétences nécessitant des adaptations, les facteurs déclencheurs, les tâches modifiées, l'impact sur la complexité des tâches et les interfaces avec d'autres professions. Globalement, il faut voir les suggestions de développement que l'on peut en déduire pour d'autres acteurs. Par exemple, clarifier de quelle façon financer des tâches nouvelles et vérifier si elles s'intègrent dans les réglementations des compétences professionnelles et les pratiques de délégation en vigueur.

Or la structure et le degré de détail des documents de formation varient beaucoup entre les titres professionnels (cf. chapitre 3). À lui seul, ce facteur peut engendrer des différences très marquées dans les besoins de réforme des formations. Lorsque les éléments d'apprentissage susceptibles de changer sont formulés de manière neutre au plan technologique, le travail d'actualisation sera moins important dans le cadre du développement des professions (Schweri et al. 2018). Les documents de formation des métiers de la santé en tiennent déjà compte, mais il faudra continuer de veiller à adopter des formulations appropriées vu la numérisation croissante, entre autres nouveautés. Le défi consiste à exprimer les objectifs de formation de façon ouverte mais compréhensible pour la profession et à les intégrer dans la formation à l'école et en entreprise sous une forme praticable et transmissible, sachant que la pratique professionnelle peut varier entre les cultures linguistiques, les régions et les cantons.

Nouvelles exigences à la croisée de différentes tendances

Les tâches nouvelles du quotidien professionnel identifiées sur la base de la littérature scientifique et grâce au soutien d'expert-e-s peuvent être attribuées à plusieurs scénarios de tendance comme la numérisation, le virage ambulatoire ou la durabilité. Un constat majeur tiré des ateliers avec les spécialistes montre que les grandes « mégatendances » n'existent en tant que telles qu'à un niveau abstrait. Lors de la définition des exigences ou des tâches concrètes, il est apparu clairement que celles-ci sont toujours liées à plusieurs scénarios et à différents domaines d'activité. Cette remarque concerne tout particulièrement les scénarios « Personnalisation et autodétermination » et « Santé et diversité ». Par exemple, dans le cadre de l'admission et de la sortie des patient-e-s, il faut souvent mobiliser des compétences visant à renforcer leur autonomie ou des compétences interculturelles permettant d'améliorer la culture sanitaire et l'autonomie (Mittenzwei 2023). Ces exemples montrent bien que les scénarios de tendance abstraits ne suffisent pas comme point de référence pour la mise en œuvre dans les documents de formation. Cela étant, nous avons publié les « tâches professionnelles » et les « analyses des interfaces » en les regroupant par thématiques illustrant les liens entre scénarios et tâches de soins (cf. chapitre 4, Tableau 4).



Utilité pour les réformes des professions

L'un des objectifs consistait à montrer comment travailler de façon systématique, dans le cadre de futurs processus de révision, avec les instruments créés pour le projet et les résultats obtenus – même si ce point ne faisait pas partie du mandat à proprement parler (cf. chapitre 2). L'OdASanté et ses commissions CSDQ, CAQ ou CD PEC pourront néanmoins s'appuyer sur les travaux réalisés. Premièrement sur les tâches nouvelles et les interfaces examinées comme sujets de discussion. Deuxièmement sur les instruments que nous avons développés (cf. chapitres 3 et 4) afin de classer de façon systématique les tâches nouvelles dans les documents de formation. Troisièmement sur la méthode que nous avons mise au point et testée, à savoir la participation de professionnel-le-s à des ateliers en vue de constater les changements nécessaires dans le champ professionnel, puis de définir sur cette base les nouveautés pour chacune des professions et, enfin, d'assurer la cohérence entre elles par la collaboration interprofessionnelle.

La prise en compte simultanée de ces trois catégories de résultats dans le développement futur des professions nécessiterait des changements importants dans les processus de travail des commissions et de l'OdASanté. Il s'agit donc plutôt d'un objectif à moyen terme. À court terme, les commissions peuvent utiliser les descriptions des tâches et les analyses des interfaces comme des ressources et des suggestions pour les travaux en cours et en tirer des conclusions pour les révisions à venir.

Les ateliers ont montré qu'il était possible de réaliser des analyses de tâches conjointes en intégrant les différentes professions, mais que cela demandait un grand investissement en termes d'instructions et d'accompagnement. Nous recommandons à l'OdASanté, mandante du projet, d'évaluer dans quelle mesure les structures actuelles (CFES, CSDQ, etc.) permettraient de mener des révisions axées sur le champ professionnel. Des travaux préliminaires d'ordre conceptuel pourraient être nécessaires afin de créer un pont entre profession et champ professionnel. Cette connexion est d'autant plus importante que les commissions professionnelles comme la CSDQ ou la CFES traitent certes des aspects transversaux, mais ne collaborent pas de façon systématique. Il faudrait donc commencer par institutionnaliser les processus et les groupes de travail ad hoc et coordonner en particulier les calendriers. Les prescriptions légales relatives au développement professionnel ne pourront pas changer rapidement. Nous recommandons par conséquent à l'OdASanté, à titre de premier pas, de faire appel à des spécialistes de la formation au niveau supradisciplinaire et/ou à des expert-e-s avant le début des travaux de révision. Ces questions seront reprises plus en détail dans la dernière partie du chapitre.

5.2 Manque de situations d'apprentissage et de structures de formation pour des offres de prise en charge intégrée

Les professionnel-le-s ont décrit pour tous les scénarios de tendance des tâches nouvelles liées à la collaboration intersectorielle. Cet élément s'inscrit dans l'évolution constante vers une prise en charge intégrée, centrée sur les patient-e-s (CDS 2019 ; OFSP 2018, 2015).

Au vu de l'importance de ces interfaces, les formations à tous les degrés devraient contribuer à l'acquisition de compétences intersectorielles. Savoir travailler dans un contexte de soins intégrés suppose par exemple de comprendre des processus spécifiques à différents secteurs de prise en charge et d'être capable de conseiller et d'accompagner



les patient-e-s en s'adaptant à leurs besoins lors des transferts d'une institution à l'autre (p. ex tâches^{BID3,74}). Dans l'idéal, les apprenti-e-s et les étudiant-e-s devraient être confrontés à des situations de collaboration intersectorielle tant à l'école qu'en entreprise.

En ce qui concerne les ASSC et les soins infirmiers ES et BSc, les conditions pour une (future) formation intersectorielle sont bonnes, car il s'agit de formations « généralistes », qui préparent à exercer dans plusieurs secteurs de prise en charge. Aujourd'hui, dans la plupart des cas, la formation pratique est de facto mise en œuvre dans un secteur de prise en charge. En effet, de plus en plus de formations sont organisées par les établissements, tant au degré secondaire II (ASSC) qu'au degré tertiaire (ES) (Trede et al. 2021a ; Trede et Aeschlimann 2019). La formation de personnes engagées dans l'institution présente en effet des avantages en termes de recrutement, de formation et de fidélisation des employé-e-s et devient une approche privilégiée pour lutter contre la pénurie de personnel qualifié (Trede et al. 2021a ; Trede et Aeschlimann 2019).

Pourtant, les modèles de formation organisés par les établissements comportent aussi des inconvénients pour ce qui est de la formation globale au niveau du champ professionnel. On le voit notamment par les difficultés rencontrées pour les « stages externes » prévus dans le plan d'études cadres pour les écoles supérieures en soins infirmiers (ibid.). Dans les formations en place aujourd'hui, les apprenti-e-s et les étudiant-e-s n'approchent que de façon rudimentaire les processus de travail des autres secteurs, ce qui complique le développement d'offres de prise en charge fonctionnelles intersectorielles. Certes, il n'est pas aisé de concevoir dans la pratique des modèles de soins intégrés (Bütikofer et al. 2023 ; Association des communes suisses 2019). Toutefois, même sans disposer de situations d'apprentissage pour une prise en charge intégrée, il serait possible de renforcer l'action et l'esprit intersectoriels par une réflexion systématique sur des situations appropriées (Ludwig et al. 2020).

Il est difficile de résoudre le dilemme entre développer la formation dans les établissements et accroître la transmission de compétences en soins interinstitutionnelles et intersectorielles pour une prise en charge intégrée. Le rapport national sur les besoins en effectifs recommande une coopération plus complète et étroite entre les établissements de formation ainsi que la création de partenariats pour la formation, y compris et avant tout entre différents secteurs de prise en charge (Merçay et al. 2021).

Nouveau rôle dans les soins intégrés avec l'APN

Une grande partie des tâches nouvelles élaborées lors des ateliers confirment le bien-fondé de la profession d'APN en cours de positionnement. Les interfaces analysées montrent que les APN pourraient combler des lacunes en matière de compétences dans un contexte de soins ambulatoires ou intégrés et collaborer à cet effet avec d'autres professions soignantes (p. ex. tâches^{BID2,4,9,29}).

Plusieurs questions doivent encore être clarifiées concernant les APN, notamment au sujet de la rétribution financière des prestations de soins qu'ils fournissent, de leur positionnement dans le système de formation et dans la loi sur les professions de la santé, sans oublier la perméabilité entre formation professionnelle supérieure (FPS) et formation dans les hautes écoles et la prise en compte des prestations d'études. Les résultats



confirmant le besoin de la profession d'APN soulignent que ces questions devraient être abordées dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers et/ou des travaux relatifs au positionnement des écoles supérieures (projet du SEFRI).

Nous suggérons d'assurer l'enseignement de compétences intersectorielles dans l'ensemble des lieux de formation et pour tous les titres professionnels des soins.

Les options suivantes pourraient aider à promouvoir des situations d'apprentissage intersectorielles :

- Développer des formes de coopération appropriées entre les établissements afin de créer des situations d'apprentissage suivant les parcours des patient-e-s sur plusieurs secteurs de prise en charge.
- Élaborer des situations d'apprentissage intersectorielles à la faveur de projets innovants dotés d'un financement adéquat, par exemple de projets pilotes dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers (encouragement de l'efficience et de l'interprofessionnalité).
- Assurer dans tous les secteurs de prise en charge une rétribution complète des prestations de coordination et de mise en réseau fournies par les professionnel-le-s des soins, en particulier les APN, afin de garantir la mise en place durable des nouvelles situations d'apprentissage.

5.3 Adapter la formation au développement de la collaboration interprofessionnelle et des interactions numériques

Les tâches et les interfaces élaborées au cours des ateliers montrent à quel point il est nécessaire de proposer une formation interprofessionnelle et d'exercer les rôles professionnels au sein d'équipes composées de différentes professions, en partie en incluant le réseau élargi des patient-e-s. Cette interprofessionnalité concerne la collaboration d'une part avec d'autres titres de formation dans les soins et, d'autre part, avec des métiers externes aux soins qui participent à la prise en charge. Presque toutes les professions incluses dans le projet ont formulé des tâches attestant du besoin croissant de compétences en matière de collaboration interprofessionnelle dans le quotidien des soins. La coopération avec plusieurs groupes professionnels internes ou externes à l'institution est mentionnée explicitement dans 15 tâches (p. ex. participation à des discussions de réseau et conduite d'entretiens de conseil professionnels), et de façon implicite dans un grand nombre d'autres tâches (p. ex. gestion des sorties, transmission des informations dans le cadre d'un dossier patient géré en commun, coordination des échanges interprofessionnels). Le développement prévisible de l'interprofessionnalité ressort également d'une enquête représentative menée auprès des cinq principaux métiers des soins en Suisse. Cette étude souligne toutefois que dans bien des cas, les professionnel-le-s ne connaissent pas suffisamment les compétences des autres professions, alors qu'il s'agit d'un prérequis à la collaboration interprofessionnelle (Balthasar et al. 2023). Les résultats des ateliers organisés pour le présent projet montrent qu'il faudrait optimiser la connaissance réciproque des compétences couvertes par les titres professionnels dans les soins (cf. chapitre 4), un point très important pour la délégation de tâches notamment.



Nos travaux indiquent que la responsabilité de la collaboration interprofessionnelle – en particulier avec des groupes professionnels en dehors des soins et des partenaires externes – est généralement attribuée formellement au degré tertiaire. Or, d'après les tâches formulées, tous les titres de formation à tous les degrés estiment assumer une part de cette responsabilité, y compris le degré secondaire II (p. ex. tâches^{BID^{136,168}}). Quant aux analyses des interfaces, elles mettent en évidence l'importance de la répartition des rôles (cf. annexe, publication « Documentation sur les interfaces »).

Si des exigences nouvelles relatives à l'interprofessionnalité se font jour pour tous les scénarios de tendance, la collaboration interprofessionnelle par la voie numérique pose un défi de taille. Il faut par exemple mettre en place une coopération étroite entre les groupes professionnels au niveau de l'utilisation uniforme des outils numériques et des systèmes d'information et de documentation électroniques comme de l'interprétation des données numériques. Cette nécessité est confirmée par des études d'observation dans la pratique clinique (Trede et al. 2021b). De plus, les technologies employées, les interfaces et les modalités d'utilisation sont très diverses et hétérogènes. C'est pourquoi la Confédération a défini l'harmonisation et la coordination comme un objectif prioritaire dans la Stratégie Cybersanté Suisse 2.0 (eHealth Suisse 2018). Pour l'heure, on n'accorde pas une place suffisante à une formation et une préparation systématiques des apprenti-e-s et des étudiant-e-s aux interactions avec différents partenaires, qui passent de plus en plus par des systèmes numériques. L'OFSP a également publié des recommandations visant la promotion de l'interprofessionnalité au moyen de mesures dans la formation (OFSP 2021).

Nous suggérons de former à la collaboration interprofessionnelle et à la répartition des tâches entre les professions soignantes de manière coordonnée dans tous les lieux de formation.

Les options suivantes pourraient aider à promouvoir des situations d'apprentissage interprofessionnelles :

- Dresser un état des lieux des canaux de formation interprofessionnelle efficaces proposés par les cantons, les OrTra et les prestataires de formation et déterminer les éventuelles lacunes.
- Développer des situations d'apprentissage interprofessionnelles et l'infrastructure requise à la faveur de projets innovants dotés d'un financement adéquat, par exemple de projets pilotes dans le cadre de la mise en œuvre par la Confédération de l'initiative sur les soins infirmiers (encouragement de l'efficacité et de l'interprofessionnalité).
- Coordonner au niveau national la création et l'offre de centres de formation interprofessionnels, en particulier pour la transmission numérique des informations cliniques.
- Assurer dans tous les secteurs de prise en charge une rétribution complète des prestations relevant de la collaboration interprofessionnelle afin de garantir la mise en place durable des nouvelles situations d'apprentissage.



5.4 Discordance entre les aptitudes autorisées de par la formation et l'attribution de la tâche dans le quotidien professionnel

Les participant-e-s aux ateliers par profession (cf. chapitre 4) ont formulé dans quelques cas des tâches analogues pour différentes professions. Exemples typiques : réalisation d'évaluations cliniques, coordination de la collaboration interprofessionnelle et coopération avec les proches et les patient-e-s. Il est apparu que les niveaux de responsabilité notés pour les tâches de soins (p. ex. évaluation clinique ou convocation d'une rencontre de réseau pour les ASSC) pouvaient être nettement supérieurs à ceux admis dans les pratiques de délégation courantes (cf. p. ex. ARTISET 2023 ; CURAVIVA Suisse 2019). Cela concerne en particulier les ASSC, qui ont en principe un niveau de responsabilité moins haut que les diplômé-e-s du degré tertiaire, mais qui, subjectivement du moins, assument dans la pratique des responsabilités élevées.

Les profils de compétences et d'activités de ces tâches ont été analysés plus en détail lors des ateliers sur les interfaces (cf. chapitre 3). Dans certains cas, les participant-e-s n'ont pas répondu à la question du niveau de responsabilité, ce qui indique un besoin de clarification. Les appréciations particulièrement élevées quant à la complexité des tâches pourraient s'expliquer par un défaut de concordance entre les compétences présentes et les compétences demandées dans l'établissement. Des employé-e-s vont alors (devoir) accomplir des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été formés. Or cela peut avoir des conséquences juridiques tant pour le personnel que pour l'employeur (ARTISET 2023 ; Wagner 2009).

Toutefois, il faut aussi prendre en compte le fait que les processus de soins sont intrinsèquement complexes et ne peuvent pas être entièrement planifiés. Même si les processus de l'établissement sont optimaux, les employé-e-s peuvent donc être confrontés à des situations qui sortent du cadre de leur fonction, pour lesquelles ils doivent rechercher des solutions. Quoi qu'il en soit, cette discordance entre aptitudes autorisées de par la formation et tâches effectives est suffisamment frappante pour nécessiter des adaptations aussi bien dans les établissements que dans la formation, afin que cette dernière prépare explicitement à gérer de telles situations. Comme le montre un article récent, ces discordances pourraient bien s'accroître encore en raison de la pénurie de personnel (Saraga 2023).

Nous suggérons d'analyser et de traiter sur plusieurs niveaux les discordances constatées entre les aptitudes autorisées de par la formation et les tâches effectivement accomplies sur le terrain.

Les options suivantes pourraient aider à réduire les discordances :

- Les formations servent avant tout à acquérir les qualifications demandées sur le marché du travail. Si ce but n'est pas atteint pour certaines compétences, plusieurs options peuvent être envisagées pour résoudre ce défaut de concordance entre compétences présentes et compétences requises : spécialisations, allongement ou assouplissement de la durée de formation, formation continue ou procédure de qualification interne à l'établissement.
- Les pratiques des institutions en matière de délégation devraient être harmonisées avec les documents de formation des titres concernés. En cas de discordances, commencer



par établir les causes et déterminer le contexte dans les différents secteurs de prise en charge (processus, ressources disponibles, conditions de travail). Ensuite, examiner s'il faudrait adapter les pratiques de délégation et/ou les documents de formation.

- Dans le cadre des formations, les apprenti-e-s, les étudiant-e-s et les employé-e-s devraient acquérir les compétences nécessaires pour agir de façon adéquate dans des situations critiques en connaissant et en respectant le cadre prescrit en matière de compétences ainsi que leurs propres limites.

5.5 Difficultés liées à la perméabilité entre les titres dans les soins et au positionnement sur le marché du travail

Le degré tertiaire dans les professions des soins est très diversifié. D'une part, on trouve des formations généralistes avec les filières BSc et ES et, d'autre part, des titres spécialisés au niveau des examens professionnels (EP), des examens professionnels supérieurs (EPS) et des études postdiplôme ES. S'y ajoutent, au niveau des spécialisations tertiaires, des titres de formation continue proposés par les HES (CAS, DAS, MAS), dont le contenu est similaire, mais qui ne sont pas réglementés par la Confédération, ainsi que des formations continues non réglementées propres aux établissements. Cette variété ne facilite pas le développement individuel des compétences ni la comparaison entre les titres existants (en ce qui concerne les conditions de travail et les possibilités de perfectionnement). Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de voir que plusieurs voies de qualifications se sont mises en place, de sorte que les employé-e-s présentent des combinaisons diverses de formations initiales, tertiaires et continues. D'où les difficultés aussi à conserver une vue d'ensemble pour les employeurs, les assureurs, les fournisseurs de prestations et les autorités.

Dans le secteur de la santé, l'exercice de fonctions données est directement lié à l'obtention de titres formels dans les soins (et d'autres titres professionnels). On pourrait alors s'attendre à ce que chaque titre de formation donne accès à des fonctions supplémentaires spécifiques sur le marché du travail et que les diplômé-e-s soient employés en conséquence. Pourtant, il semble que la corrélation entre les titres professionnels formels et le placement sur le marché du travail ne soit pas si évidente, en particulier pour les EPS. Ce constat ressort des retours de plusieurs professions dans la description des tâches et des interfaces futures, comme le montrent les exemples suivants.

Les descriptions des tâches des professionnel-le-s des soins de longue durée et de l'accompagnement indiquent un profil d'exigences plutôt élevé dans le domaine des soins de longue durée, notamment pour la coordination, le soutien et la surveillance de l'équipe soignante, la responsabilité de la gestion complète des admissions et des échanges d'information lors des transferts (p. ex. tâches^{BID180,181,184}). Pourtant, ils ont souvent laissé vide la mention du niveau de responsabilité dans les ateliers, probablement en raison du fait que dans la pratique, ce point n'est pas encore clair pour ce groupe professionnel. Dans le même temps, les professionnel-le-s interrogés lors des ateliers ont signalé que ni leur fonction ni leur salaire n'avaient été adaptés alors qu'ils avaient réussi l'examen professionnel dans l'établissement. La question se pose donc de savoir comment ancrer ce titre de manière adéquate sur le marché du travail et dans les institutions.



En outre, le positionnement et la perméabilité dans le système de formation posent problème, car les titulaires d'un EP en soins de longue durée ne peuvent accéder aux EPS que via un titre ES et non de façon directe comme dans d'autres branches. En raison des prescriptions nationales et internationales relatives à l'autorisation d'exercer la profession et à la facturation de certaines prestations de soins, il est nécessaire de posséder (au minimum) une formation en santé de niveau ES pour se présenter à un EPS. Pour l'heure, les perspectives professionnelles sont donc limitées pour les titulaires d'un brevet fédéral en soins et accompagnement ou en soins psychiatriques, qui n'ont pas la possibilité de passer un EPS après leur spécialisation.

Des clarifications sont nécessaires dans les rapports entre les titres de la FPS et des HES

L'analyse des descriptions des tâches et des interfaces pour les expert-e-s en soins d'oncologie, conseil de diabétologie et soins palliatifs EPS ainsi que les expert-e-s en soins d'anesthésie, soins intensifs et soins d'urgence EPD ES a par ailleurs montré que ces titres atteignent de hauts degrés de complexité dans leur domaine de spécialisation – comparables dans certains cas aux APN (p. ex. tâches^{BID48-51,56}). Il s'agit par exemple d'élaborer et d'organiser de nouveaux processus de travail aux interfaces entre les institutions de santé ou de mettre en place des consultations spécifiques avec les patient-e-s et leurs proches.

Lorsque ces expert-e-s du niveau EPS souhaitent se perfectionner pour assumer le rôle d'APN, ils se heurtent à des obstacles. D'une part, il leur manque des compétences formelles relevant de la formation générale, raison pour laquelle ils ne sont admis que sur attestation de compétences ou examen (swissuniversities 2021). D'autre part, ils doivent obtenir 90 crédits ECTS dans la filière BSc avant de pouvoir entamer la formation supérieure pour le titre d'APN, en principe dans le cadre d'un master. C'est donc un parcours très long, redondant et laborieux qui attend les diplômé-e-s de la formation professionnelle souhaitant se former après coup dans les hautes écoles. Les diplômé-e-s ES en soins infirmiers font face à des difficultés similaires lorsqu'ils visent un titre en HES. Cette situation est à la fois problématique et coûteuse pour les établissements, qui ont besoin de ces professionnel-le-s hautement qualifiés.

On sait que la perméabilité au niveau des hautes écoles est à sens unique (Baumeler et al. 2014 ; Kriesi et al. 2022). Il est d'autant plus important de voir comment concevoir de façon plus efficace et efficiente le passage entre la FPS et les HES, en particulier lorsque les diplômé-e-s ES, EPS et HES exercent des fonctions semblables sur le marché du travail, ce qui est le cas dans la santé. Cette question sera traitée l'année prochaine dans le cadre de la mise en œuvre du positionnement des écoles supérieures (SEFRI 2022).

Nous suggérons d'analyser et d'améliorer la perméabilité au sein de la formation professionnelle supérieure ainsi qu'entre celle-ci et la formation dans les HES.

Les aspects suivants offrent des perspectives intéressantes :

- Examiner si les personnes titulaires d'un brevet fédéral pourraient être admises aux examens professionnels supérieurs et à quelles conditions. Cette réflexion doit inclure la distinction à établir le cas échéant entre les diplômé-e-s EPS avec ou sans formation



généraliste en soins infirmiers ES. Il convient de tenir compte des différences de niveau entre diplôme ES et brevet fédéral EP.

- Mieux coordonner les modèles et les documents de formation pour les filières ES et HES en soins infirmiers, afin de pouvoir identifier les compétences opérationnelles communes. Améliorer la perméabilité, la reconnaissance et les modalités d'admission au degré tertiaire A, en particulier pour les titres de la formation professionnelle supérieure, dans l'optique de faciliter l'accès aux masters APN, qui représentent un nouveau groupe professionnel important pour une prise en charge intégrée.

5.6 Perspectives : développement innovant des professions et du champ professionnel

Sur la base des expériences et des constats issus des différentes étapes du projet, nous terminons ce rapport par des réflexions plus approfondies sur le développement des professions et du champ professionnel.

Dans le cadre du présent projet, nous avons produit des descriptions des tâches et des interfaces orientées vers les compétences, qui sont applicables à tous les degrés de formation, de l'ASA au master. Les méthodes utilisées et les résultats obtenus peuvent servir de point de départ pour un développement des professions axé rigoureusement sur le champ professionnel. Cette façon d'appréhender le développement professionnel peut aider à identifier et à résoudre au plus tôt les lacunes et les recoupements éventuels au niveau des compétences. Elle permet aussi d'intégrer de façon systématique et coordonnée les tendances et évolutions nouvelles dans les formations. L'objectif consiste à créer une orientation stratégique commune afin de garantir par la formation l'efficacité et la qualité des processus de soins et d'accompagnement. La mise en œuvre d'une telle approche axée sur le champ professionnel requiert toutefois quelques adaptations dans le développement des professions. Nous les abordons ci-après.

Le développement professionnel commence par une analyse des tendances et des évolutions présentes et à venir. Les scénarios de tendance élaborés pour le projet montrent une façon de procéder et pourraient être mis à jour à intervalles réguliers par un service approprié. La confrontation des connaissances tirées de la littérature spécialisée et des sciences infirmières avec l'expertise et l'expérience de la pratique professionnelle pour traduire ces tendances générales en scénarios concrets pour le champ professionnel s'est avérée particulièrement instructive. Il serait possible d'adopter une procédure simplifiée pour les mises à jour régulières (cf. chapitre 3).

En ce qui concerne l'étape suivante, à savoir l'élaboration de nouveaux documents de formation ou la révision des documents existants, il faudrait veiller à une meilleure comparabilité entre les formations au niveau de la terminologie, de la structuration des contenus et du degré de détail des exigences relatives aux compétences. Aujourd'hui, cette comparabilité est très faible en raison des différences dans la logique de pilotage, les prescriptions légales et les types de documents des formations des degrés secondaire II et tertiaire (ordonnances sur la formation, plans d'études cadres, règlements d'examen, règlements d'études, etc.). Il faudrait améliorer la coordination du pilotage entre les degrés. C'est pourquoi le modèle de référence présenté au chapitre 3 mise sur des activités/domaines d'activité, un critère applicable à l'ensemble des formations et des professions, qui garantit la comparabilité et l'ancrage dans la pratique professionnelle. Dans



ce modèle, les tâches sont assorties d'un niveau de responsabilité et d'un degré de complexité, car ces éléments sont déterminants pour une vision globale ainsi que pour la collaboration entre professionnel-le-s aux qualifications diverses.

Lors des révisions futures des documents de formation, il faudrait évaluer si les instruments et les concepts développés pour le projet peuvent servir de cadre commun pour tous les titres de formation dans le champ professionnel des soins et de l'accompagnement. Afin de faciliter le travail de traduction entre les différents documents de formation, il pourrait être nécessaire d'introduire des définitions supplémentaires en vue de favoriser l'utilisation de notions communes relatives au système de formation pour les soins infirmiers. Enfin, une autre option intéressante consiste à examiner si des modèles de compétences qui ont fait leurs preuves et sont utilisés de par le monde dans la santé – comme le référentiel CanMEDS, qui provient au départ du domaine médical universitaire, ou le nouveau cadre de compétences de l'OMS (OMS 2022) – pourraient être transposés avec profit dans le système suisse de la formation professionnelle en santé ou, du moins, servir de référence. Les hautes écoles travaillent toutefois avec d'autres principes pour le développement de leurs formations. Il faudrait donc évaluer avec soin les conditions et les éventuels compromis nécessaires pour employer un référentiel commun, par exemple similaire au cadre de compétences de l'EFN pour la mise en œuvre de la Directive 2013/55/UE (European Federation of Nurses Associations 2015).

Pour les commissions et les organes qui conçoivent et révisent les documents de formation, l'orientation vers le champ professionnel implique d'abord de prendre en considération des questions et des conditions supplémentaires. Ils auront donc besoin, en dehors de l'expertise dans la formation concernée, de soutien au niveau de la vision des autres professions, de l'identification et de l'intégration des interfaces avec celles-ci ainsi que de la prise en compte des tendances et des normes du développement professionnel. Cela étant, il est conseillé d'associer suffisamment tôt et de manière systématique aux travaux menés par les organes compétents des spécialistes du développement professionnel ainsi que des représentant-e-s d'autres métiers du champ professionnel, aux côtés des expert-e-s de la profession concernée.

Au vu des défis spécifiques posés au champ professionnel des soins, l'OdASanté devrait assumer un rôle de coordination, mais également intervenir davantage au niveau de la conception. Cela peut passer d'un côté par le recours à des spécialistes assurant un accompagnement et un soutien au niveau supradisciplinaire dans les processus de développement professionnel. D'un autre côté, il serait possible de constituer un organe chargé de façon permanente de traiter des questions transversales et de formuler des recommandations pour le développement des métiers dans le champ professionnel. Enfin, les défis stratégiques auxquels est confronté ce dernier exigent des associations qu'elles assument un leadership stratégique.

L'orientation vers le champ professionnel comme principe du développement des professions soulève par ailleurs des questions liées au pilotage national de la formation. Le processus de développement professionnel du SEFRI dans la formation initiale par exemple se fonde sur des cycles de révision pluriannuels au niveau des professions et tient compte du champ professionnel au moment de la demande de ticket provisoire, en partie lors de l'examen quinquennal et dans les ateliers d'analyse. On examine à cette occasion s'il y a des compétences opérationnelles redondantes dans le champ professionnel – à éviter



selon les directives. Des processus de développement analogues se déroulent au niveau de la FPS. Cette approche n'est pas incompatible avec la procédure adoptée pour le présent projet, puisque la question des redondances est traitée dans les analyses des interfaces (cf. chapitre 4). L'orientation vers le champ professionnel au sens du projet va toutefois bien au-delà du simple problème d'énoncés semblables et requiert une logique et une structure temporelle différentes.

Certes, des organisations du monde du travail lancent des révisions simultanées de plusieurs formations professionnelles initiales, par exemple les métiers de la construction et des machines, de l'électricité et de la métallurgie. Passer à des révisions incluant plusieurs degrés et domaines de formation en même temps pourrait toutefois s'avérer particulièrement exigeant. Il faudrait donc examiner les marges de manœuvre disponibles dans le processus existant. De plus, il faudrait renforcer la collaboration avec les prestataires de formation dans les hautes écoles, dès lors que les structures de gouvernance diffèrent entre formation professionnelle et HES. En général, les organisations du monde du travail et les associations ne sont que très peu impliquées dans le développement des formations dans les hautes écoles. Sans compter que les HES ont davantage de liberté dans la conception de leurs documents de formation que les prestataires de la FPS, tenus par des processus de révision nationaux.

Les possibilités d'adopter une orientation stratégique commune (axée sur le champ professionnel) entre la formation professionnelle et les hautes écoles ne concernent pas que le secteur de la santé et devraient donc être traitées à l'échelon national. Il faut s'assurer d'intégrer dans les travaux l'établissement comme lieu de formation au sens de la formation professionnelle (cf. supra). Grâce à l'acquisition de compétences appropriées et à la clarification en continu des interfaces, l'orientation vers le champ professionnel peut aider les prestataires de formations en santé et, partant, les professionnel-le-s de la pratique, à maîtriser les défis qui émergent.

La mise en œuvre de cette idée entraîne toutefois un travail important en termes de réglementation et de coordination. Il faudrait donc veiller à ce que cette orientation ne génère pas une pléthore de prescriptions relatives aux qualifications et de définitions de compétences pour les différents degrés. Au contraire, en optimisant la coordination entre les formations, elle devrait apporter des allègements dans le quotidien professionnel, faciliter la coopération et ouvrir des marges de flexibilité. Un pilotage central renforcé est incompatible avec ces objectifs. Il s'agit davantage de coordonner et de montrer la voie tout en permettant une souplesse d'organisation dans les formations afin qu'elles transmettent les compétences requises pour répondre aux besoins variés du marché du travail et de la société.



6 GLOSSAIRE

Les principales notions utilisées dans le projet « Titres de formation dans les soins » sont définies dans la liste ci-après.

A Activités

Voir *Tâches* (une tâche comprend une ou plusieurs activités)

Ateliers par profession

Ateliers organisés pour le projet, réunissant des représentant-e-s d'un groupe professionnel du champ professionnel des soins, dans le but d'identifier et de décrire les tâches et les compétences opérationnelles modifiées sur la base des scénarios de tendance.

Ateliers sur les interfaces

Ateliers organisés avec des représentant-e-s des professions soignantes incluses dans le projet afin d'identifier, à partir des tâches, les interfaces pertinentes pour la formation et de déterminer si elles pourraient requérir une adaptation des documents de formation. Voir la publication de projet « Documentation sur les interfaces ».

C Champ professionnel

Le champ professionnel englobe un groupe de professions qui présentent des similitudes en termes d'activités et de contenus (SEFRI 2020). Le champ professionnel des soins comprend une série de titres positionnés à différents degrés de formation (cf. « Titres de formation dans les soins »).

Compétences

Il s'agit des compétences opérationnelles au sens pédagogique du terme dans la formation professionnelle : aptitudes à exercer une profession, à savoir les capacités individuelles (dispositions) à agir de manière professionnelle dans les domaines d'activité des soins, qui se traduisent par des actions, des réflexions et un comportement adaptés à la situation dans l'accomplissement des tâches (performance). Les questions juridiques relatives à l'exercice d'une compétence dans la pratique, en relation par exemple avec des cahiers des charges ou des prescriptions sur la délégation, ne font pas partie du présent projet. Les compétences ne sont pas comprises ici au sens du droit sur la responsabilité civile.

Compétences opérationnelles

Voir *Compétences*

Complexité

Voir *Complexité des tâches*

Complexité des tâches (également : complexité liée à des facteurs externes ou complexité situationnelle)

Pour toutes les professions, la complexité des tâches a été évaluée sur une échelle à quatre niveaux, au moyen de critères externes (niveau de responsabilité, stabilité



et caractère prévisible de la situation). Elle a été déterminée au niveau des tâches, car elle est fonction du contexte et de la situation. Une évaluation statique au niveau de la profession ne refléterait que partiellement ces deux aspects. Cette complexité externe dépend d'éléments de la situation sur lesquels le personnel soignant n'a pas de prise, tels que les groupes cibles des soins, le degré de gravité de la pathologie, la stabilité ou l'instabilité de l'état de santé ou encore le nombre de professionnel-le-s impliqués et leur niveau de formation ou de responsabilité (Krell 2017 ; Muths 2010 ; Schaub 2001 ; Olbrich 2009). À l'inverse, la *complexité* interne des tâches serait par exemple liée à la capacité de réflexion ou de mémorisation d'une personne.

D Domaines d'activité des professions des soins

Cinq domaines d'activité et 13 sous-catégories ont été définis pour le projet sur la base de la littérature scientifique. Ils ont été élaborés dans le cadre du modèle de référence (cf. chapitre 3) en vue d'évaluer les contenus des tâches. Toutes les tâches nouvelles décrites ont été attribuées à un domaine d'activité principal (cf. annexe, publication « Tâches professionnelles »). Lorsque plusieurs professions participent à une tâche, elles peuvent intervenir dans des domaines d'activité différents (cf. annexe, publication « Documentation sur les interfaces »).

E Évolutions (également : tendances)

Au sens du projet, il s'agit de changements ou de nouvelles orientations perceptibles dans le domaine de la santé. Ces évolutions peuvent être liées par exemple à des modifications concernant la technologie, la société et l'environnement ou d'autres aspects d'ordre sanitaire, culturel ou social. Elles peuvent avoir des répercussions à court ou à long terme et placer le secteur de la santé face à différents défis.

Exigences posées aux professions des soins

Au sens du projet, les exigences désignent les compétences requises pour exercer une profession donnée et, partant, accomplir les tâches et assumer les responsabilités qui y sont liées. Au niveau du champ professionnel, les exigences concernent les compétences nécessaires pour maîtriser une tâche à l'interface entre plusieurs professions des soins.

On entend par exigences nouvelles les compétences (au sens d'aptitudes) qui seront nécessaires dans le domaine des soins suite à des changements au niveau de la démographie et de la société, des structures de prise en charge, des systèmes de pilotage et de financement et à des évolutions technologiques dans le secteur de la santé, que l'on peut anticiper – en partie du moins – à l'aide de scénarios de tendance.

I Interfaces

Au sens du projet, une interface désigne un recoupement d'activités potentiellement critique relatif à une ou plusieurs tâches dans lesquelles interviennent au moins deux professions des soins.



Interprofessionnalité

« Coopération structurée et basée sur la confiance entre plusieurs groupes professionnels dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge. L'interprofessionnalité est une condition essentielle pour une meilleure intégration, car aucun groupe professionnel ne peut garantir seul toute la prise en charge (p. ex. santé et social) » (CDS 2019). Est qualifiée d'interprofessionnelle dans le cadre du projet la collaboration entre différents titres professionnels des soins ainsi qu'avec d'autres professions de la santé et d'autres groupes professionnels. Les analyses des interfaces (chapitre 4) portaient sur la collaboration entre les professions au sein du champ professionnel des soins.

Intersectoriel

Au sens du projet, ce terme désigne la collaboration entre deux ou plusieurs secteurs de prise en charge.

N Niveau de responsabilité

Dans le cadre du projet, le niveau de responsabilité a été utilisé pour évaluer la complexité d'une tâche professionnelle liée à des facteurs externes. Il s'agit d'une catégorisation empirique, adaptée de Muths (2010), qui décrit cette caractéristique sur une échelle à quatre niveaux, d'une faible prise de responsabilité à une prise de responsabilité complète. Cette notion ne concerne pas la délégation de responsabilité au sens juridique.

P Prise en charge intégrée (également : soins intégrés)

Mise en réseau et coordination optimisées entre les fournisseurs de prestations dans la prise en charge sanitaire par la répartition des activités des professionnel-le-s en fonction de leurs compétences, la collaboration interprofessionnelle et la réduction au minimum des incitations financières contre-productives dans le choix des options thérapeutiques. La prise en charge intégrée a pour but d'améliorer la qualité des prestations et la sécurité des patient-e-s et d'éviter les traitements superflus et les coûts inutiles (CDS 2019).

S Scénarios de tendance

Au nombre de six, les scénarios de tendance élaborés pour le projet décrivent sous une forme synthétisée, à partir des évolutions observées, les exigences professionnelles nouvelles ou modifiées pour une prise en soins globale. Ils ont servi de base de travail pour déterminer les répercussions sur le secteur de la santé et les exigences posées au champ professionnel des soins (cf. annexe, publication séparée « Scénarios de tendance »).

Secteur

Voir *Secteur de prise en charge*

Secteur de prise en charge

Les secteurs des soins aigus, des soins de longue durée et des soins ambulatoires ont été pris en compte dans toutes les étapes du projet et les fournisseurs de prestations (hôpitaux, EMS, services d'aide et de soins à domicile) ont pris part aux



ateliers. D'autres domaines comme la réadaptation, la psychiatrie et les soins aux enfants et adolescents ont également été pris en compte. Sauf mention contraire, les résultats s'appliquent à tous les secteurs de prise en charge. À noter qu'il n'est pas possible de rattacher de façon stricte les « soins de longue durée » et les « soins aigus » à des fournisseurs de prestations donnés. Dans la prise en charge ambulatoire, en particulier dans les soins à domicile, plusieurs groupes d'âge bénéficient de différentes prestations de durée variable. Cette remarque s'applique aussi aux hôpitaux et aux EMS, dans une moindre mesure pour l'instant.

T Tâches

Dans le cadre du projet, les tâches comprennent une ou plusieurs activités caractéristiques de la profession et couvrent une action dans son intégralité (informer, planifier, décider, exécuter, contrôler, évaluer) (Hacker 2005).

Titres de formation dans les soins

Le champ professionnel des soins compte actuellement 12 titres de formation professionnelle initiale et supérieure ainsi que quatre titres de formation dans les hautes écoles. Dans le cadre du projet, le « titre » (titre de formation ou titre professionnel) est synonyme de « profession ». Une sélection de professions a été opérée pour les besoins du projet. Elle couvre plusieurs degrés de formation et comprend des formations généralistes et des formations spécialisées. Les « titres de formation dans les soins » pris en compte comme exemples dans le projet sont les suivants :

Aide en soins et accompagnement avec attestation fédérale professionnelle (AFP), assistant-e en soins et santé communautaire avec certificat fédéral de capacité (CFC), infirmière/infirmier dipl. ES, Bachelor of Science (BSc) en soins infirmiers, assistant-e spécialisé-e en soins de longue durée et accompagnement avec brevet fédéral (EP), expert-e en soins d'oncologie / conseil de diabétologie / soins palliatifs avec diplôme fédéral (EPS), expert-e en soins d'anesthésie / soins intensifs / soins d'urgence (EPD ES), infirmière/infirmier de pratique avancée APN (MSc en sciences infirmières).



7 ANNEXE

Scénarios de tendance

Leumann, S., & Trede, I. (2023). *Scénarios de tendance*. Projet « Titres de formation dans les soins ». Zollikofen : Haute école fédérale en formation professionnelle HEFP.

Tâches professionnelles

Trede, I., Aeschlimann, B., & Schweri, J. (2023). *Berufliche Aufgaben. Künftige Anforderungen auf Berufsebene*. Projekt « Abschlüsse in Pflege ». Zollikofen : Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung EHB.

Documentation sur les interfaces

Trede, I., Aeschlimann, B., & Schweri, J. (2023). *Dokumentation Schnittstellen*. Projekt « Abschlüsse in Pflege ». Zollikofen : Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung EHB.

Rapport final

Trede, I., Aeschlimann, B., & Schweri, J. (2023). *Conclusions et implications pour les acteurs du développement professionnel*. Projet « Titres de formation dans les soins ». Zollikofen : Haute école fédérale en formation professionnelle HEFP.

Rapport sur la méthode

Auteur-e-s (2023, en préparation). *Methodenbericht*. Projekt « Abschlüsse in Pflege ». Zollikofen : Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung EHB.

Les scénarios de tendance, le rapport final et le rapport sur la méthode sont publiés sur le site de l'OBS HEFP. Les *tâches* professionnelles et la documentation sur les interfaces sont disponibles sur demande auprès de l'OdASanté.

Des références bibliographiques supplémentaires sur les scénarios de tendance figurent dans la publication séparée qui leur est consacrée. Elles complètent la bibliographie ci-après.



8 BIBLIOGRAPHIE

Anderson, Lorin ; Krathwohl, David (éd.) (2001) : A taxonomy for learning, teaching, and assessing : a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. Complete Edition. Longman. New York.

ARTISET (2023) : Actes médico-techniques. Les formations du degré secondaire II qualifiantes pour l'accomplissement d'actes médico-techniques. ARTISET. Berne.

Association des communes suisses (2019) : Facteurs de succès pour la mise sur pied de modèles de soins intégrés. Berne. En ligne : https://www.curaviva.ch/files/9G30CNT/facteurs_de_succes_pour_la_mise_sur_pied_de_modeles_de_soins_integres__guide.pdf, consulté pour la dernière fois le 12.05.2023.

Balthasar, Andreas ; Föhn, Zora ; Kaufmann, Cornel (2023) : Wie soll die künftige ambulante Grundversorgung aussehen ? Universität Luzern. Luzern.

Baumeler, Carmen ; Dannecker, Katja ; Trede, Ines (2014) : Höhere Berufsbildung in der Schweiz. Expertenbericht Arbeitsdokument Geschäftsstelle SWIR (Band 2). Schweizerischer Wissenschafts- und Innovationsrat. Bern.

Behrens, Johann ; Langer, Gero (2010) : Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Hans Huber. Bern.

Birrer-Heimo, Prisca (2019) : Renforcer les compétences en matière de santé. Interpellation n°19.331. Le Parlement suisse. Berne.

Bloom, Benjamin (1956) : Taxonomy of Educational Objectives : The classification of educational goals. Handbook I : Cognitive domain. Longmans Green. New York, Toronto.

Bütikofer, Anne-Geneviève ; Gilli, Yvonne ; Götschi, Anne Sybil ; Kraft, Esther ; Luchsinger, Philippe ; Mesnil, Marcel et al. (2023) : Renforcer la coordination plutôt que la réglementer. In : *Bulletin des médecins suisses* 104 (14-15), pp. 26–30.

CDS (2019) : Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS. Berne.

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (2019) : Soins et financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires. Postulat n°19.3002. Le Parlement suisse. Berne.

CURAVIVA Suisse (2019) : Fiche d'information : Soins dans les institutions pour les personnes en situation de handicap : qui dispose de quelles compétences ? Curaviva, Domaine d'activité Formation. Berne.

eHealth Suisse (2018) : Stratégie Cybersanté Suisse 2.0 2018-2024. Objectifs et mesures de la Confédération et des cantons pour diffuser le dossier électronique du patient et coordonner la numérisation autour du dossier électronique du patient. Centre de compétences et de coordination de la Confédération et des cantons. Berne.

European Federation of Nurses Associations (2015) : Lignes directrices de l'EFN pour la mise en œuvre de l'Article 31 de la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles modifiée par la Directive 2013/55/UE. Cadre de Compétences de l'EFN adopté en Assemblée générale. Bruxelles. Version traduite en français : <http://aispn.be/wp->



content/uploads/2015/11/EFN_CADRE_DE_COMPETENCES_INFIRMIERES_190515_VER
SION_FR-1.pdf

Hacker, Winfried (2005) : Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Huber. Bern (Schriften zur Arbeitspsychologie).

Krell, Johannes (2017) : Die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz durch das Lösen von Problemen in der stationären Krankenpflege. Ansatzpunkte für Praxisanleiter/innen und anderes betriebliches Bildungspersonal. Dissertation. Unter Mitarbeit von Doris Lewalter-Manhart. Technische Universität München. München.

Kriesi, Irene ; Bonoli, Lorenzo ; Grønning, Miriam ; Hänni, Miriam ; Neumann, Jörg ; Schweri, Jürg (2022) : La formation professionnelle au niveau international et en Suisse - tensions, défis, développements, potentiels. OBS HEFP Rapport de tendance 5. Haute école fédérale en formation professionnelle HEFP. Zollikofen.

Ludwig, Iris ; Moser, Irène ; Offermann, Catherine (2020) : Reflexionsprozesse anstossen und begleiten. Hg. v. hep. BBZ Pflege (Schriftenreihe Praxiswissen).

Merçay, Clémence ; Grünig, Annette ; Dolder, Peter (2021) : Personnel de santé en Suisse - Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève. Édité par l'Observatoire suisse de la santé. Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel (OBSAN rapport 3).

Mittenzwei, Marcus (2023) : Kulturspezifische Anforderungen an Lehrende in beruflichen Ausbildungsprozessen. Interkulturelle Kompetenz als Element der pflegepädagogischen Kompetenz. In : *bwp@ Spezial PH-AT2*, S. 1–22.

Muths, Sabine (2010) : Machbarkeitsstudie : Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. IPP. Bremen.

OBS HEFP (2023) : Monitoring des tendances – méthode et processus. En ligne : <https://www.ehb.swiss/forschung/obs/Monitoringprozess>, consulté pour la dernière fois le 11.05.2023.

OdASanté (2019) : Titres de formation dans les soins. Document destiné à l'appel d'offres avec description du projet, version du 17 mai 2019. OdASanté. Berne.

Offermann, Catherine ; Ludwig, Iris (2015) : Best Practice Pflege : Reflexionsprozesse für eine nachhaltige Pflegepraxis in kompetenz- und praxisorientierten Weiterbildungen. In : *Pädagogik der Gesundheitsberufe 2* (4), S. 24–30.

OFSP (2015) : Fiche Info « Soins coordonnés ». Office fédéral de la santé publique. Berne.

OFSP (2018) : Programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 » - précisions sur la notion de « proche aidant ». Office fédéral de la santé publique. Berne.

OFSP (2021) : Policy Brief : Promouvoir l'interprofessionnalité dans la formation. En ligne : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme->



interprofessionalitaet/policy-briefs-interprof.html, consulté pour la dernière fois le 01.06.2023.

OFSP (2023) : Fiche d'information Initiative sur les soins infirmiers : 1^{re} étape de mise en œuvre de l'art. 117b Cst. Office fédéral de la santé publique. Berne. En ligne : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/berufe-gesundheitswesen/teritaerstufe/pflegeinitiative/faktenblatt-umsetzung-etappe1.pdf.download.pdf/20230125_fiche%20d%27information_1er%20etape%20de%20mise%20en%20oeuvre%20initiative%20sur%20les%20soins%20infirmiers.pdf, consulté pour la dernière fois le 11.05.2023.

Olbrich, C. (Hg.) (2009) : Modelle der Pflegedidaktik. München : Elsevier, Urban & Fischer.

OMS (2022) : Global Competency and Outcomes Framework für Universal Health Coverage. En ligne : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1415847/retrieve>, consulté pour la dernière fois le 05.05.2023.

Pelegriani, S. ; Dutoit, L. ; Pahud, O. ; Dorn, M. (2022) : Besoins en soins de longue durée en Suisse. Projections à l'horizon 2040 (OBSAN rapport 03/2022, publication en allemand avec un résumé en français). OBSAN. Neuchâtel.

Petersen, Willi A. (2005) : Geschäfts- und Arbeitsprozesse als Grundlage beruflicher Ausbildungs- und Lernprozesse. In : *Lernen & Lehren* 20 (80), S. 163–174.

Porchet, Léonore (2020) : Les proches aidantes doivent rapidement voir leur situation s'améliorer ! Interpellation n°20.3501. Le Parlement suisse. Berne.

Rauner, Felix (2004) : Qualifikationsforschung und Curriculum. Analysieren und Gestalten beruflicher Arbeit und Bildung. Bertelsmann. Bielefeld.

Rauner, Felix ; Kleiner, Michael (2004) : Experten-Facharbeiter-Workshops – ein Instrument für die Qualifikations- und Curriculumforschung. In : Felix Rauner (Hg.) : Qualifikationsforschung und Curriculum : Analysieren und Gestalten beruflicher Arbeit und Bildung, S. 115–133.

Saraga, Daniel (2023) : Le triage silencieux. In : *Bulletin des médecins suisses* 104 (18), pp. 12–15.

Schaub, H. (2001) : Persönlichkeit und Problemlösen. Persönlichkeitsfaktoren als Parameter eines informationsverarbeitenden Systems. Beltz. Weinheim.

Schweri, Jürg ; Trede, Ines ; Dauner, Isabelle (2018) : Numérisation et formation professionnelle. Enjeux et pistes pour affronter l'avenir. OBS HEFP Rapport de tendance. Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle IFFP. Zollikofen.

SEFRI (2020) : Glossaire des examens professionnels fédéraux et des examens professionnels supérieurs. En ligne : https://www.sbfi.admin.ch/dam/sbfi/fr/dokumente/2017/01/glossar-ep-hfp.pdf.download.pdf/SEFRI_Glossaire_EP_EPS_F.pdf, consulté pour la dernière fois le 06.06.2023.

SEFRI (2022) : Rapport sur le projet « Positionnement des écoles supérieures ». Enseignements tirés des travaux menés en 2022 et suite du projet. Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI. Berne.



SEFRI (2023) : Développement des professions. En ligne : <https://www.sbfi.admin.ch/sbfi/fr/home/formation/fpc/formation-professionnelle-initiale/developpement-des-professions.html>, consulté pour la dernière fois le 05.06.2023.

Silberschmidt, Andri (2022) : Renforcement des compétences numériques chez les professionnels de la santé. Motion n°22.3163. Le Parlement suisse. Berne.

Streiff-Feller, Marianne (2019) : Mettre en place de nouveaux modèles de soins pour combler les lacunes de la couverture médicale. Postulat n°19.4278. Le Parlement suisse. Berne.

swissuniversities (2021) : Admission aux études de bachelor dans les hautes écoles spécialisées. Guide de bonnes pratiques. Adopté par la Chambre des hautes écoles spécialisées de swissuniversities le 24 novembre 2021. swissuniversities. Berne.

Thurnherr, G. (2020) : Vom Wissen zum Können. Transfer, Berufsbildung in Forschung und Praxis. Hg. v. Schweizerische Gesellschaft für angewandte Berufsbildungsforschung. Schweizerische Gesellschaft für angewandte Berufsbildungsforschung. Bern (SGAB Newsletter, 3).

Trede, Ines ; Aeschlimann, Belinda (2019) : Übertrittsquote FaGe - HF Pflege, Kanton Bern. Schlussbericht im Auftrag des Mittelschul- und Berufsbildungsamts Kanton Bern. Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB. Zollikofen.

Trede, Ines ; Aeschlimann, Belinda ; Neumann, Jörg (2021a) : Übertrittsquote FaGe - HF Pflege. Perspektive der Ausbildungsbetriebe, Kanton Bern. Management Summary. Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB. Zollikofen.

Trede, Ines ; Lueg, Christopher ; Salzmann, Patrizia ; Bürkle, Thomas ; Jürgen, Holm ; Salini, Deli (2021b) : Digitalization and Transmission of Clinical Information in Nursing : Implications and Perspectives (Digi-care). Scientific Interim Report. Swiss Federal University for Vocational Education and Training SFUVET ; Bern University of Applied Sciences Technology and Informatics, Medical Informatics. Zollikofen, Biel/Bienne.

Wagner, Pierre-André (2009) : Soins infirmiers et droit. Une invitation au voyage à l'intention des infirmières et infirmiers. Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI. Berne.