

Date de dépôt : 10 juillet 2013

Rapport

de la Commission de l'enseignement, de l'éducation, de la culture et du sport chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur l'évaluation relative à la loi visant à augmenter le nombre de certificats fédéraux de capacité (CFC) dans les domaines de la santé et du social, petite enfance incluse (LCFCSS, C 2 15)

Rapport de M^{me} Marie Salima Moyard

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de l'enseignement, de l'éducation, de la culture et du sport a examiné le rapport RD 979 au cours de cinq séances – celles des 15, 22 et 29 mai 2013 ainsi que des 5 et 12 juin 2013 – sous la présidence de M^{me} Sylvia Nissim. Elle a pu bénéficier de la présence de M. Serge Baehler, secrétaire adjoint au DIP, et de celle de M. Grégoire Evéquo, directeur général de l'Office pour l'orientation, la formation professionnelle et continue (OFPC). La rapporteuse tient par ailleurs à remercier M. Hubert Demain pour la qualité de sa retranscription des débats.

Les travaux ont été organisés de la manière suivante :

- présentation par le département ;
- audition de l'OrTra Genève ;
- audition commune du Centre de formation professionnelle santé-social (CFPS), de l'Ecole d'assistants en soins et santé communautaire (ASSC) et de l'Ecole d'assistants socio-éducatifs (ASE) ;
- audition des HUG ;
- audition de deux EMS (Petite Boissière et Charmilles) ;

- audition de la Fédération des institutions petite enfance genevoises suburbaines (FIPEGS) ;
- audition du DARES ;
- audition de l'Institution de maintien et d'aide à domicile (IMAD, ancienne FSASD) ;
- audition des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) ;
- discussion et prise d'acte du rapport.

1. Présentation du rapport par le département, par M. Grégoire Evéquo, directeur général de l'Office pour l'orientation, la formation professionnelle et continue (OFPC)

Introduction et contexte général

La nouvelle **loi fédérale sur la formation professionnelle** (de 2002) n'a pas manqué de provoquer un mouvement d'intégration de toutes les filières de la formation professionnelle, y compris ici celles de la santé et du social, mais aussi et par exemple des arts ou de l'agriculture.

Le but fixé par la loi visait à **l'augmentation du nombre de certificats fédéraux de capacité**. Toutefois, rien de fondamentalement nouveau n'a été instauré puisque le secteur de la santé était déjà coutumier de ce type de formation au travers des structures de la Croix-Rouge.

Pour parvenir à l'objectif, **deux CFC ont été créés**, celui d'assistant en soins et santé communautaire (ci-après **ASSC**) et celui d'assistant socio-éducatif (ci-après **ASE**).

L'introduction de deux nouvelles filières de formation a nécessité un **temps d'adaptation** afin que les institutions et les écoles chargées de cette formation puissent trouver leurs marques.

La réflexion et la transformation ont débuté dès 2007 au travers notamment du débat sur la petite enfance (pour ce qui concerne les ASE), avant de parvenir en 2010 à **une loi expérimentale valable pour 4 ans** – la C 2 15¹. Cette loi vise donc l'augmentation du nombre de CFC avec une obligation corollaire, celle de la prise en charge des jeunes en formation au sein des différentes institutions de la santé et du social – et, dans le domaine de la petite enfance plus particulièrement, d'intégrer les ASE. Ces conditions supplémentives s'intègrent dans le cadre des contrats de prestations LIAF.

¹ Elle se trouve en annexe 1 du présent rapport.

L'objectif visait une augmentation de 400 places/contrats, à raison de 200 dans le domaine social et de 200 dans le domaine de la santé.

La loi apportait également dans son **règlement d'application** différentes précisions quant aux modalités, et notamment l'une portant sur l'évaluation pas seulement quantitative mais également qualitative.

Dans le **rapport** (le RD 979) que le Conseil d'Etat était **légalement tenu** (articles 4 et 5 de la loi) **de produire** à destination du Grand Conseil dans un délai de neuf mois avant l'échéance des quatre années expérimentales, il s'agissait globalement de vérifier le degré d'intégration au sein des institutions mais aussi plus généralement dans l'économie.

Dans l'intervalle, les **parlementaires** ne sont pas restés inactifs et ont interpellé les autorités sur des objets similaires et périphériques comme une récente interpellation au sujet des infirmiers/ères.

Le Conseil d'Etat a également pris des dispositions en la matière en constituant un groupe de travail axé sur la pénurie constatée dans ces secteurs, qui rejoint d'ailleurs une préoccupation nationale par rapport à une situation constatée dans l'ensemble du pays.

Contenu du rapport

Trois départements sont concernés (DIP, DARES, DSE). Le DARES l'est au travers des HUG et de l'ancienne FSASD devenue l'IMAD, pour l'engagement d'apprentis et de stagiaires en provenance de ces filières. Le DIP dispose également de quelques institutions susceptibles d'intégrer ces jeunes en formation. Le DSE quant à lui a rencontré quelques difficultés dans l'intégration de ces jeunes en formation, dès lors que les contrats de prestations étaient déjà signés au moment de la mise à disposition des diplômés.

Les **résultats sur le plan quantitatif** sont atteints pour les ASE (190 sur 200), et sont malheureusement moins spectaculaires pour les ASSC (78 sur 200) avec cependant une circonstance atténuante, celle d'une absence complète d'intégration de ces profils dans les institutions en 2010.

Une étude du SRED portant sur la formation en emploi² montre que les ASSC et les ASE se sont **globalement bien intégrés au sein des institutions**, que leur compétence est reconnue et que leur travail correspond aux attentes, et ce dans un rapport de satisfaction de 6,8 sur une échelle de 9, de sorte que les institutions disent souhaiter poursuivre cette formation en leur sein.

² Cette étude se trouve en annexe 2 du présent rapport.

Une autre question de ce rapport portait sur le **marché de l'emploi**. Les institutions estiment ne pas avoir suffisamment de personnel qualifié à disposition, ce qui confirme l'état de pénurie.

En conclusion, il faut admettre que **cette mise en œuvre n'a pas toujours bénéficié du meilleur calendrier** à cause de la date d'entrée en vigueur et a donc pu rencontrer parfois quelques difficultés. Ceci étant, le mouvement se poursuit vers une meilleure intégration au sein des structures, et, lorsque ces jeunes en formation sont engagés, ils sont considérés par les institutions comme bien insérés.

Comme le spécifie le rapport RD 979, le directeur général de l'OFPC :

- **recommande de ne pas prolonger une loi contraignante** ;
- irait plutôt dans le sens **des futures conclusions du groupe de travail du Conseil d'Etat sur la pénurie** qui vise à poursuivre la promotion de ces métiers, à encourager les structures à engager et au final vise l'augmentation des effectifs par rapport aux besoins.

Echanges avec les commissaires

A la question (PDC) **de la répartition entre les jeunes débutant après la scolarité ces CFC et ceux, déjà intégrés dans les équipes, qui décident de suivre ce cursus**, il est répondu que l'âge d'entrée en apprentissage se situe désormais autour de 18 ou 19 ans pour une formation ASE qui se termine en moyenne vers 22 ans et, selon les années, jusqu'à 26 ans pour les ASSC³. Cet âge avancé suppose d'avoir souvent déjà terminé une formation préliminaire (Ecole de commerce, Ecole de culture générale,...). Il faut être également conscient que le secteur de la santé, par ses particularités, impose certainement une plus grande maturité et un âge plus avancé pour comprendre et mieux accepter certaines réalités.

A la question (S) de la **raison de la baisse en première année de formation duale des ASE de 2010-2011 à 2012** (cf. RD 979, p. 4), il est répondu que, dans une première phase, la formation a connu un saut assez significatif, principalement grâce au processus de validation des acquis de l'expérience (VAE) qui a permis à bon nombre de personnes d'obtenir presque immédiatement le CFC par la voie procédurale.

A la question (R) **de la distinction précise entre ASA et ASE**, il est répondu que le titre d'ASA est une attestation fédérale en deux ans, et non un CFC. Les détenteurs d'un titre d'ASA peuvent ensuite suivre toutes les évolutions de formation vers les études supérieures ou, par exemple,

³ Voir le rapport du SRED en annexe 2 pour plus de détails.

bénéficiaire de la possibilité d'entrer directement en seconde année d'apprentissage ASE ou ASSC.

A la question (S) des **raisons expliquant la différence de rythme entre les ASSC et les ASE** (cf. RD 979, p. 5), il est répondu qu'il existe une plus grande « porosité » des institutions aux ASE qu'aux ASSC. En effet, les ASSC ont plus de mal à trouver leur place dans la mesure où ils disposent de compétences déjà relativement élargies, notamment la prérogative de poser des actes techniques médicaux. Or, cette position et ces prérogatives professionnelles furent l'occasion de nombreux débats, de certaines tensions et de réactions assez vives de la part des autres professionnels de la santé. Aujourd'hui, ces tensions s'apaisent mais l'intégration reste plus complexe que pour un ASE. Par ailleurs, dans le débat sur le coût et la rentabilité d'un apprenti dans le domaine de la santé et du social, il apparaît que, dans le domaine de la santé, le « retour sur investissement de formation » d'un ASE est clairement plus élevé que pour un ASSC, notamment parce que ces derniers posent des actes techniques sous délégation, ce qui impose naturellement plus de temps passé en termes de validation et de surveillance.

A la question (S) de la **réalité recouverte par les termes « amélioration du statut de la profession d'ASE » (salaire uniquement ou naissance du travail au sein des équipes également ?)** (cf. RD 979, p. 7), il est répondu qu'il y a eu quelques difficultés liées au statut et aux discussions quant à la classification salariale (ASE et ASSC en classe 10) et quant au statut des ASE, notamment dans le cadre de la petite enfance. Aujourd'hui, la qualification des CFC ASE comme premier niveau de qualification est désormais incontestable et les éducateurs/trices de la petite enfance occupent le second niveau avec une qualification d'école spécialisée (ES).

A la question (S) de la **liste précise des 21 établissements formateurs d'ASE** (cf. RD 979, p. 21), il est répondu que les EMS, tout comme le secteur de la petite enfance, sont fortement engagés dans le recrutement des ASE pour parer à l'encadrement non médicalisé. La Fondation officielle de la jeunesse (FOJ) et l'Hospice général participent à cet effort de recrutement.

A la question (PDC) de **l'intégration parfois incomplète dans les équipes, du fait d'un cahier des charges parfois lacunaire ou insuffisamment défini, avec le risque lié que les personnes sont sous-utilisées, comme des sortes d'aides en soins et accompagnement (ASA) ou d'infirmiers/ères « au rabais »**, il est répondu que l'initiative de la création d'un nouveau CFC n'appartient pas à l'origine à l'Etat, qui se borne à accompagner les processus définis par les partenaires sociaux. Or, le cahier des charges c'est-à-dire *les référentiels de compétences* directement

attachés à ces deux formations ont été établis de manière très structurée⁴. Les cahiers des charges existent et servent évidemment de base à l'évaluation de fonction. Tous ces aspects sont intégrés dans des ordonnances fédérales disponibles sur le site du secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation. Pour exemple et contrairement à Genève, le CHUV utilise sans difficulté aucune des centaines d'ASSC.

A la question (Ve) des **éventuelles difficultés rencontrées par les détenteurs d'un CFC ASSC en vue de leur intégration dans l'IMAD** (anciennement FSASD) dans la mesure où le travail à domicile diffère de celui en institutions, il est répondu que les réticences précédemment constatées (particulièrement dans les structures hospitalières) à ce niveau s'estompent progressivement. L'apprentissage peut heureusement se modéliser en fonction des besoins et des souhaits du maître d'apprentissage. L'audition des institutions formatrices serait source d'informations sur la manière de gérer les apprentissages.

A la question (MCG) de savoir **si l'entrée en formation nécessite certains prérequis**, il est répondu qu'il s'agit simplement de satisfaire aux exigences de la fin de la scolarité obligatoire. Les autres critères sont définis dans un contrat de travail de droit privé, par les milieux professionnels, en l'occurrence le comportement et la motivation personnelle. Afin d'éviter les mauvaises surprises ou les erreurs d'orientation, l'Etat recommande aux jeunes candidats de suivre un stage d'observation du métier au sein des institutions (3 jours), car certains candidats ne sont pas toujours conscients des exigences de ce type de métier.

A la question (MCG) **du niveau des indemnités perçues par les apprentis et les stagiaires**, il est répondu que les montants précis ne peuvent être articulés, que le site internet de la Cité des métiers⁵ les précise. Les indemnités se situent entre 500 F et 700 F pour 1½ jour d'école et 3½ jours en stage. Les niveaux d'indemnités sont déterminés par les conventions collectives, les usages ou les recommandations du secteur concerné. Pour les jeunes adultes qui éprouveraient des difficultés à entamer une formation à cause d'une impossibilité matérielle, des bourses permettent généralement de se former en l'absence de revenus.

A la question (MCG) de la **situation particulière des civilistes au sein des institutions de la petite enfance ou au sein des EMS**, pour que le passage soit validé comme stage ou comme expérience utile à la suite de la

⁴ Ces volumineux référentiels avaient été présentés en leur temps à la Commission de la santé par la direction de l'école spécialisée.

⁵ <http://www.citedesmetiers.ch/geneve>

formation, il est répondu que cette catégorie est d'autant mieux acceptée qu'elle est généralement bien formée, souvent au niveau supérieur ou universitaire. Il est parfaitement envisageable de valider ce stage.

A la question (UDC) des **nouvelles écoles spécialisées chargées de la formation de ces nouvelles filières CFC**, il est répondu que la formation professionnelle a été regroupée par pôles, dont celui de la santé et du social, aujourd'hui joints. En l'occurrence, il s'agit de l'école ASSC (ancienne école des aides-soignants) d'une part, et de l'école des ASE (ancienne école d'aides familiales) d'autre part. Dans le cas d'une formation complète en école (non duale), le candidat devra subir un examen d'entrée, comme ce qui se pratique dans d'autres formations. Il existe même, grâce au développement des *réseaux d'entreprises*, la possibilité de panacher les orientations, avec une première année centrée sur la petite enfance, la seconde année sur les personnes âgées, et la troisième sur le handicap.

A la question (MCG) **de la capacité d'accueil des écoles bien inférieure à la demande**, il est répondu que cette distorsion existe aussi dans bien d'autres filières. Le nombre de places dépend à la fois des postes d'apprentissage dans l'économie, et d'autre part, des places à l'école. Un des problèmes fondamentaux de la pénurie identifiée tient à l'absence de suffisamment de locaux à disposition. Par ailleurs, il faut prévoir l'encadrement et les budgets. Certains jeunes suivent donc leur formation à l'extérieur du canton. Il est en effet assez difficile de convaincre un jeune attiré par les métiers de la petite enfance de s'orienter vers la menuiserie au prétexte que des places d'apprentissage y seraient disponibles.

A la question (Ve) **d'éventuelles passerelles, au terme de ces premiers échelons de formation, vers des niveaux plus élevés**, il est répondu que le niveau du CFC correspond au secondaire II. Après le CFC, les jeunes titulaires peuvent se diriger vers les écoles spécialisées ES, ou prochainement vers une HES Santé, encore inexistante à Genève à ce jour. Par ailleurs, d'autres titres sont atteignables (brevet, maîtrise, diplôme). Une expérience de cinq ans offre des facilités pour la suite.

A la question (R) **des autres débouchés réservés aux ASE que ceux déjà évoqués**, il est répondu que la formation d'ASE connaît soit diverses orientations spécialisées (handicap, personnes âgées, petite enfance), soit au contraire une mention généraliste généralement préférée en Suisse romande.

A la question (S) **des raisons poussant le département à ne pas souhaiter pérenniser la loi** vu que les objectifs ne sont pas encore totalement atteints et que subsiste une pénurie avérée, il est répondu qu'il s'agissait dans l'esprit des auteurs de susciter une impulsion dans le cadre

d'une innovation, assortie d'un délai d'observation et d'une évaluation. A l'issue de ce processus, il apparaît que les institutions sont satisfaites et se disent prêtes à poursuivre l'effort de formation auquel elles consentent, même pour ce qui concerne les ASSC. D'autres moyens incitatifs peuvent désormais être utilisés. Donc, et en dehors de cette impulsion, il serait souhaitable de trouver une solution plus globale. Un futur pool de compétences, assorti d'un fonds spécialisé comme dans le canton de Berne, pourrait être une piste. Un effort significatif a été fourni par les associations professionnelles depuis 2008, avec la création d'une organisation du monde du travail (OrTra) spécialisé dans le domaine santé-social, lui-même accompagné du centre de formation adéquat (de type secondaire II). Ces avancées significatives sont la garantie d'un futur développement et d'une pérennisation de l'effort entrepris. L'objectif est donc de former un peu plus d'un millier de personnes tout en envisageant cette démarche de manière plus globale.

2. Auditions

2.1 Audition de M^{me} Claude Howald, directrice de l'Organisation du monde du travail santé-social (OrTra) Genève

Présentation de l'auditionnée

L'OrTra santé-social est une association créée en 2008 afin d'assurer la surveillance de la filière professionnelle, et notamment les aspects relatifs à l'apprentissage dual (ou non). Par ailleurs, cette association professionnelle gère également un centre de formation destiné à la formation des adultes. Elle rappelle que tous les critères de formation des professionnels sont d'ores et déjà contenus dans les contrats de prestations. L'OrTra, contrairement au rapport du Conseil d'Etat, n'est pas centrée sur la formation duale, et s'intéresse plutôt à la formation des adultes en emploi, mais dispense également des cours interentreprises.

Quant à sa **perception du rapport du Conseil d'Etat** après lecture, elle ne peut que souligner son adéquation avec les préoccupations qui y sont détaillées y compris sur le plan de la formation interentreprises délivrée par l'OrTra. Le projet de loi a donc montré sa pertinence, comme le rapport qui suit son application.

L'association est évidemment concernée par toute la **problématique de la pénurie** et estime que l'incitation doit dépasser les frontières d'une loi et s'inscrire dans une culture d'entreprise. Il est difficile de faire la part de la volonté affichée des entreprises, par rapport à la coercition.

L'OrTra est engagée depuis septembre 2012, dans le processus de **formation des ASA**, lesquels reçoivent une attestation fédérale (AFP). Les premières volées sont prévues pour cette année (une centaine de personnes).

Au sujet des **ASSC**, il s'agit pour l'OrTra d'accueillir les deux premières volées (40 personnes) qui, après avoir connu des débuts difficiles, sont progressivement intégrées à l'IMAD et aux HUG.

Le groupe de travail sur la pénurie préconise une recommandation, qui irait dans le sens d'une **loi incitative précisant le nombre de semaines de formation par institution**, sur le modèle développé par le canton de Berne. Ce dernier postule de manière globale une coordination entre tous les acteurs (assureurs, hôpitaux, professionnels). La loi devra également donner les moyens nécessaires à l'accompagnement des personnes en formation. Les conclusions des groupes de travail seront disponibles à partir de la fin juin 2013.

Echanges avec les commissaires

A la question (Ve) du **signal adéquat donné par la suppression définitive de cette loi**, il est répondu que la loi actuelle doit être suivie d'un dispositif précis, avec un soutien particulier aux personnes formées et aux institutions formatrices, à l'heure où ces institutions sont confrontées à des centaines de personnes à former dans la petite enfance, comme dans les autres professions de la santé. La voie de l'incitation est la meilleure et les institutions publiques et privées (comme les cliniques privées par exemple) sont partantes.

A la question (S) du **degré d'intégration réelle de ces jeunes diplômés dans la culture d'entreprise**, il est répondu que, en l'état actuel, Genève est encore réduite à importer une part importante des effectifs plutôt que de former ses professionnels. On peut s'interroger sur un objectif visant 100 % de relève locale, comme le souhaite le canton de Berne. Au-delà du caractère coercitif, il s'agit de donner du temps et certaines incitations aux structures afin qu'elles intègrent naturellement ces personnes dans leur dispositif et dans leur culture d'entreprise.

A la question (S) du **futur champ de la nouvelle loi**, il est répondu que la nouvelle loi devrait être beaucoup plus large et inclure le secteur privé. La loi expérimentale actuelle n'a toutefois pas manqué de délivrer un signal, notamment sur le plan de la formation qui se trouve être en parfaite cohésion avec les critères d'un contrat de prestations. Cette loi est donc parvenue à son objectif et doit se poursuivre sous une autre forme pour l'ensemble du secteur

économique de la santé. La nouvelle loi est actuellement en préparation et n'a pas dévoilé tout son contenu, mais les objectifs généraux vont dans ce sens.

A la question (S) **de la nature de l'engagement de l'OrTra dans le groupe de travail sur la pénurie**, il est répondu que l'OrTra est engagée sur 7 à 8 actions déterminantes comme la gestion de carrière, la mobilité, la fidélisation, l'image du métier, le guichet unique, la formation, l'information et la communication. L'OrTra fonctionne également dans le cadre d'un partenariat tripartite. De plus, la collaboration avec l'OFPC est excellente.

A la question (S) **des moyens pour augmenter la coordination dans ce secteur**, il est répondu qu'une idée partagée par tous les responsables serait celle d'une structure légère commune aux trois départements concernés afin de disposer d'un lieu formalisé de discussion et de concertation sur tous les aspects transversaux liés à la gestion de la pénurie, hors de l'emprise des territoires départementaux. Il serait adéquat de gérer les stages de manière centralisée tout en revoyant le système d'attribution car il existe actuellement une convention entre la haute école et les HUG qui réserve un nombre « astronomique » de place de stages qui sont uniquement bloquées pour les étudiants de la haute école, au détriment des autres. Or, moins de 50 % des stages réservés sont finalement attribués. Les autres sont perdus pour les ASE, les ASSC et les ASA.

A la question (MCG) **des lieux de formations destinées aux domaines de la santé et du social à Genève**, il est répondu que ce sont ceux qui ont reçu l'autorisation de former au sens des exigences posées par la loi. Des critères extrêmement clairs ont été définis ; il peut s'agir d'une institution publique ou privée – et ces exigences ont été définies de manière tripartite. Une vérification est entreprise quant à la qualité de l'encadrement et à l'existence des effectifs de formation nécessaires. Tous les titres décernés sont fédéraux et répondent à des ordonnances. Tous les cantons disposent d'OrTra. Il n'a jamais été question, lors de l'ensemble des discussions, d'imaginer introduire un nouveau niveau intermédiaire à Genève (ES).

A la question (MCG) **de l'analyse des besoins des étudiants, des formateurs, des institutions et des entreprises**, il est répondu que, à l'intérieur des structures, les métiers doivent se redéfinir et se repositionner avec une redistribution des responsabilités ; toutes les institutions y travaillent, de l'hôpital à l'IMAD ou aux EMS, mais il s'agit d'un travail de longue haleine, en concertation pour permettre une mobilité professionnelle.

A la question (PDC) **de la formation des formateurs actuels**, il est répondu qu'il faudrait inciter à la formation des formateurs. Même si la loi est parfaitement claire sur les exigences, la réalité sur le terrain pose le

problème de la disponibilité des personnes au sein des entreprises. Les formations modulaires destinées aux formateurs sont très exigeantes, et doivent se traduire par une volonté de l'employeur de mettre à disposition de telles ressources. Il s'agira de prévoir des incitations autant vers les formateurs que vers leurs employeurs.

A la question (PDC) **des perceptions variées du statut des ASE et ASSC par les employeurs**, il est répondu que, en matière d'encadrement, le cadre général n'est pas encore stabilisé. Atteindre l'équilibre dans une structure est évidemment un exercice délicat. Pour l'avenir, l'ouverture d'un *pool* de formateurs dédiés et rémunérés à ce type de démarche de suivi dans les entreprises et d'accompagnement jusqu'au diplôme serait une piste intéressante.

2.2 Audition commune de M^{mes} Monique Gerdil, directrice du Centre de formation professionnelle santé-social (CFPS), Valérie Schmutz Gaberell, codirectrice de l'Ecole d'assistants socio-éducatifs (ASE), et Elisabeth Coquoz

Présentation des auditionnées

La loi actuelle a effectivement été à l'origine d'une **augmentation du nombre de CFC**, principalement pour les ASE (puisque pour les ASSC, une seule volée est concernée).

Si les grandes institutions ont joué un rôle, ce n'est pas le cas des plus petites structures.

Si la loi a effectivement joué un rôle de pression sur les institutions soumises aux subventions, **une forme plus active de soutien aurait été préférable**.

Par ailleurs, le souhait d'une **meilleure intégration des jeunes diplômés** dans les équipes est confirmé, même si l'insertion des jeunes diplômés a connu un certain succès selon l'enquête menée par le SRED⁶.

Les écoles plein temps ont un réel besoin de voir **s'accroître le nombre de stages** mis à disposition par les institutions. En effet, **l'intérêt des jeunes** vis-à-vis de ces nouvelles formations est grand, mais l'école d'ASE ne peut offrir que 24 places en école plein temps pour 200 candidatures. La **première volée d'ASSC** date de 2009. Le nombre de places est également limité à 24 élèves en 1^{re} année, avec peu d'effectifs sortants au terme de la troisième année. L'ouverture de la filière duale a indirectement eu un impact sur le nombre global de stages à disposition, et donc de places ouvertes au sein des

⁶ Voir toujours l'annexe 2 du présent rapport.

classes. Pourtant, on assiste à une baisse des offres de stages en EMS dès la deuxième et la troisième année, dès lors que ces stages sont rémunérés dès la deuxième année.

Les ASE sont assez régulièrement intégrés dans les structures de la petite enfance, mais fort peu au sein de l'Hospice général et des EMS. D'autre part, les petites institutions ne sont pas prises en compte dans ce rapport (comme par exemple, le Centre-Espoir ou les écoles privées).

Quelques **barrières** existent à **l'intégration** dans les équipes, la réorganisation en cours prendra encore du temps.

Enfin, **le rapport de causalité** entre l'évolution de la situation actuelle et l'impact véritable de la loi reste assez difficile à établir.

De plus, les personnes auditionnées sont membres du **groupe de travail** sur la pénurie de personnel.

Echanges avec les commissaires

A la question (S) **de savoir si la loi expérimentale a atteint tous ses objectifs**, il est répondu qu'elle a atteint la plupart de ses objectifs en termes quantitatifs au niveau des contrats d'apprentissage sans viser un objectif de développement des places de stages.

A la question (MCG) **de la nature du besoin en personnel dans le domaine santé-social**, il est répondu qu'il s'agit d'une pénurie de formation si l'on souhaite assurer une relève locale. Le financement est assuré par le département et les limites sont celles des locaux et les effectifs. Une augmentation des prestations impliquerait certainement un financement supplémentaire. Diverses ressources doivent donc se coaliser pour permettre le renforcement de l'effectif de formation. Le Conseil d'Etat y travaille au travers des groupes constitués sur la pénurie.

A la question (PDC) **des ASE considérés comme des aides-soignants dans les EMS**, il est répondu que le positionnement des ASE est effectivement plus délicat dans le cadre d'une intégration au sein des EMS. Après le stage en soins, ils sont généralement dirigés vers l'animation, mais cette circulation est difficile entre ces deux pôles bien séparés au sein des EMS, des soignants et des animateurs. Il existe un risque de tensions entre les aides-soignants/animateurs en gérontologie et les ASE. Ceci étant, tout dépend de l'organisation interne de chaque EMS, étant entendu qu'une organisation adéquate permet cette intégration.

A la question (PDC) **des pistes susceptibles de permettre une meilleure intégration des professionnels** (particulièrement sur le lieu de formation

lorsqu'il devient ensuite le lieu de travail définitif, faisant passer la personne du statut de personne en formation à celui de personne formée), il est répondu qu'une meilleure intégration passe par la reconnaissance des qualifications spécifiques des ASE qui ne doivent pas être considérés comme du personnel auxiliaire. Il y a un fort enjeu tournant autour de la réorganisation des équipes avec des places et des charges bien définies. Certaines institutions n'ont pas manqué de mettre en place un véritable accompagnement permettant d'accomplir ce changement. Dans ces institutions, les situations sont plus harmonieuses.

A la question (S) **des éléments excluant de facto les petites institutions de cette démarche d'intégration des jeunes professionnels**, il est répondu – après précision du département – que les crèches et les jardins d'enfants ne sont effectivement pas concernés par cette loi (car pas au bénéfice d'un contrat de prestations LIAF).

A la question (S) **de l'extension éventuelle des objectifs de la loi à toutes les structures, au-delà des seuls contrats LIAF pour réduire la situation de pénurie**, il est répondu que les crèches assument déjà une part de la tâche, même sans le cadre du contrat de prestations.

A la question (S) **des difficultés rencontrées dans le processus de formation au sein des petites structures**, il est répondu qu'il est nécessaire de prévoir un support financier aux formateurs dans les petites institutions qui ont objectivement plus de difficultés à libérer du temps de prise en charge. L'absence en assez grand nombre de formateurs disponibles est également un problème de même que parfois l'envie de s'engager dans cette voie. A l'hôpital, le CFC n'est pas valorisé au bon niveau. Il faut battre en brèche l'idée selon laquelle cette formation serait une formation au rabais. Il faut revaloriser la notion de CFC dans l'esprit universitaire, d'autant que les aides-soignants ont disparu au niveau de la formation, comme les aides familiales.

A la question (S) **de la peu compréhensible difficulté à trouver des places de stages alors que les institutions au bénéfice d'un contrat de prestations sont légalement tenues d'en fournir**, il est répondu que c'est exact mais que les grandes institutions sont sollicitées par divers organismes de formation, dont la Haute école de santé par exemple. Toutes cherchent des places de stages et les grandes institutions ont parfois la tentation de choisir entre offrir des places de stages ou des places d'apprentissage, car le personnel est trop sollicité en matière d'encadrement des jeunes. Il est difficile d'augmenter les effectifs de la formation plein temps si les places de stages ne sont pas garanties parallèlement.

A la question (PLR) **de la répartition idéale du personnel au sein des crèches** (cf. modifications récentes dans le PL 10636), avec peut-être une organisation « plus pyramidale », avec un nombre restreint de personnel très qualifié et un nombre plus important de personnel qualifié, il est répondu que les spécificités du domaine de l'enfance vont dans le sens d'une assez grande qualification au vu des responsabilités exercées notamment en termes de travail en réseau, de partage de tâches communes. Chaque niveau de formation est parfaitement adéquat mais aboutit à des niveaux de responsabilité différents. Ceci étant, les ASE pourront parfaitement trouver leur place dans ces structures. L'organisation du travail dans une institution de la petite enfance ne peut pas être aussi facilement portionnée que cela est supposé.

2.3 Audition de M. Jacques Hertzschuch, directeur des ressources humaines des HUG

Présentation de l'auditionné

Il s'agit ici de deux formations désormais bien connues, celle d'ASSC et celle d'ASE, auxquelles vient s'ajouter celle d'ASA. A l'évidence et en matière de formation, **les HUG forment** tout au long de l'année différents types de personnels. En ce sens, les **intentions** de la loi sont parfaitement **louables et ont été bien accueillies**.

Le rapport retient le nombre de **222 stagiaires/apprentis** au sein des HUG, mais ce nombre, s'il contient des ASSC et ASE, regroupe surtout l'ensemble des stagiaires et des apprentis.

Si la spécification des fonctions est évidemment profitable en termes d'intégration et d'organisation, certains secteurs particulièrement spécialisés entraînent aussi des **difficultés d'organisation et d'intégration**.

A ce propos, les **ASSC** ne disposent pas d'une plénitude d'intervention car elles sont à la fois l'objet d'un contrôle infirmier et n'ont pas l'autorisation de réaliser un certain nombre d'actes techniques. Il en résulte certaines difficultés organisationnelles pour leur intégration dans les horaires de nuit par exemple, car la supervision complique la planification. On dénombre aujourd'hui 40 ASSC en fonction aux HUG, dont 17 sont en apprentissage. En septembre prochain, 26 candidats supplémentaires devraient rejoindre les rangs de l'hôpital, avec un objectif fixé à 114 ASSC sur une période de deux à trois ans.

Pour ce qui concerne les **ASE**, leur intégration est beaucoup plus limitée au sein des HUG. Ils sont au nombre de 6 apprentis.

Enfin, les **ASA** (de niveau AFP) seront amenés à remplacer les aides-soignants (et pourront même, avec une formation complémentaire de 2 ans, entrer dans la catégorie des ASE/ASSC).

Echanges avec les commissaires

A la question (S) de **l'effet réel de la loi sur les HUG (différentiel entre le nombre de personnes en formation avant et après la loi)**, il est répondu que la loi n'a pas manqué de participer, comme d'autres aspects et toute une série d'autres mesures, à faire évoluer positivement la situation. La loi seule n'aurait probablement pas été suffisante. Sur la pénurie, l'hôpital s'est toujours préoccupé de trouver des solutions au plan local afin de pouvoir être autosuffisant, cela passe par les efforts de formation et de valorisation des métiers sans oublier la nécessité d'accroître leur attractivité.

A la question (S) **du signal positif ou négatif que pourrait constituer l'éventuelle suppression de cette loi expérimentale**, il est répondu que les HUG connaissent certaines difficultés à mobiliser des ressources, et cette loi dans ce sens intervient comme un facteur positif dès lors qu'elle participe à répondre aux besoins (mais aux besoins réels seulement) des HUG. Elle a également permis de réfléchir à la manière de surmonter différents obstacles organisationnels qui incluent à la fois des aspects de pure organisation, mais aussi des aspects comportementaux et hiérarchiques. Le changement, il est vrai, est souvent source de quelques réticences.

A la question (MCG) **de savoir si le nombre de 222 stagiaires/apprentis est suffisant**, il est répondu que le contrat de prestations porte sur l'ensemble des stagiaires et précise le nombre de 222 stagiaires et apprentis. En 2012, il y avait 201 stagiaires/apprentis rémunérés ETP sur 757 personnes ayant effectué des stages en apprentissage au sein des HUG, alors que l'ensemble des stages rémunérés ou non⁷ par les HUG, s'élève à environ 1 270 personnes, à l'exclusion du personnel strictement médical (médecins et médecins stagiaires).

A la question (S) **de la perception du niveau CFC au sein des HUG**, il est répondu que, sur la base de certains retours, les profils ASE/ASSC ont parfois malheureusement été mis en cause sur le plan de leurs compétences préalables, c'est-à-dire des prérequis nécessaires à cette formation, avec parfois l'impression que le choix de cette formation n'était finalement qu'un choix secondaire essentiellement basé sur une perception partielle du métier qui ne serait axé que sur des aspects seulement relationnels. D'une manière

⁷ Les autres stages sont rémunérés par les écoles, p. ex. par la HES.

plus général, la politique suivie par les HUG va dans le sens d'une valorisation de cette fonction, comme de toutes les autres qui peuvent et doivent être reconnues. Si ce n'était pas la voie choisie par certains, il s'agirait alors de comportements strictement individuels.

A la question (Ve) **du problème d'organisation de la rotation jour/nuit entre les ASSC et les infirmiers/ères alors qu'il devait déjà exister avec les aides-soignants que les ASSC remplacent désormais**, il est répondu qu'il faut bien distinguer les fonctions dans la mesure où un ASSC n'est pas en mesure de remplacer un/e infirmier/ère, et qu'il est par ailleurs trop qualifié pour imaginer remplacer un aide-soignant. Donc l'espace réservé aux ASSC a dû être créé dans le cadre des unités de soins. L'aide-soignant subsiste, comme l'infirmier/ère. Par ailleurs, le cloisonnement parfait entre les niveaux et les actes que peuvent poser les uns et les autres est rarement imaginable et entraîne par conséquent un certain nombre de difficultés organisationnelles. Ce cloisonnement peut même se révéler problématique si chacun dans une équipe soignante venait à se limiter strictement à l'énoncé de son cahier des charges.

A la question (PDC) **des mesures susceptibles de favoriser l'intégration des ASSC au sein des institutions (dotation, $\frac{2}{3}$ - $\frac{1}{3}$ par exemple, sans création de nouveaux postes)**, il est répondu que les HUG se trouvent aujourd'hui et, à ce niveau, dans une phase de changement avec tous les corollaires que cela suppose. Effectivement, l'intégration suppose de tenir compte des actes que chacun des profils peut poser, mais également d'aspects organisationnels indirects et même d'aspects psychologiques. Au plan comptable, un ASSC sera moins coûteux qu'un/e infirmier/ère, mais cette configuration a aussi permis une révision des horaires coupés qui ne sont confortables pour personne. Le principe de pouvoir prévoir à la place de 3 infirmiers/ères 4 ASSC, c'est la possibilité de résoudre différents problèmes organisationnels au sein des unités de soins. Pourtant, dans certains secteurs – comme les soins intensifs où les soins intermédiaires – la spécificité des actes impose de ne recourir qu'à des infirmiers/ères sans possibilité de délégation à des ASSC.

A la question (S) **de la réelle limite de compétences ou d'actes si souvent invoquée pour différencier le travail d'un ASSC et d'un/e infirmier/ère, avec quelques exemples concrets**, il est répondu que, sur le périmètre exact de la limite des soins de chaque profession de la santé, il paraît assez hasardeux de répondre dès lors qu'il s'agit d'aspects particulièrement techniques.

A la question (MCG) **des moyens à mettre en œuvre à moyen terme d'ici à 2014 pour renforcer le pôle de formation**, il est répondu que les

HUG ne peuvent être tenus pour seuls responsables de l'ensemble de la formation dans ce domaine ; d'autres institutions y participent. Il existe effectivement une pénurie de personnel, mais aussi des capacités limitées des structures dans l'absorption de ces flux en provenance du système de formation, notamment pour de simples questions relatives aux capacités d'encadrement de ces futurs jeunes professionnels. Les HUG sont toutefois en constante augmentation dans l'ensemble des domaines d'apprentissage : de 60 à 70 places d'apprentissage, il y a 5 ou 6 ans à plus de 100 aujourd'hui, et 120 au mois de septembre 2013, avec pour objectif de poursuivre jusqu'à 150 places.

A la question (Ve) **du coût de l'encadrement**, il est répondu qu'il faut à la fois envisager des coûts directs et des coûts indirects. Il s'agit, au-delà des rémunérations, du temps à y consacrer, du temps nécessaire à l'évaluation et également du coût des formateurs. Le coût de la formation n'a pas été calculé de manière globale aux HUG, mais plus généralement a été intégré dans la mission générale de formation qui incombe aussi à un hôpital universitaire. D'autre part, le dispositif de validation des acquis et de l'expérience fonctionne à satisfaction de nombreux collaborateurs. Les HUG ne manquent pas d'en assurer la promotion.

A la question (MCG) **de savoir si l'idée largement répandue que les candidats français, frontaliers ou étrangers seraient mieux formés et plus performants que les candidats suisses est fondée**, il est répondu que le rapport à l'examen porte uniquement sur les deux profils susmentionnés (ASE et ASSC) et non sur la totalité des activités de formation des hôpitaux universitaires. Les besoins infirmiers se situent en termes de rotation aux alentours de 150 à 180 personnes par an en tenant compte des départs de toute nature. Par le passé, avant la mise en place des HES, environ 80 personnes sortaient des écoles. Il subsiste donc un déficit, d'autant que ces personnes étaient également amenées à couvrir les besoins des autres établissements hospitaliers et EMS sur le canton de Genève. Quant aux effectifs actuels à la sortie des HES, ils se situent désormais autour de 120 personnes par an. Si la capacité d'admission a été fort heureusement renforcée, cette volée n'est pas tout à fait à même de combler les besoins des HUG. Quant aux autres profils prodiguant les soins, nombreux sont les employés étrangers mais résidant à Genève. Cette situation s'est constituée au fil des ans par manque de personnel qualifié. La formation d'ASA devrait partiellement répondre localement à cette lacune.

2.4 Audition de MM. Jean-Marie Carron, directeur des EMS de la Petite Boissière et Charmilles, et Alexandre Pizzinato, directeur adjoint de l'EMS des Charmilles

Présentation des auditionnés

M. Pizzinato indique en préambule avoir également été directeur adjoint de l'école d'ASSC.

L'introduction de ces trois nouvelles formations a constitué **une petite révolution** car l'intégration dans les équipes de ces différents types de profession ne s'est pas réalisée sans difficulté, avec différents titres (ASA, ASE, ASSC) et différents types de formation (plein temps ou dual).

Cette intégration a nécessité de **grands changements** dans les organisations respectives des établissements mais ce processus est désormais engagé et contribue à remédier à la question de la pénurie de personnel dans certains secteurs.

Tout le processus ne s'est pas mis en place sans guerre de territoires, au moins à l'origine, mais l'intégration progressive de ces nouveaux profils sur le terrain a également été l'occasion d'un développement progressif de l'adhésion à ces nouvelles professions. A l'origine du processus, pas loin de 50 % des établissements refusaient tout net l'engagement de ces jeunes professionnels. Les établissements justifiaient cette position par une insuffisance de ressources.

Aujourd'hui, il subsiste toujours une **difficulté sur le plan de l'encadrement** qui peut évidemment limiter les possibilités.

On constate par ailleurs **une sorte de cercle vicieux (ou vertueux)** qui implique que plus les institutions font preuve d'ouverture, plus elles sont sollicitées.

L'année passée (2012), tous stages confondus, **44 personnes étaient en formation** à la Petite Boissière et l'équivalent au sein de l'EMS des Charmilles, même si cette obligation chiffrée ne figurait pas au cadre du premier contrat de prestation.

Trois difficultés sont relevées : celle de l'encadrement qu'il faut pouvoir assumer ; celle de la rémunération des apprentis ; et une troisième difficulté liée au secteur particulier des EMS, la non-intégration de ce critère dans le cadre de l'outil PLAISIR (référentiel qualitatif déterminant le besoin en soins directs propre aux EMS).

Le **retour d'efficacité** a généralement lieu en deuxième et troisième année.

Echanges avec les commissaires

A la question (S) **sur la notion de ratio d'ASE dans les EMS**, il est répondu que 60 % du volume des soins prodigués dans les EMS ont directement à voir avec des épisodes de soins. Quant à l'animation, elle procède généralement de petites équipes déjà constituées dans lesquelles il reste relativement difficile d'intégrer des ASE. Proportionnellement, les ASSC sont plus nombreux. Sur les établissements concernés, il existe aujourd'hui 2 ASE (1 en dual, 1 en école plein temps) et 8 ASSC issus de la filière plein temps.

A la question (S) **du taux impressionnant de 50 % des EMS résistants à ces CFC**, il est répondu que le nouveau contrat de prestations valable pour les années 2014 à 2017 intégrera désormais cette obligation en termes de formation.

A la question (MCG) **de l'attractivité importante pour les ASE du secteur de la petite enfance (au détriment des EMS ?)**, il est répondu que l'animation (lieu d'emploi essentiel pour les ASE dans un EMS) occupe une place assez limitée dans un EMS (quelques postes). Souvent, lorsque les ASE sont formés dans ce secteur, ils doivent quitter l'institution pour trouver un poste, sans compter qu'ils ne sont pas formés aux soins. Le domaine de la gérontologie n'est pas toujours très attractif. Des efforts sont faits en matière de promotion pour faire des EMS des lieux de vie. Parfois, les stages sont l'occasion de déclencher des vocations.

A la question (PDC) **de la fonction des ASE (uniquement animation ?) dans les deux établissements concernés**, il est répondu que les apprentis ASE sont rattachés au secteur de l'animation au moment de leur apprentissage, mais se formeront aussi aux soins selon leur cahier de formation. Les ASSC se situent clairement du côté des soins, avec des incursions sur le plan de l'animation. La répartition financière généralement utilisée entre les types de formation dans les EMS est de 33 % du personnel en provenance d'une formation HES, 33 % en provenance du secondaire II et 33 % de personnel non qualifié qu'il convient d'inscrire dans un processus de qualification, ce qui paradoxalement risque de lui fermer les portes d'un engagement ultérieur à un niveau de fonctions supérieures.

A la question (PDC) **de savoir si les EMS ont déjà déterminé un « ratio d'employabilité » des ASSC dans leurs structures**, il est répondu que les EMS ont fondé leur réorganisation fonctionnelle sur l'analyse du cahier de formation qui lui-même a déterminé le cahier des charges et des compétences. Si le processus d'intégration est effectivement en cours, il reste relativement lent si l'on en juge par le nombre de personnes engagées

(8 ASSC sur les deux établissements, notamment à la faveur du départ d'une infirmière). Les gardes de nuit qui ne peuvent être assumées par les ASSC constituent par ailleurs un problème. Une grande part des soins délivrés dans les établissements sont des soins de nature palliative, avec une possibilité pour les ASSC de les réaliser séparément, étant entendu que la globalité reste du ressort de l'infirmier/ère. L'intégration des ASSC se réalise pour une petite part sur le ratio infirmier (de 26 à 20 %) et pour une part sur le personnel aide-soignant qualifié.

A la question (Ve) **des éventuels lieux de résistances à l'engagement des ASSC**, il est répondu qu'il est indispensable de pouvoir disposer d'un encadrement suffisant de ces professionnels sur le terrain. Il faut y participer activement même si ce processus induit parfois des difficultés pratiques. Selon l'expérience des auditionnés, à l'origine du processus et probablement encore aujourd'hui, la moitié des EMS se montre assez réfractaire. Le terme de résistances n'est toutefois pas apprécié : ceux d'indifférence, de méconnaissance ou de problème de ressources et d'encadrement seraient plus adéquats. Chaque établissement a ses spécificités. Ces résistances ont également eu lieu dans les milieux sociaux, avec l'intégration des ASE. Néanmoins, une bonne partie des résistances provenait des milieux infirmiers. Elles ne sont pourtant pas menacées car leur présence sera toujours indispensable et, au fond, leur travail s'en est trouvé valorisé avec ce rôle de supervision.

A la crainte (Ve) **de l'engagement d'ASSC dans le seul but de faire baisser les coûts**, il est répondu que le passage d'une classe 15 à une classe 10 constitue un gain financier non négligeable, sans que ce but constitue l'axe prioritaire de ce changement. Toutefois, les processus de formation continue mis en place dans les institutions à l'attention des personnes non qualifiées peuvent également aboutir à des augmentations de salaires et à une sorte de compensation financière de l'un par l'autre. Le gain existe mais reste modéré ; un équilibre est préservé.

A la question (S) **des conflits de territoires qui existaient au début du processus et qui se seraient subitement évaporés par la simple action du temps qui passe**, il est répondu que, fort heureusement, certaines craintes ou certains fantasmes ne résistent pas à la confrontation avec la réalité, ce qui permet progressivement une meilleure intégration et un accord de principe sur le recours à ces nouveaux professionnels. Bien évidemment, et au-delà de l'action du temps, il faut envisager une démarche plus volontariste avec détermination du cahier des charges et organisation précise. Les premiers essais sont déterminants : s'ils se passent mal, ils induisent alors une

mauvaise perception institutionnelle difficile à renverser, alors qu'à l'inverse une bonne première expérience encouragera à poursuivre dans cette voie.

A la question (S) **de la limite posée au niveau des actes techniques réalisables par les ASSC, respectivement par les infirmiers/ères, c'est-à-dire en fait le degré d'autonomie ou de dépendance des uns et des autres**, il est répondu que ces limites sont extrêmement claires pour ce qui concerne les ASSC. D'ailleurs le cahier des charges les identifie sans difficulté. Certains établissements vont limiter les activités en fonction de leurs besoins. Il a aussi été rappelé aux uns et aux autres qu'une profession ne se détermine pas uniquement en fonction des actes, de manière à favoriser le travail en équipe. La délégation s'opère généralement sur des tâches que l'ASSC peut effectuer en autonomie. Mais comme dans tout acte délégué, il existe au final une notion de responsabilité supérieure, l'acte délégué faisant l'objet d'un reporting et d'une évaluation – il est entendu que la technique utilisée par l'une ou par l'autre n'est pas différente, mais l'interprétation d'un écart par rapport à la norme n'appartient qu'à l'infirmier/ère. Il s'agit finalement de mettre la bonne compétence au bon endroit, à qualité de prestation égale. Le travail en équipe est essentiel : tous les actes qui ont été appris donnent à chacun des professionnels une autonomie d'action, mais suppose un partage des compétences sur le plan de l'interprétation globale. Les difficultés sont souvent présentes vis-à-vis des personnes très âgées présentant de multiples pathologies.

A la question (MCG) **du rôle joué par la fédération des EMS (FEGEMS) dans ce processus de développement de la formation et d'intégration des jeunes diplômés dans les institutions**, il est répondu que la FEGEMS n'est pas un employeur et qu'il est donc relativement limité dans ce cadre, même si la FEGEMS promeut comme il se doit toutes les démarches de formation qui généralement prennent place dans le cadre des OrTra.

A la question (MCG) **de l'âge moyen d'accession à la formation au sein des institutions**, il est répondu qu'il varie autour de 20-22 ans en moyenne, parfois 23 ou 24 ans en dual, mais rarement aux alentours de 16 à 18 ans. Ces jeunes sont assez souvent en manque de confiance et doivent être ré-appivoisés.

A la question (MCG) **de la collaboration avec l'OCE en vue d'augmenter le niveau d'intégration de ces jeunes professionnels**, il est répondu que le dispositif de collaboration avec l'OCE comprend une trentaine d'EMS et porte principalement sur le développement des ASA au travers des OrTra avec le soutien de l'OFPC.

A la question (MCG) de l'**éventuel recrutement de personnel frontalier**, il est répondu que cet intérêt est relativement limité car l'éloignement géographique est difficilement compatible avec les horaires coupés.

2.5 Audition de M^{mes} Denise Deschenaux, présidente, et Hélène Berg, membre du comité de la Fédération des institutions petite enfance genevoises suburbaines (FIPEGS)

Présentation des auditionnées

Une **certaine surprise** vis-à-vis de cette convocation est manifestée dans la mesure où la FIPEGS est formée d'institutions de la petite enfance qui sont subventionnées par les communes et non par le canton, d'où le lien fragile avec ce rapport du Conseil d'Etat.

Dans le très court délai qui séparait la FIPEGS de son audition, un **rapide sondage** a été effectué auprès des institutions de la petite enfance, sur les questions portant sur les engagements en cours et à venir : sur les 44 établissements, 29 ont répondu dans le délai imparti. Pour l'année 2012-2013, 29 apprentis ASE en dual, 6 en école, 23 en validation d'acquis et 31 en fonction. Pour l'année 2013-2014, 36 apprentis ASE en dual, 5 en école, 21 en validation d'acquis et 39 en fonction. Ces chiffres correspondent toutefois parfois aux mêmes personnes ; ils ne peuvent donc être additionnés. Les chiffres communiqués ne portent d'autre part pas sur la totalité des institutions mais principalement sur les institutions qui participent à cet effort de formation, celles fonctionnant sans direction ne peuvent que difficilement devenir formatrices d'apprentis. Enfin, toutes les institutions suburbaines ne sont pas nécessairement membres de la FIPEGS.

De manière générale, on peut observer une **augmentation progressive de l'effort de formation** qui participe à la réalisation des objectifs et des missions dévolues aux institutions de la petite enfance.

Echanges avec les commissaires

A la question (PDC) de la **détermination préalable des rôles avant l'intégration dans les structures (afin d'éviter le manque de reconnaissance et le « cas par cas »)**, il est répondu que, dans certaines institutions, plusieurs personnes sont formées alors que, dans d'autres, la taille de la structure ne permet pas une telle prise en charge. Pour le reste, la question reste posée car effectivement le cahier des charges a souvent été réclamé sans qu'à ce jour cet outil ne soit mis à disposition, alors même qu'il cristallise par son absence de nombreuses plaintes en provenance des

institutions. Par ailleurs, le vocabulaire institutionnel particulier au sein des institutions de la petite enfance ne classe pas les auxiliaires dans une catégorie d'aides non qualifiées, mais au contraire dans un niveau de fonction assez proche des éducateurs de la petite enfance. Il faut donc comprendre que cette fonction d'auxiliaire est amenée à disparaître à terme, après le rattrapage de formation. Les auxiliaires ont un salaire de l'ordre de 80 % de celui d'un éducateur ES.

A la question (PDC) **de la formation continue, désormais accessible pour les ASE, au niveau des attestations en 2 ou 3 jours**, il est répondu que les cours du CEFOPS sont désormais uniquement accessibles au niveau ES compte tenu du fait que les titulaires de CFC n'arrivaient pas à suivre le même niveau de formation.

A la question (S) **d'une éventuelle différence de qualité dans les prestations effectuées par des candidats ayant suivi une formation à plein temps, par rapport à ceux qui ont effectué un parcours en dual au sein d'une crèche**, il est répondu que les trois niveaux de formation présents dans les institutions sont bien définis (ES, ASE et aides non qualifiées), comme les rôles et les cahiers des charges. Après, chaque institution devra travailler sur les interactions dans sa propre structure. La problématique de la motivation exacte sur laquelle se base la formation est également déterminante.

A la question (S) **des rapports qui se nouent au sein du personnel des crèches entre les éducateurs spécialisés et les diplômés ASE**, il est répondu que le facteur essentiel de réussite de cette intégration réside dans la manière d'engager les personnes et d'avoir préalablement réfléchi à l'équilibrage des équipes, tout en prévoyant un accompagnement adéquat. On ne peut donc pas affirmer que les nouveaux diplômés soient mal accueillis par principe car tout dépend de cette préparation, du dosage et de la manière de procéder propre à chaque institution.

A la question (MCG) **du nombre de personnes à former si l'on veut éliminer la pénurie actuelle**, il est répondu par les auditionnées qu'elles ne sont pas en mesure de préciser ce volume. Le département indique une masse de plusieurs centaines de personnes.

A la question (MCG) **de la réalité effective de la différence de compétence constamment rappelée entre les capacités d'une éducatrice et celle d'une aide non qualifiée mais qui serait par hypothèse très motivée**, il est répondu que la question est étrange car la motivation n'a jamais été au centre du débat sur la compétence. Néanmoins, les ASE sont plus dans le savoir-faire et les éducateurs dans la réflexion, en étant plus

capables de prévoir l'évolution de l'enfant, ce qui est moins à la portée d'une jeune personne de 18 ans détentrice d'un CFC.

A la question (Ve) **des auxiliaires qui disposent souvent d'un niveau d'études supérieures et dont le cahier des charges pourrait être partagé avec les ASE**, il est répondu qu'il serait souhaitable que le service des autorisations harmonise les conditions de pratique de manière que chacun puisse connaître exactement son périmètre d'intervention. Les éducateurs ne disposant pas d'un titre reconnu sur le canton de Genève sont par exemple de facto exclus, ce qui peut notablement compliquer l'organisation des institutions notamment pour les ouvertures et les fermetures.

A la question (Ve) **de l'évaluation des premières expériences de formation et de la compétence de ces nouveaux diplômés**, il est répondu que le secteur de la petite enfance est satisfait de voir arriver ces jeunes détenteurs de CFC et de leur réserver la place qui leur convient, comme d'ailleurs il est également satisfait de la mise en place des processus de validation des acquis de l'expérience (VAE) à l'attention des collaborateurs déjà en fonction dans les institutions. Toutefois, sur ce dernier point, il y a des craintes exprimées par certains responsables d'institutions qui sont dubitatifs quant à la qualité des connaissances certifiées après la validation des acquis ; d'autant qu'il n'existe pas de processus de validation des acquis des ASE sur le terrain. Or, cette validation est essentielle. Les responsables des institutions ont d'autant plus de craintes qu'en principe, un ASE peut accéder à ses fonctions dès l'âge de 18 ans, raison pour laquelle il est indispensable de bien ventiler les responsabilités que chacun est à même d'assumer, et de bien articuler la complémentarité entre les fonctions. Bien que certains candidats démontrent une certaine maturité, il faut absolument qu'ils puissent mesurer l'étendue des conséquences de leurs actes et de leurs décisions. Il existe donc aujourd'hui un problème de validation sur le terrain, car cette validation intervient sans avoir couvert tous les domaines et toutes les responsabilités. Les situations sont complexes et doivent être appréhendées dans leur globalité, ce que peinent parfois les ASE à réaliser dans leur pratique quotidienne. Il en résulte la nécessité de prévoir une formation continue adaptée, inexistante à ce jour (à l'exception de la formation continue prévue au niveau des HES/CEFOPS).

A ce stade, **le département (par la voix de la direction de l'OFPC) souhaite rectifier quelques éléments :**

- seule la VAE au niveau des ES doit encore faire l'objet d'une mise en œuvre ;

- à ce stade, la certification est uniquement cantonale ;
- nul doute ne doit subsister dans les esprits : le diplôme d'ASE est un niveau qualifié ;
- quant au processus de validation des acquis de l'expérience, il est du ressort fédéral même si sa mise en œuvre est confiée aux cantons. Il ne peut débiter qu'à la condition de disposer de suffisamment d'années d'expérience (au moins 5 ans) et s'opère selon un protocole très détaillé (dont divers entretiens) qui impose un bilan de compétences sous la supervision d'un expert-métier. Cet expert décidera à la suite de l'évaluation d'un dossier très complet s'il convient ou non d'engager une évaluation sur le terrain. Par ailleurs, une commission externe est chargée d'examiner le dossier remis par l'expert. On peut donc considérer qu'il s'agit d'un processus précis, exigeant et de longue haleine. C'est un fait que ce processus de validation des acquis est particulièrement adapté au secteur de la petite enfance mais se développe aussi dans de multiples autres secteurs ;
- quant à une éventuelle appréciation négative de ce programme, le département n'en a pas eu l'écho et n'a pas entendu de critiques quant à une moins bonne qualification des personnes ayant eu recours à la VAE ; c'est plutôt l'inverse du fait de l'expérience généralement profitable ;
- au sujet de la formation continue, elle est tout à fait possible soit via la filière des diplômes (MAS/DAS/CAS), soit selon des formations « à la carte » aussi disponible pour les ASE.

A la question (S) **de la proportion de personnes ayant bénéficié d'une VAE, désormais actives sur le terrain**, il est répondu par le département que cette proportion n'est pas précisément connue mais dans l'immense majorité des cas, les experts procèdent à une validation sur le terrain au travers d'une mise en situation. Un maître professionnel ne délivre pas sa validation sans s'être assuré de la compétence du candidat, y compris au travers du regard d'une commission tripartite qui regroupe les acteurs du secteur.

2.6 Audition de M. Adrien Bron, directeur général à la Direction générale de la Santé (DARES)

Présentation de l'auditionné

Bien évidemment qu'un **lien immédiat est à faire entre le contenu du rapport du Conseil d'Etat et la lutte engagée contre la pénurie**. Il s'agit ici d'une loi expérimentale portant sur une durée de quatre ans et qui du point

de vue calendaire a pu malheureusement interférer avec des contrats de prestations déjà validés au moment de son entrée en vigueur.

Toutefois et malgré cet écueil technique, **les HUG ainsi que la nouvelle IMAD** n'ont pas manqué d'en tenir compte dans leur programmation 2012-2015. Des financements ont été prévus en regard des cibles de formation.

Si un souhait devait être manifesté, ce serait celui de poursuivre dans cette voie par un projet de loi contenant plus d'éléments concrets, **projet de loi qu'il annonce d'ores et déjà à l'horizon 2014** et qui inclura le modèle bernois.

Le **groupe de pilotage** sur la pénurie a notamment identifié la nécessité de mieux utiliser les ressources. Son premier rapport au Conseil d'Etat en avril 2012 a permis d'approfondir toutes les pistes qui s'y trouvaient inscrites. Un rapport de réalisation sera déposé à la fin juin 2013 devant le Conseil d'Etat.

Ce débat peut parfois avoir un aspect un peu paradoxal dans la mesure où les infrastructures hospitalières et sociales n'éprouvent pas véritablement de difficultés majeures à recruter sur un marché assez vaste. Toujours est-il qu'il est plutôt question de **ne plus importer massivement la main-d'œuvre française** et par là de profiter de la manne de personnel formé en France.

Il en résulte la **volonté clairement affichée d'augmenter les capacités de formation**, sans toutefois que cet objectif ne doive se réaliser sans réflexion et dans l'urgence. L'enjeu principal visant dans les prochaines années à mieux utiliser les ressources, c'est-à-dire le rapport existant entre les compétences et la prise en charge.

Dans ce cadre intervient le **modèle bernois** qui fonde une obligation légale de s'engager dans la formation selon un coefficient fixé dans chaque secteur (à ceci près que la codification bernoise intervenait pour formaliser une tradition de formation déjà bien établie à Berne). Dans ce modèle, le but est d'arriver à une autonomie totale, et les résultats déjà obtenus sont bons mais nécessitent d'après discussions avec les institutions.

En conclusion, une **nouvelle loi spécialisée** est à l'étude ; sa consultation devrait débiter en 2014 pour une entrée en vigueur en 2015. Elle pourrait donc parfaitement intégrer les contrats de prestations pour la période 2016-2019. Encore une fois, il s'agit de réaliser un travail de fond et de bien réfléchir aux interactions sans nécessité de terminer ce chantier dans un an.

L'autre enjeu de ce débat portera sur le **degré d'autonomie** que l'on désire atteindre, c'est-à-dire celui du pourcentage par rapport aux besoins. Un cap raisonnable se situerait autour de 70 %. Au-delà, l'enjeu portera sur l'intégration de ces personnes formées sur le marché du travail et dépendra de

la réactivité des institutions car il convient que ce type d'intégration nécessite une certaine plasticité. Est évoquée la possibilité de prévoir aussi quelques incitations au niveau de l'efficacité et de l'encadrement.

Pour conclure, **il faut poursuivre l'effort entrepris.**

Echanges avec les commissaires

A la question (S) **du déficit genevois en matière de formation pour atteindre dans l'idéal une autonomie complète**, il est répondu qu'il est difficile de répondre précisément à cette question. Les données manquent mais l'idée consiste à ancrer cet objectif au sein de la planification sanitaire. Une bonne part de ce chantier visait d'abord une analyse approfondie de la situation, ce qui permit en 2009 de prendre une photographie des besoins à Genève, en sachant que, si de manière très optimiste on considère que la formation genevoise absorbe 30 à 50 % des besoins selon les métiers, le solde est actuellement puisé ailleurs et principalement en France.

A la question (PDC) **des pistes envisagées par le groupe de travail sur la pénurie**, il est répondu qu'il est notamment nécessaire de mieux utiliser les compétences, et donc mieux répartir les tâches entre les ASSC et les infirmiers/ères avec un cadre général pour l'ensemble du canton avec des référentiels communs à l'ensemble des institutions. Un axe de travail vise donc à édicter un certain nombre de recommandations génériques applicables à tous, qu'il s'agisse des HUG ou des EMS par exemple, que chacun puisse disposer de documents de référence dans un effort global d'information (sur des normes déjà existantes) et de vulgarisation.

A la question (Ve) **du cahier des charges précis des ASSC**, il est répondu que le référentiel de compétences est désormais connu pour les ASSC. Il est transposable en cahier des charges, même s'il n'existe pas un cahier des charges général pour l'ensemble du canton.

A la question (Ve) **des difficultés apparues quant au niveau d'exigence applicable à tous dès lors que par exemple, en Suisse alémanique, le niveau des infirmiers/ères se situe plus généralement autour du CFC/ES que du HES exigé à Genève**, il est répondu que cette différence existe bel et bien.

A la question (Ve) **du caractère véritablement judicieux de la suppression des infirmiers/ères assistants**, il est répondu que l'historique du dossier n'est pas connu.

A la question (MCG) **de l'état d'avancement du projet de mise en place d'une école d'infirmiers/ères en France voisine**, il est répondu que le DIP est en charge de ce dossier régional. Les autorités françaises insistent

afin d'obtenir un financement du canton de Genève. A ce stade, les deux objectifs, à Genève et en France voisine, sont poursuivis parallèlement. La HES a augmenté sa capacité d'accueil dans le cadre de la lutte contre la pénurie, alors que l'école française n'est pas encore en fonction. La question de l'agrandissement des locaux est posée et partiellement résolue au travers d'une surélévation. A noter également que la capacité de formation pratique au sein des institutions genevoises est également utilisée par les étudiant-e-s français-e-s en formation.

Complément du département suite à l'audition

Il faut rétablir un **éventuel malentendu au sujet des diplômés ASE/ASSC et ASA** : toutes ces formations disposent déjà d'un cahier des charges fondé sur des référentiels. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter à la description très précise disponible sur le site de la Confédération⁸.

Par ailleurs, il s'agit évidemment de bien **distinguer** des **référentiels**, liés aux formations et aux fonctions, des **cahiers des charges** qui doivent en principe s'adapter selon les institutions.

Le **groupe de travail sur la pénurie** réfléchit également et de manière globale à la valorisation constante de toutes les formations SECII et ES.

Les **places d'apprentissage** sont mises en ligne et consultables⁹.

2.7 Audition de M^{mes} Marie Da Roxa, directrice générale, et Sandrine Fellay Morante, collaboratrice au sein de la direction générale de l'Institution de maintien et d'aide à domicile (IMAD)

Présentation des auditionnées

En préambule, la transformation de la FASD en **IMAD**, sous la forme d'une entité publique autonome, est rappelée.

L'effort de formation a été initié et intégré depuis longtemps à la FSASD, avec une accélération perceptible depuis deux ans au niveau des ASSC, mais aussi dans tous les domaines de la formation, y compris les mécanismes de passerelles à l'attention des adultes par le biais de la validation des acquis de l'expérience (VAE).

En chiffres, l'IMAD actuellement, c'est 16 500 clients, 7 jours sur 7, 24h sur 24, 2 000 collaborateurs et 5 000 actes par jour.

⁸ www.CBFI.admin.ch et <http://www.sbf.admin.ch/org/index.html?lang=fr>

⁹ www.citedesmetiers.ge

Par ailleurs, le **vieillissement programmé** de la population¹⁰ va avoir un énorme impact dans les prochaines années, d'où l'absolue nécessité de développer les soins et le maintien à domicile. Car, comme chacun sait, il ne sera pas possible de recourir indéfiniment aux EMS.

Au sujet de la formation, certains profils CFC comme celui d'aide familiale ont été supprimés dès 2009 et se retrouvaient sans perspectives. Il a donc fallu proposer des passerelles au travers de la VAE ou de différents modules complémentaires afin d'assurer la suite de la formation. Cette mise en place a nécessité un énorme travail d'articulation et d'organisation de la formation, mais aussi de trouver autant de stages techniques correspondants (par exemple, la validation des prises de sang au sein des hôpitaux).

Cette nouvelle situation est à l'origine d'une **nouvelle répartition des rôles et des responsabilités**, étant entendu que, pour l'institution, il ne s'agit plus seulement d'accueillir et de former mais de repenser complètement les rôles. En effet, l'arrivée des ASSC ne peut pas se limiter à une simple délégation des actes (sous surveillance infirmière) mais doit se traduire par une vraie délégation des situations avec la volonté de créer une fonction et une place relativement autonome – car, avec l'arrivée des infirmiers/ères HES, on ne va pas former à ce niveau pour effectuer des tâches qui peuvent être réalisées au niveau ASSC. Il faut également trouver des espaces de coordination entre les infirmiers/ères et les ASSC.

Ce repositionnement est en cours notamment au niveau du cahier des charges.

En 2009, l'institution accueillait **15 ASSC** ; en 2013, ils sont au nombre de 121 pour un ratio de 440 infirmiers/ères. Les chiffres démontrent que l'institution est tout à fait convaincue du potentiel que réservent ces nouveaux professionnels. L'intégration se trouve souvent facilitée du fait de la présence préalable des personnes devenues ASSC dans les équipes. L'IMAD a consenti des efforts importants en termes de formation avec comme corollaire une vision très positive à l'égard des nouveaux profils. Il s'agit à la fois d'une formation duale et à plein temps, ainsi que comme on l'a dit du recours, particulièrement massif dans le cadre de cette institution, à la VAE.

La seule petite crainte porte sur la question de la formation des adultes qui bientôt va basculer sur les OrTra à partir de septembre 2013. Il est

¹⁰ Aujourd'hui, 4,7 % de la population genevoise, soit 22 000 personnes, a plus de 80 ans et ce chiffre va doubler d'ici à 2040, dont 1 sur 4 est suivie par l'IMAD ou 47 % de la clientèle.

indispensable de réfléchir à l'harmonisation des référentiels de compétences entre les différentes filières.

Au sujet de la loi expérimentale, elle a visiblement rempli sa mission et l'objectif déjà inscrit dans le contrat de prestations se poursuit au travers des travaux du groupe de travail sur la pénurie (composé de 22 groupes dans 11 desquels siège l'IMAD) qui devrait à terme reprendre en grande partie le modèle bernois qui postule une obligation de former aux institutions subventionnées.

Par ailleurs, un réajustement devrait en principe avoir lieu entre le moment de la signature du **contrat de prestations** et celui de l'octroi des subventions afin de s'assurer de la coïncidence de l'un et de l'autre.

Echanges avec les commissaires

A la question (Ve) **de savoir si la loi a été utile et a rempli sa mission ou s'il faut imaginer la faire perdurer**, il est répondu que l'on peut envisager la situation sous l'angle de ce qu'on pourrait appeler les bons et les mauvais élèves : certains secteurs ont pleinement assumé leurs responsabilités, d'autres moins en utilisant des procédures d'évitement sans être véritablement contraints à respecter la règle. En conséquence, la nouvelle loi actuellement en préparation devrait envisager l'ensemble des situations de manière plus globale, tout en montrant un caractère plus coercitif ou à tout le moins plus volontariste. Les mêmes règles du jeu devraient s'appliquer à tous, et principalement à toutes les institutions subventionnées. Il faudra être attentif aux équilibres car même les grandes institutions ne peuvent pas prétendre à absorber l'ensemble des besoins.

A la question (Ve) **des soins à domicile se caractérisant justement par un fort degré d'autonomie du personnel soignant qui suppose donc une certaine indépendance (supposément difficile à réaliser pour les ASSC) vis-à-vis d'une supervision infirmière**, il est répondu qu'effectivement la gestion des ressources ne permet pas d'envisager un dédoublement systématique dont le sens serait difficilement justifiable d'où la possibilité pour les ASSC de travailler seuls au domicile des clients. Cette démarche n'est pas sans ambiguïté, entre la volonté d'autonomiser et les limites du cahier des charges. Par exemple, la préparation des médicaments au domicile du patient qui, selon l'ordonnance de formation, devrait strictement impliquer la supervision de l'ASSC par un/e infirmier/ère. Un tel processus multiplierait les passages au domicile du patient, en étant attentif à ne pas multiplier les intervenants. Cette gestion des ressources est d'autant plus fondamentale que l'institution doit faire face à une masse non négligeable de

dépassements (270 000 heures par an sur 535 000 heures de soins). Il est par conséquent crucial de rationaliser les actes et leur délégation. Sur ce point, une discussion est ouverte auprès du médecin cantonal afin d'examiner la possibilité d'inverser la logique de base qui réservait l'ensemble des actes à un principe de délégation sauf dérogations, pour en arriver plutôt à un principe d'ouverture complète, sauf exceptions. Il est bien évident que chaque situation doit être envisagée individuellement en fonction du dossier et de la situation car toutes les situations ne peuvent pas être déléguées et doivent à tout le moins être suffisamment stabilisées. Chaque sortie d'hôpital par exemple doit être traitée différemment selon la situation et les capacités du patient, mais des critères précis et une situation médicale stabilisée peuvent permettre une meilleure gestion (entre 500 et 700 sorties d'hôpital par mois). L'inversion du paradigme (ouverture avec exceptions) suscite énormément d'attente de la part des ASSC. La seule délégation de prestations s'avère terriblement frustrante pour les collaborateurs, si elle ne s'accompagne pas d'une vision plus large par situation. Enfin, des lieux de coordination doivent être mis en place pour assurer un monitoring global au-delà de la perception individuelle de chacun. Une période de latence est toutefois incontournable entre les adaptations nécessaires et la conclusion des discussions avec le médecin cantonal.

A la question (MCG) **de la mise en œuvre de ces nouvelles formations sans suffisamment de réflexion préalable sur l'ensemble des aspects qu'elles soulèvent**, il est répondu qu'on ne peut imputer aux différents processus une quelconque précipitation. Effectivement, un certain nombre de décisions ont été prises sur le plan de la formation, de la même manière que les employeurs ont exprimé un certain nombre de positions, voire même dans certains cas des réticences, au moins à l'origine, de la part du milieu hospitalier et des EMS. Cela étant, ce domaine de la formation professionnelle est essentiellement partenarial et a donc été modifié dans un esprit de concertation et sur initiative des partenaires. L'idée générale va désormais dans le sens d'une nouvelle prise en charge pluridisciplinaire. Dans ce cadre, l'ASSC ne peut être considéré comme un/e « infirmier/ère au rabais », mais comme un véritable professionnel doté de compétences propres. Si les processus n'ont pas toujours été simples, l'état actuel du dispositif paraît plutôt positif à ce stade. Bien évidemment, il faut composer avec les représentations mentales des métiers, qui généralement sont assez rigides, et des professionnels peu enclins à déléguer et à faire confiance. En outre, il importe de régler au mieux le rapport-métier entre les infirmiers/ères et les ASSC. Une approche volontariste au sein des institutions est donc nécessaire, comme d'ailleurs de développer une dynamique de politique

publique autour de ces aspects. La nouvelle loi en préparation devrait largement s'inspirer du modèle bernois et tenter de répondre à la question de l'ajustement et des quotas de formation, avec les limites imposées entre les sommes octroyées et les objectifs souhaités.

A la question (PDC) **des possibilités de formation pour les petites institutions (par exemple les EMS) via par exemple une forme d'harmonisation du processus d'intégration entre les différents établissements**, il est répondu que les profils proviennent indistinctement des différentes filières sans préférence particulière pour l'une ou l'autre origine. Il est bien évident que le mode d'intégration de ces nouveaux professionnels au sein des différents types de structures va varier en fonction des besoins et des spécificités de chacune d'entre elles. Les besoins des EMS sont différents de ceux des hôpitaux par exemple, qui préféreront le profil d'ASA, ou d'ASSC à celui d'ASE. Dans tous ces processus, il s'agit de rééquilibrer l'enjeu de supervision.

A la question (PDC) **des perspectives d'évolutions professionnelles des ASSC**, il est répondu qu'un certain nombre d'ASSC vont effectivement poursuivre leur formation vers le métier d'infirmier/ère, alors que d'autres parfaitement heureux dans leur métier vont le poursuivre. Le plus important consiste à bien définir cette fonction et sa place dans l'organisation partagée du travail, mais encore une fois, ce processus est en construction et prend du temps. Pour ce qui concerne les aides-soignants, ils disposent également d'une passerelle leur permettant d'aller vers la fonction d'ASSC, l'objectif primordial restant la responsabilisation et la prise d'autonomie des ASSC. A ce propos, les progrès du dossier mobile (application PDA), le contact constant avec l'infirmier/ère et le médecin-référent favorisent cette dynamique d'ouverture du cahier des charges sans faire courir de risques au patient.

A la question (MCG) **de l'articulation avec les soins infirmiers et de la coordination avec les différents personnels paramédicaux (physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues...)**, il est répondu que l'approche pluridisciplinaire est évidemment présente dans l'institution qui accueille nombre de personnes du secteur paramédical (en rappelant que l'IMAD fonctionne sans médecin, sans pharmacien ni physiothérapeute ni psychologue). Par rapport à la chaîne des soins, l'IMAD est capable de couvrir toute la gamme y compris les repas. Il ne s'agit évidemment pas d'empiler toutes ces prestations mais de les coordonner dans une perspective adéquate. A l'avenir, se développe progressivement l'idée d'un master en soins intégrés (réflexion en cours au sein du groupe sur la pénurie). Toutes ces discussions et ajustements ont lieu mais il s'agit du début d'un processus

global qui verra son aboutissement complet, probablement dans une décennie.

A la question (MCG) **des aspects éthiques de la formation qui devront accompagner le développement et l'activité de ces nouvelles professions**, il est répondu que l'institution est bien consciente de la nécessité de créer en son sein une commission dévolue à cette tâche et capable d'examiner tous les aspects liés à la fois au début et à la fin de la prise en charge. A ce propos, il est rappelé que l'IMAD est soumise à une obligation générale prise en charge qui ne lui permet pas (et c'est heureux) de choisir ses clients ; toutefois, se pose et se posera encore et toujours la question des limites de prise en charge et de maintien à domicile.

A la question (MCG) **du nombre d'hommes dans ces filières de formation essentiellement féminines**, il est répondu qu'aucune forme de discrimination n'atteint les hommes dans leurs prétentions à occuper de tels postes, même si de fait moins de candidats masculins se présentent. Par ailleurs, les voies d'accès sont ouvertes en principe dès la fin de la formation, mais il faut également compter avec la question de la maturité émotionnelle suffisante pour travailler dans une institution dès l'âge de 18 ou 19 ans. Quant à la force physique parfois mise en avant pour expliquer la nécessité d'un personnel masculin, elle peut se contourner par des aménagements intérieurs, ou le plus souvent par la présence de deux intervenants lorsqu'il s'agit de mobiliser une personne de plus de 120 kilos par exemple. En outre, les aspects de protection de la santé des collaborateurs doivent également être considérés (mal de dos, arrêt maladie consécutif à de tels actes). Un autre élément peut intervenir dans la mesure où certaines femmes refusent d'être soignées par des hommes ou inversement, sans parler des questions de couleur de peau ou du facteur religieux.

2.8 Audition de M. Alain Kolly, directeur général des Etablissements publics pour l'intégration (EPI)

Présentation de l'auditionné

Les établissements publics pour l'intégration (EPI) sont issus de la **fusion successive d'un certain nombre d'institutions** dont l'historique est rapidement retracé en terminant avec l'intégration plus récente de différents foyers.

Aujourd'hui, les EPI regroupent 740 collaborateurs soit 612 ETP. Par ailleurs, le rôle des ateliers qui intègrent un certain nombre de personnes handicapées est important.

Dans ce fonctionnement décentralisé, il s'agissait donc **d'intégrer à la fois des stagiaires et des apprentis**, tout en participant aussi au dispositif de l'économie solidaire en intégrant des personnes au bénéfice des emplois de solidarité, ainsi que des personnes dépendantes de l'aide sociale.

On comprend immédiatement que la situation particulière des EPI se caractérise notamment par une **population très diversifiée**, aux besoins multiples et pour laquelle il fallait déterminer un tronc commun de formation, ce qui n'a pas manqué d'être réalisé.

Le nombre d'apprentis est de **35, dont 26 dans la catégorie ASE**. Ils sont actifs au sein des résidences et auprès des personnes en situation de handicap. Ils bénéficient du programme de formation continue ainsi que de l'appui des chefs de secteur présents dans chacun des lieux.

Une réflexion n'a pas manqué d'avoir lieu au niveau du **cahier des charges** et notamment de l'effet de complémentarité qu'il a fallu mesurer par rapport à la fonction d'éducateur. Si tout n'a pas été facile, l'affinage progressif du cahier des charges est pratiquement réalisé sur la base d'un système de tâches avec délégation et la désignation de garants.

Aujourd'hui, **ces binômes fonctionnent en bonne complémentarité** et sont arrivés à maturité. Toutefois, si cette complémentarité a bien été trouvée, elle repose sur un équilibre encore relativement fragile, même si par ailleurs le retour en provenance des collaborateurs et des chefs d'équipes s'avèrent plutôt positif.

Echanges avec les commissaires

A la question (PDC) **du ratio généralement en vigueur au sein des institutions entre les détenteurs d'un CFC et d'un diplôme HES**, il est répondu que, au 31 mai 2013, sur 320 collaborateurs du domaine socio-éducatif, 62 % sont des éducateurs (soit 202 personnes) contre 37 % d'ASE (soit 121 personnes). Cet équilibre est atteint depuis six mois environ et ne devrait pas subir de modification, ni continuer à progresser à ce stade. En fonction des spécificités de chaque établissement, le degré de prise en charge subit diverses variations. De la même manière, le degré d'autonomie des professionnels peut également varier de manière assez conséquente en fonction des situations et des institutions. Il en résulte que la proportion entre les ASE et les éducateurs varie d'une institution à l'autre au sein des EPI. Il a fallu repenser l'organisation de manière renforcée afin d'optimiser le dispositif.

A la question (Ve) **sur la suite à donner à cette loi expérimentale après sa période d'application**, il est répondu que, pour ce qui concerne

l'efficacité de cette disposition législative, les EPI se montrent évidemment satisfaits. Une suggestion serait peut-être d'augmenter la part d'accompagnement auprès des employeurs.

A la question (MCG) **de savoir si les EPI envisagent une augmentation du nombre d'apprentis**, il est répondu que les EPI n'envisagent pas à ce stade d'augmenter la part de leurs apprentis, en considérant qu'une trentaine d'ASE sont suffisants.

A la question (Ve) **du cahier des charges spécifiquement destiné aux ASE existant au sein des institutions concernées**, il est répondu qu'il s'agissait dans un premier temps de fixer des limites respectives tout en encourageant les équipes à indiquer les situations dans lesquelles elles retrouvaient des frictions entre leurs compétences. L'intention est d'affiner les tâches afin de limiter les zones de tensions entre l'exécution et la supervision. Des ajustements ont donc lieu en fonction du niveau de responsabilité et de formation.

A la question (Ve) **de savoir si le cahier des charges aujourd'hui fixé est resté dans les limites définies par le référentiel de formation ou s'en est éloigné**, il est répondu que le cahier des charges est resté relativement proche du référentiel. Cependant, le secteur du handicap doit gérer des situations parfois très lourdes et multifactorielles qui ne peuvent se résoudre uniquement au travers du cahier des charges. Dans un tel cadre il faut prévoir au sein des structures un dispositif permettant à chacun de faire part de son expérience et de ses doutes éventuels afin d'obtenir une validation, des réponses ou un complément d'information. Au-delà, il faut également avoir une certaine confiance dans les professionnels, leur réflexion et leur bon sens. Au fond, et au sujet du degré de précision de ce cahier des charges, il existe toujours une certaine tension entre le souhait toujours accru d'une plus large autonomie dans l'exercice des fonctions et, d'autre part, le souhait de voir le cahier des charges être toujours plus précisé.

A la question (MCG) **de la future mobilité professionnelle des ASE après avoir été formés dans le secteur du handicap**, il est répondu que l'étendue du secteur du handicap permet déjà une certaine mobilité interne à l'intérieur d'un réseau assez vaste. Par ailleurs, les candidats qui souhaitent travailler dans ce secteur ne se bousculent pas et sont généralement animés par une certaine forme de vocation, même si certains sortent du secteur après leur période d'apprentissage. Pour tenter de juguler cette déperdition, et de capitaliser sur les personnes déjà formées les EPI mettront à disposition, à partir de septembre 2013, un programme spécifique permettant aux ASE de progresser vers la fonction d'éducateur. De manière générale, on peut regretter la perte de compétences que provoquent de nombreux départs à la

retraite, d'où la nécessité de constituer ou de reconstituer les ressources humaines et de les fidéliser.

A la question (PDC) **de la durée d'apprentissage (deux ans ou trois ans ?)**, **il est répondu par le département qu'il s'agit bien d'un apprentissage en trois ans**, mais les personnes de plus de 22 ans bénéficient d'un apprentissage accéléré en deux ans.

A la question (S) **des tâches différentes entre un éducateur et un ASE (craignant de les voir se transformer en des « éducateurs au rabais »)**, il est répondu que là fut précisément tout le travail de fine répartition des rôles et des responsabilités dans le cahier des charges et dans le cahier des tâches. Ces craintes sont celles de tous mais ne devraient pas se vérifier si les limites sont correctement posées.

3. Discussion générale

Le groupe PDC a bien entendu que la loi expérimentale devrait en principe se prolonger au travers d'un projet de loi en préparation, en visant par exemple une inscription systématique au sein des contrats de prestations. Cependant, il semblerait que **ce projet de loi ne se focalise que sur les ASSC, sans se préoccuper des ASE**.

Le département confirme les propos du DARES sur la future loi en préparation. Il est bien évident que la situation des ASSC et des ASE n'est pas totalement comparable. Les ASSC en comparaison intercantonale sont à Fribourg en 2011 au nombre de 87, à Genève 26, à Neuchâtel 57, dans le Jura 32, le Valais 136 et Vaud 117. Les ASE ont trouvé plus facilement leur place, sans compter que, dans ce domaine, la validation des acquis a joué à plein auprès des adultes. Les attentes concernant les ASE peuvent être intégrées au sein du projet de loi par le biais d'une recommandation à faire figurer dans le rapport. La réorganisation complète des métiers de la santé n'est pas et de loin le fait du canton de Genève isolé, mais de l'ensemble des cantons au niveau fédéral. Et cette réorganisation n'a pas été le fait de la précipitation mais d'un processus extrêmement précis et mesuré de la part des professionnels du secteur. Les profils par exemple sont le fruit des décisions des secteurs professionnels, étant entendu que le cahier des charges ne va pas nécessairement être le même dans une grande et une petite institution même si la profession est identique et est officiellement reconnue au plan fédéral depuis 2004 (ce qui n'était pas le cas précédemment).

Le groupe MCG rappelle néanmoins que les **spécificités cantonales** peuvent parfois s'exprimer de manière assez variée, y compris en prévoyant un niveau de formation intermédiaire comme c'est le cas dans bon nombre de

cantons alémaniques. En principe, à Genève, ce niveau intermédiaire n'aura pas droit de cité. Par ailleurs, l'organisation des structures hospitalières ou du secteur du handicap connaît également une grande variété entre les cantons et produit inmanquablement une influence sur le personnel utilisé.

Le département rappelle que la future loi a pour objectif de lutter contre la pénurie. Il s'agira de contraindre les institutions subventionnées mais aussi d'inciter des structures privées à s'engager plus dans le processus de formation. La loi comprendra également l'aspect fondamental des stages pour l'ensemble des filières concernées.

Le **groupe Vert** croit pouvoir, à l'issue de cette discussion et des diverses auditions, discerner deux préoccupations fondamentales à l'endroit des ASE : d'une part, le souhait de soutenir mieux l'encadrement au niveau des employeurs ; d'autre part, celle d'augmenter aussi les moyens mis à disposition de la formation des ASE, notamment dans le cadre de la petite enfance qui se caractérise principalement par de petites structures.

Le département rappelle que la formation professionnelle n'est pas de la compétence de la Confédération mais de celle des milieux professionnels. Les commissions chargées de définir les métiers ne sont pas toujours suffisamment actives à Genève. Heureusement l'implication commence à progresser dans l'ensemble des métiers. Cela étant, les représentants romands ne sont pas majoritaires.

Le groupe MCG voudrait connaître **les éléments principaux de cette nouvelle loi**.

Le département indique que les réflexions qui ont été à l'origine de cette loi aujourd'hui évaluée dans un rapport datent de 2007. A cette époque, des difficultés notables avaient été constatées au niveau de l'intégration de ces nouveaux profils. Aujourd'hui, le contexte a changé avec la mise en place depuis 2011 d'une task force sur la pénurie, tant au niveau suisse qu'au niveau genevois. La réflexion sur une année a mis en évidence le caractère plus systémique, plus global de cette problématique. En bref, la loi sera beaucoup plus large et ouverte sur les différentes problématiques du modèle bernois (stages, CFC, filières HES et la filière ASA). Il est évident qu'il était inutile de cumuler deux réglementations qui risquaient d'entrer en conflit. Tant pour ce qui concerne l'IMAD que pour ce qui concerne les EPI, l'engagement de ces institutions en faveur de la formation doit être qualifié d'exemplaire, parfois même avant le déploiement de cette loi. L'examen de cette loi devrait débiter dès 2014.

4. Synthèse des éléments importants des auditions pour l'avenir

Au terme de ce rapport, la rapporteuse souhaite mettre en évidence plusieurs éléments qui ont particulièrement préoccupé les commissaires durant l'étude de cette problématique et que la Commission souhaite voir pris sérieusement en compte par le Conseil d'Etat au moment de l'élaboration de la nouvelle loi sur cette question :

- La pénurie de personnel dans le domaine santé-social doit, pour être surmontée, ne pas seulement **trouver des solutions légales mais également des solutions sur le terrain**, dans les cultures d'institutions et d'entreprises. C'est un véritable changement de paradigme qui devra parfois s'effectuer.
- Le modèle bernois, qui semble inspirer la future loi genevoise, devra préconiser une **intense coordination entre tous les acteurs** (notamment peut-être via une structure commune aux trois départements concernés)
- La loi devra donner les **moyens nécessaires à l'accompagnement** des personnes en formation, peut-être via l'ouverture d'un pool de formateurs dédiés et rémunérés à ce type de démarche de suivi dans les entreprises et d'accompagnement et via un soutien financier spécifique aux institutions formatrices.
- La **gestion des stages** devra être améliorée, en révisant le système d'attribution, loin d'être à ce jour optimal.
- La loi devra constituer une réponse opérationnelle et des solutions concrètes, **y compris pour les ASE**, sans se confiner aux seuls ASSC.
- La loi devra **contraindre les institutions subventionnées** mais aussi **inciter les structures privées** à s'engager plus dans le processus de formation.

5. Votes sur la prise en considération du rapport

Suite aux auditions, le RD 979 est soumis aux voix.

Vote sur la prise d'acte du RD 979

Pour : 14 (3 Ve, 2 S, 1 PDC, 5 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Contre : -

Abst. : - [adopté à l'unanimité].

Au vu de ce rapport, je vous prie, Mesdames et Messieurs les députés, de prendre acte du RD 979.

Annexes :

1. *Loi visant à augmenter le nombre de certificats fédéraux de capacité (CFC) dans les domaines de la santé et du social, petite enfance incluse (LCFCSS, C 2 15)*
2. *Etude du SRED, « Analyse de la transition post-diplôme des détenteurs d'un CFC dual d'assistant socio-éducatif et d'assistant en soins et santé communautaire – Volées 2010, 2011 et 2012 », décembre 2012*

rsGE C 2 15: Loi visant à augmenter le nombre de certificats fédéraux de capacité (C... Page 1 sur 2

**Loi visant à augmenter le nombre
de certificats fédéraux de capacité
(CFC) dans les domaines de la
santé et du social, petite enfance
incluse
(LCFCSS)**

C 2 15

du 4 décembre 2009

(Entrée en vigueur : 2 février 2010)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Art. 1 But

La présente loi a pour but de promouvoir la formation duale dans les domaines de la santé et du social, secteur de la petite enfance inclus, dans le but de pallier la pénurie de personnel et d'y faciliter l'insertion des jeunes.

Art. 2 Principe

¹ Toute structure exerçant dans ces domaines bénéficiant d'une indemnité ou d'une aide financière, au sens de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, est astreinte à conclure des contrats d'apprentissage d'assistante ou d'assistant en soins et santé communautaire ou d'assistante ou d'assistant socio-éducatif.

² Ces conditions s'appliquent également aux formations initiales en 2 ans.

³ L'institution peut endosser le rôle d'entreprise principale ou participer à un réseau d'entreprises.

Art. 3 Contrats de prestations

Les contrats de prestations fixent le nombre de contrats d'apprentissage attendu de chaque institution.

Art. 4 Durée

¹ La durée de la présente loi est de 4 ans à compter de son entrée en vigueur.

² 9 mois avant l'expiration de la présente loi, un rapport doit être présenté au Grand Conseil.

Art. 5 Evaluation

Le rapport d'évaluation doit porter notamment sur le nombre d'apprenties ou d'apprentis formés, leur taux de réussite au terme de la formation, leur situation sur le marché de l'emploi, et leur intégration institutionnelle.

Art. 6 Mise en place

Le Conseil d'Etat est chargé de la mise en place de cette loi en collaboration avec les communes pour les domaines de compétence qui leur sont propres, notamment pour le secteur de la petite enfance.

ANNEXE 2

**Analyse de la transition post-diplôme
des détenteurs d'un CFC dual d'assistant
socio-éducatif ou d'assistant en soins et
santé communautaire**

Volées 2010, 2011 et 2012



Rami Mouad, Clairette Davaud et François Rastoldo
avec la collaboration de Gabriel Charmillot

Décembre 2012

Sommaire

1. Introduction	5
2. Collecte des données	7
2.1 Population interrogée.....	7
2.2 Méthodologie	7
Questionnaire utilisé.....	7
Récolte des données.....	7
3. Résultats de l'enquête	9
3.1 Caractéristiques des diplômés.....	9
Des métiers majoritairement féminins.....	9
Des diplômés 2010 plus âgés	9
3.2 Analyse des parcours scolaires des diplômés ASE et ASSC.....	10
Peu de transitions directes à la sortie du cycle d'orientation	10
La plupart des diplômés ont eu des parcours scolaires non linéaires	10
Des formations attractives.....	10
3.3 Analyse de la transition post-diplôme	12
Transition à la vie active.....	13
La vision d'avenir des diplômés	15
3.4 Analyse des commentaires.....	16
La formation	17
Le statut de la profession	17
Le marché de l'emploi	17
L'avenir	18
Différences	18
4. Conclusion.....	19
5. Éléments bibliographiques	21

1. Introduction

Le Grand Conseil du canton de Genève a chargé l'Office pour l'orientation, la formation professionnelle et continue (OFPC) d'élaborer un rapport d'évaluation de la loi visant à augmenter le nombre de titulaires d'un certificat fédéral de capacité (CFC) dans les domaines de la santé et du social (LCFCSS, C 2 15). Dans ce cadre, l'OFPC a sollicité une collaboration avec le Service de la recherche en éducation (SRED) pour fournir des informations sur la transition vers l'emploi des titulaires des CFC d'assistant socio-éducatif (ASE) et d'assistant en soins et santé communautaire (ASSC) obtenus dans le cadre d'apprentissages en alternance (dual).

Pour répondre à cette demande dans le court temps imparti, nous avons utilisé deux instruments d'analyses disponibles au SRED, à savoir les bases de données des situations des élèves et apprentis fréquentant au 31 décembre de chaque année le système de formation genevois¹ (exploitation de la base de données scolaires du DIP), et l'instrument utilisé dans l'enquête périodique sur l'orientation des diplômés du secondaire II (dite « enquête EOS »)², questionnaire que le SRED adresse périodiquement à tous les titulaires de certificats et diplômes de l'enseignement secondaire postobligatoire.

La demande de l'OFPC concernait les titulaires d'un CFC d'ASE et d'ASSC obtenu dans le cadre du système dual entre 2010 et 2012 (trois volées). Cette demande ne cadrerait pas exactement avec l'agencement de l'enquête EOS, aussi avons-nous dû organiser une saisie d'informations spécifique en utilisant le questionnaire destiné aux diplômés de 2011. Le questionnaire a été administré par téléphone et saisi en ligne sous la responsabilité de la direction générale de l'OFPC (mandataire du présent travail).

Outre le fait que l'instrument pour l'enquête périodique était disponible immédiatement, son utilisation permettait par ailleurs de qualifier les réponses des titulaires d'un CFC d'ASE et d'ASSC à la lumière des réponses de l'ensemble des titulaires d'un CFC obtenu dans le canton de Genève pour les mêmes périodes.

Comment s'opère la transition à la vie active des détenteurs d'un CFC d'assistant socio-éducatif ou d'assistant en soins et santé communautaire ? Quels parcours scolaires leur ont permis d'obtenir ces diplômes ? Comment s'insèrent-ils professionnellement en comparaison avec les autres titulaires de CFC dual ? Telles sont les principales questions auxquelles la présente étude apporte des éléments de réponses documentés.

¹ Ces bases de données fournissent annuellement une photographie des populations scolarisées dans les écoles et filières de formation publiques du canton de Genève ; un certain nombre d'écoles privées sont également recensées.

² L'enquête sur l'orientation des diplômés du secondaire II existe depuis les années 80. Il s'agit d'une enquête biennale permettant de faire le point sur la situation des jeunes diplômés en matière de transition à la vie active ou de transition vers des études supérieures, 18 mois après l'obtention de leur certification. Les rapports des deux derniers volets de cette enquête sont disponibles sur le site Internet du SRED aux adresses suivantes : <http://www.geneve.ch/recherche-education/doc/publications/docsred/eos/2012/eos.pdf> pour l'enquête auprès des diplômés de 2009 et <http://www.geneve.ch/recherche-education/doc/publications/docsred/eos/2010/eos.pdf> pour les diplômés de 2007 (dans cette édition les analyses ont été plus détaillées).

2. Collecte des données

2.1 Population interrogée

La population totale de l'étude compte 128 titulaires d'un CFC obtenu dans le cadre d'une formation duale dans le domaine santé-social. Il s'agit essentiellement de CFC dual d'assistant socio-éducatif (114 diplômés, soit près de 90% de la population), la formation d'assistant en soins et santé communautaire ne comportant qu'une volée de diplômés (juin 2012), trop peu nombreux (14 diplômés) pour faire l'objet d'une analyse séparée.

Aussi, les titulaires des deux types de CFC seront considérés comme étant une population unique. Nous avons cependant à chaque fois vérifié que les situations n'étaient pas trop divergentes entre les deux métiers ou les trois volées. Les quelques différences observées sont mentionnées, mais de faible validité statistique étant donné l'effectif réduit.

Figure 1. Nombre de diplômés contactés

	Assistant socio-éducatif (dual)	Assistant en soins et santé communautaire (dual)	Total
Nombre de diplômés en 2010	32	0	32
Nombre de diplômés en 2011	41	0	41
Nombre de diplômés en 2012	41	14	55
Total	114 (89%)	14 (11%)	128 (100%)

2.2 Méthodologie

Questionnaire utilisé

Le questionnaire utilisé est la version qui a été préparée pour l'ensemble des titulaires de certificats et diplômés de la volée 2011. Les thèmes abordés visent à décrire la situation des nouveaux diplômés dix-huit mois après l'obtention de leur titre, leur parcours de transition vers une nouvelle formation ou leur passage à la vie active, ainsi qu'à qualifier la période de transition par des questions plus subjectives.

Récolte des données

Pour la présente étude, les diplômés ont été contactés sur la base des coordonnées disponibles à l'OFPC et le questionnaire a été administré par téléphone. La saisie d'informations a été réalisée par l'OFPC entre mi-octobre et le 20 novembre 2012.

Afin d'obtenir un maximum de réponses, plusieurs tentatives ont été faites pour joindre les jeunes diplômés. Le cas échéant, de nouvelles recherches ont été menées pour actualiser leurs coordonnées. Cependant la tranche d'âge entre 20 et 25 ans, surtout si elle coïncide avec la fin d'une formation de niveau secondaire II, est un moment de forte mobilité et des numéros de téléphone

n'étaient plus valables. Sur l'ensemble de la population, environ un tiers des jeunes diplômés n'a pas pu être joint. Pour les autres, 2 contacts sur 3 ont conduit à un entretien³. Le taux de réponse s'élève donc à 45%, ce qui est relativement proche du taux obtenu lors des enquêtes EOS précédentes (44% pour les volées 2007 et 2009).

Figure 2. Taux de réponse selon le CFC obtenu

	Nombre de diplômés contactés	Nombre de réponses obtenues	Taux de réponse
CFC dual d'assistant socio-éducatif (ASE)	114	52	46%
CFC dual d'assistant en santé et soins communautaires (ASSC)	14	5	36%
Total	128	57	45%

Cinquante-sept sujets pour représenter une population d'un peu plus de 100 personnes est une proportion acceptable. Néanmoins, les statistiques sur les petites populations sont toujours à considérer avec prudence.

³ Les raisons de non-réponses sont des rendez-vous téléphoniques qui ne se concrétisent pas et des transmissions d'informations qui ne débouchent pas sur un rappel des sujets. Il n'y a eu que peu de refus direct de répondre.

3. Résultats de l'enquête

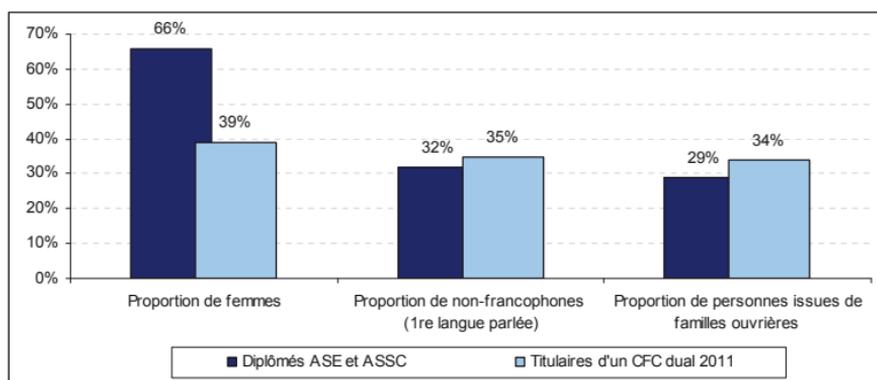
3.1 Caractéristiques des diplômés

Il est intéressant de comparer les caractéristiques générales des titulaires d'un CFC d'ASE et d'ASSC avec celles de l'ensemble des diplômés d'un CFC dual obtenu en 2011.

Des métiers majoritairement féminins

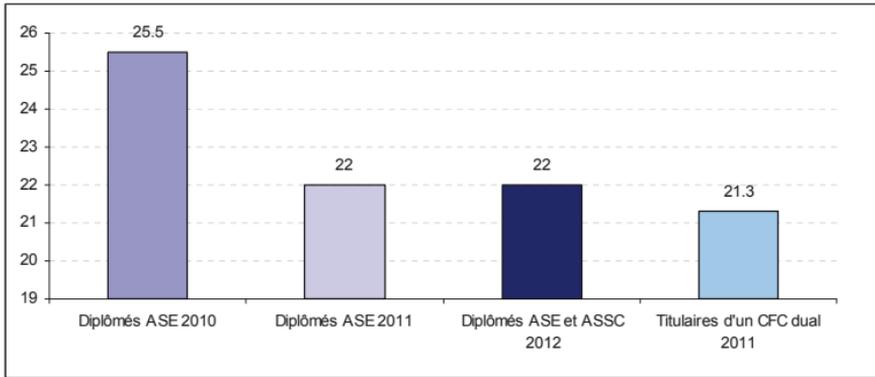
Les formations d'ASE et d'ASSC préparent à des métiers plus souvent exercés par des femmes. Logiquement donc, les deux tiers des diplômés sont des femmes, *versus* 39% pour l'ensemble des CFC. En revanche, l'origine sociale et culturelle ne diffère pas significativement de la population totale des CFC (présentée ci-dessous par le poids relatif des non-francophones et des jeunes issus de familles ouvrières).

Figure 3. Caractéristiques des titulaires d'un CFC d'ASE et d'ASSC



Des diplômés 2010 plus âgés

Les premiers CFC duals d'ASE ont été délivrés en 2010. Cette première volée comprend un nombre élevé de personnes plus âgées qui étaient probablement déjà insérées sur le marché de l'emploi et qui souhaitent obtenir une qualification reconnue. Pour les volées suivantes, il n'y a plus de différence entre l'âge des titulaires d'un CFC dual d'ASE et d'ASSC et celui des détenteurs d'un autre CFC dual.

Figure 4. Age des titulaires d'un CFC d'ASE et d'ASSC selon l'année d'obtention

3.2 Analyse des parcours scolaires des diplômés ASE et ASSC

Parallèlement à l'analyse des transitions post-diplômes, il semble important de décrire les parcours de formation qui ont amené à l'obtention d'un CFC. Pour ce faire, les scolarités de chaque diplômé ont été analysées, de 2000 à 2012 (figure 5). Cette analyse permet de mettre en évidence plusieurs caractéristiques des parcours scolaires des titulaires d'un CFC dual d'ASE ou d'ASSC.

Peu de transitions directes à la sortie du cycle d'orientation

L'analyse montre que les diplômés ASE ou ASSC n'ont pas commencé leur formation professionnelle immédiatement à la sortie du cycle d'orientation, à quelques exceptions près. La durée moyenne entre la fin du cycle d'orientation et l'obtention du CFC d'ASE et d'ASSC est de 7 ans, alors que pour les autres CFC dual (en 3 ans), cette durée est d'environ 5 ans⁴. Cet allongement est essentiellement le fait de réorientations et de redoublements opérés entre la sortie de l'école obligatoire et l'entrée dans la filière de formation amenant à la certification.

La plupart des diplômés ont eu des parcours scolaires non linéaires

Contrairement aux parcours souvent linéaires des titulaires d'un certificat de maturité gymnasiale (dans plus de trois quarts des cas), les parcours des diplômés d'un CFC d'ASE et d'ASSC sont caractérisés par des réorientations, souvent multiples (passage notamment par la formation générale, d'autres formations professionnelles ou des classes de transition professionnelle). On relève par exemple que 40% d'entre eux ont fréquenté à un moment ou à un autre l'École de culture générale. Ces parcours particulièrement longs et émaillés d'aléas font penser que les formations d'ASE et d'ASSC ne sont pas des choix premiers, mais plutôt des solutions adoptées après d'autres tentatives de formation.

Des formations attractives

Un quart des titulaires d'un CFC d'ASE et d'ASSC n'a pas suivi sa scolarité antérieure à Genève (au moins durant les dix dernières années). D'une manière générale, la formation professionnelle duale attire des jeunes au-delà du canton de Genève (autres cantons ou France voisine). Par ailleurs, des personnes ayant quitté le système de formation genevois depuis de longues années ont repris des études lors de l'ouverture de ces nouvelles filières.

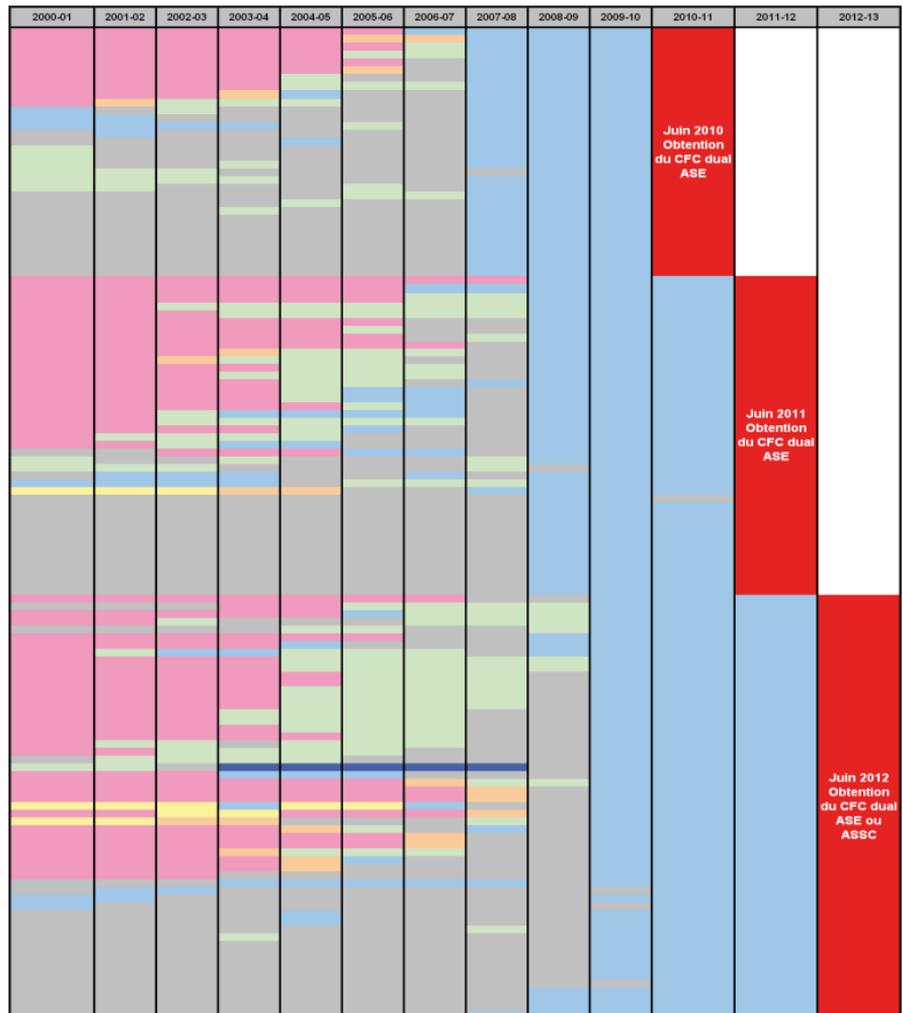
⁴ Rastoldo, Evrard, Amos, 2007.

Figure 5. Représentation des parcours scolaires

Chaque ligne du tableau représente le parcours de formation d'un titulaire d'un CFC d'ASE ou d'ASSC (n = 128). Les colonnes représentent les années scolaires (de 2000/01 à 2011/12) et les couleurs les types de formation suivie.

Légende des couleurs

Ecole obligatoire (primaire et cycle d'orientation)
Formation professionnelle
Formation générale (culture générale, maturité gymnasiale, maturité spécialisée)
Transition professionnelle, accueil PO
Enseignement spécialisé
Non scolarisé à Genève
HES-Santé



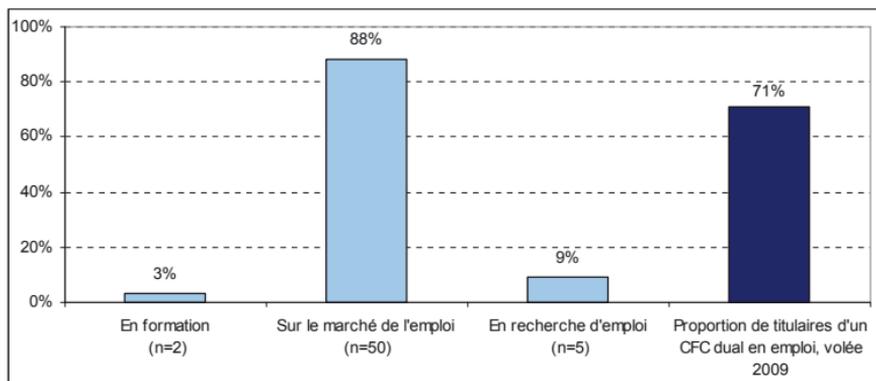
3.3 Analyse de la transition post-diplôme

Environ 9 diplômés sur 10 sont **en emploi** après l'obtention de leur CFC dual d'ASE ou d'ASSC. Ils ont généralement cherché cet emploi directement après l'obtention de leur certificat. La proportion est plutôt élevée en comparaison avec les autres titulaires d'un CFC dual qui sont un peu moins en emploi (environ 7 diplômés sur 10), plus souvent après un parcours jalonné d'autres activités (stages linguistiques, autres formations par exemple) et davantage en formation (environ 1 diplômé sur 10). Le fait que la demande en professionnels spécialistes des soins aux personnes est particulièrement forte à Genève explique probablement cette transition massive à la vie active. En effet, le domaine santé-social fait partie des branches d'activités qui génèrent le plus d'emplois dans le secteur public⁵.

Sur les 5 diplômés **en recherche d'emploi** (3 ASE, 2 ASSC), 4 ont obtenu leur diplôme en juin 2012. Il peut s'agir de chômage frictionnel et la durée post-diplôme est insuffisante pour tirer des conclusions sur la transition à l'emploi. Relevons que tous déclarent que cette situation est transitoire. L'espoir d'une insertion rapide dans le marché de l'emploi est confirmé par le fait que la plus grande partie des diplômés (83%) a trouvé un emploi immédiatement ou en moins de 3 mois, même si globalement, 1 diplômé sur 3 déclare avoir connu une période de chômage. Cette dernière proportion est proche de celle observée pour les titulaires d'un CFC dual.

La poursuite de formation reste une exception. Seuls 2 diplômés déclarent être **en formation** au moment de l'enquête, l'un à la HETS après avoir obtenu une maturité professionnelle en juin 2012, l'autre préparant une maturité professionnelle dans une école de commerce.

Figure 6. Situation des diplômés après l'obtention de leur CFC dual d'ASE ou d'ASSC



⁵ OCSTAT, 2012.

Transition à la vie active

Au moment de l'enquête, 88% des titulaires d'un CFC d'ASE et d'ASSC obtenu en alternance sont en emploi, le plus souvent dans le domaine santé-social.

Temps de travail et statut de l'emploi

Environ 6 diplômés sur 10 sont employés à temps partiel, taux d'activité particulièrement développé dans le domaine santé-social, où les femmes sont surreprésentées.

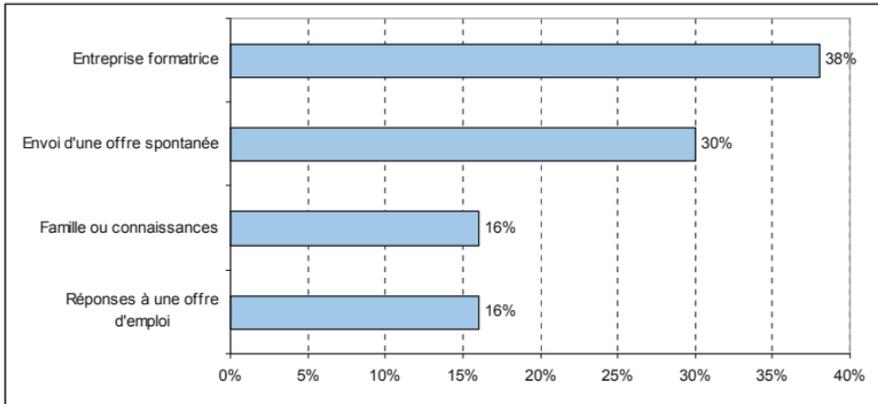
La majorité des diplômés interrogés bénéficient d'un contrat à durée indéterminée (81%) et d'un statut d'employé qualifié (83%). Concernant le lieu de travail, 94% déclarent exercer leur activité professionnelle dans le canton de Genève, les autres dans le canton de Vaud, ce qui correspond à la moyenne pour les titulaires d'un CFC dual.

La fonction d'encadrement est rare. C'est le cas pour 4 diplômés, plus âgés et ayant déjà fréquenté d'autres formations (École de culture générale ou formations professionnelles).

Moyen d'obtention de l'emploi

Comme pour l'ensemble de la formation professionnelle en alternance, près de 4 diplômés sur 10 ont trouvé un emploi dans leur entreprise formatrice, illustrant un mode de passage à la vie active particulier de la formation duale. L'offre spontanée semble être également un important moyen d'embauche, signe probable d'une certaine détente de ce marché du travail.

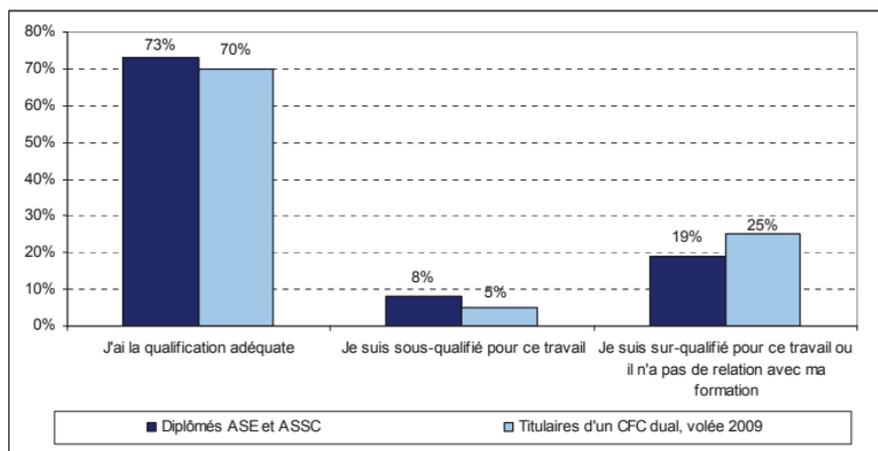
Figure 7. Modalités qui ont permis aux diplômés de trouver un emploi



Adéquation entre la formation et l'emploi exercé

Les titulaires d'un CFC d'ASE ou d'ASSC interrogés estiment que leur emploi correspond plutôt bien à leur formation (score moyen de 7 sur 9) et près des trois quarts pensent avoir la qualification adéquate pour exercer leur emploi. Ces résultats sont relativement proches de ceux des titulaires d'un autre CFC dual.

Figure 8. Adéquation entre l'emploi actuel et la formation

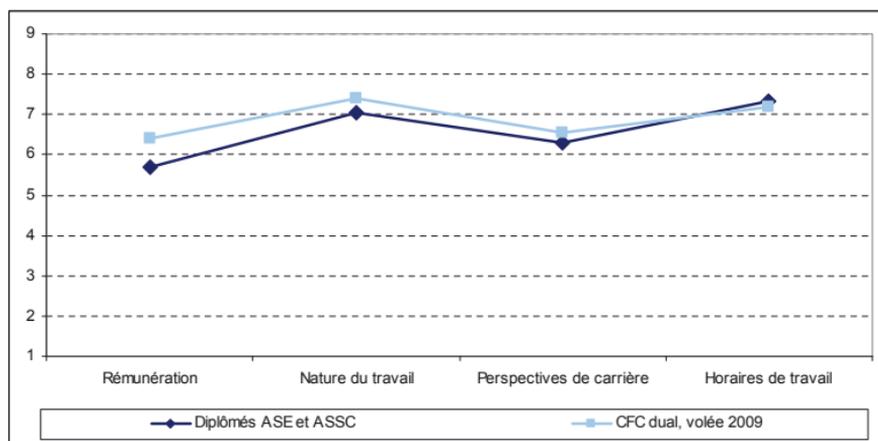


Évaluation de l'emploi actuel

Comme pour les autres titulaires d'un CFC dual, les jeunes qui travaillent après leur CFC d'ASE et d'ASSC ont une vision plutôt positive de leur emploi en termes de contenu (score de 7 sur 9), horaires de travail (score de 7.3 sur 9) et de perspectives de carrière (score de 6.3 sur 9). La seule nuance concerne la rémunération qu'ils trouvent un peu moins satisfaisante. Notons sur ce point que les diplômés de la volée 2012, dont l'entrée sur le marché du travail est très récente, sont les moins satisfaits.

L'analyse des commentaires (chapitre 3.4) précisera les aspects liés au statut professionnel et aux conditions salariales.

Figure 9. Scores moyens de satisfaction sur une échelle de 1 à 9



La vision d'avenir des diplômés

Dans l'ensemble, les diplômés interrogés voient l'avenir de manière plutôt positive et souvent stable. Près de la moitié d'entre eux pensent qu'ils seront dans la même situation dans un an. Ceux qui pensent à un changement envisagent principalement de trouver un emploi ou de changer d'emploi, de modifier leurs conditions de travail (taux d'activité, stabilisation) ou dans une moindre mesure de reprendre une formation.

Une analyse factorielle réalisée⁶ sur les réponses à une série de propositions sur leur situation actuelle fait apparaître quatre dimensions (figure 10) résumant la diversité des visions d'avenir des diplômés.

Le premier facteur représente le **déroulement du projet d'avenir sans accroc**. Les diplômés ont un projet précis qui est en voie de réalisation. La **confiance en l'avenir** ressort dans le deuxième facteur. L'avenir se présente de manière favorable tout en exigeant des diplômés de s'adapter aux exigences professionnelles. Le troisième facteur fait référence au **pragmatisme du moment**. Les jeunes pensent que les projets sont inutiles et qu'il vaut mieux se préoccuper du présent. Le quatrième facteur porte sur la **mobilisation autour du projet**. Les diplômés ont des projets qui sont source de motivation et ils en discutent avec leurs proches.

Figure 10. Scores moyens des items relatifs au projet, selon le facteur

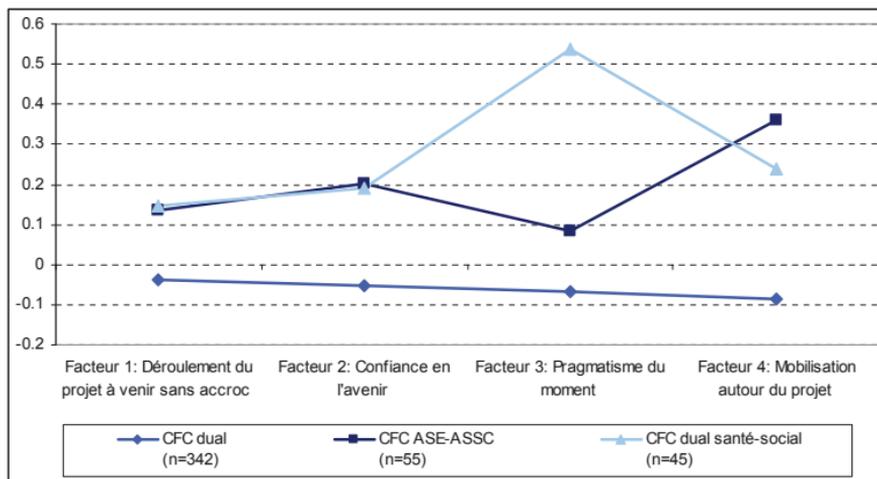
	Scores moyens sur 6
Facteur 1: Déroulement du projet à venir sans accroc (29% de la variance)	
J'ai un projet précis	4.5
Mes projets sont en voie de réalisation	3.9
Opposition avec : Mes projets sont vagues	2.4
Facteur 2: Confiance en l'avenir (12% de la variance)	
L'avenir se présente de manière favorable	4.2
Je suis tranquille, la carrière que j'envisage se profile à l'horizon	4.3
J'essaie de m'adapter à ce qu'on me demande (partagé avec le facteur 4)	4.1
Opposition avec : J'ai l'impression que tout m'échappe	1.9
Facteur 3: Pragmatisme du moment (11% de la variance)	
J'ignore ce que sera mon avenir, finalement ce n'est pas moi qui décide	2
Ça ne sert à rien d'imaginer l'avenir, ce qui compte c'est le présent	2.5
C'est inutile de faire des projets, il faut s'adapter au travail que l'on trouve	4.1
Facteur 4: Mobilisation autour du projet (8% de la variance)	
Je pense qu'il est indispensable de faire des projets pour se motiver, même s'ils ne se réalisent pas	4.7
J'aime bien parler de mes projets avec mes amis et ma famille	4.7
Actuellement j'hésite entre plusieurs projets	2.9

Une analyse comparative montre que les titulaires d'un CFC dual d'ASE ou d'ASSC sont davantage mobilisés autour de leur projet que les titulaires d'un autre CFC dual dans le domaine santé-social ou tous domaines confondus. On peut émettre l'hypothèse que la mise en place de ces nouvelles formations engendre une sorte de volontarisme des diplômés. Un marché de l'emploi favorable aide probablement aussi à développer une vision positive et mobilisatrice de son choix de formation.

⁶ Analyse en composantes principales dégageant quatre facteurs qui résument 59% de la variance.

A l'inverse, les titulaires d'un autre CFC dual dans le domaine santé-social (assistant en médecine dentaire, aide familiale notamment) se distinguent par une forme de pragmatisme du moment. Ils sont particulièrement préoccupés par les opportunités présentes et pensent qu'il faut avant tout s'adapter au marché de l'emploi.

Figure 11. Variation de l'appréhension du projet selon le diplôme obtenu



3.4 Analyse des commentaires

Les trois quarts des diplômés interrogés ont ajouté un commentaire lors de l'entretien téléphonique. Leur analyse s'est donc avérée importante et permet d'illustrer les thèmes évoqués et/ou de souligner quelques points critiques de ces formations.

Figure 12. Analyse des énoncés⁷

Thèmes évoqués dans les commentaires	Total
Formation	21
Statut de la profession	17
Marché de l'emploi	15
Avenir	9
Différences	6
Total	68

⁷ Un répondant pouvait évoquer plusieurs thèmes dans son commentaire. Le nombre d'énoncés est donc plus élevé que le nombre de diplômés qui ont fait un commentaire spontané.

La formation

Certains diplômés expriment une satisfaction globale très positive. La formation d'ASE est jugée *bonne, complète et intéressante*, et leur donne confiance pour leur travail : *la formation me donne l'impression d'être suffisamment armée pour bien faire son travail*. On va jusqu'à estimer avoir les *mêmes qualifications qu'un éducateur HES* et à se trouver *trop qualifié pour le travail exigé*.

D'autres diplômés nuancent ce constat en disant que *la formation est trop généraliste, ou pas suffisamment adaptée au monde du travail, ou mal adaptée en fonction des domaines*. Certains points seraient *inutiles à la pratique*, d'autres sont *survolés alors qu'ils sont importants*. La formation pourrait prévoir *plus de psychiatrie, car c'est un domaine dans lequel les ASSC ne sont pas formés et qui recrute*. Il est également suggéré que pendant la formation, il soit possible de *varier, de faire une année à la FSAD, une année en hôpital et une chez Foyer-Handicap par exemple*. Cela donnerait de *meilleures chances d'employabilité aux diplômés*.

Le statut de la profession

Plusieurs commentaires ont trait au statut, essentiellement celui des ASE. On relève que *les contours de la profession ne sont pas bien dessinés, que le statut de l'ASE est flou*, qu'il peut aussi *varier selon que la personne travaille en crèche, en EMS ou ailleurs*. Par rapport aux éducateurs diplômés HES, ils relèvent parfois un *manque de considération envers les ASE*.

Les cahiers des charges ne leur paraissent pas suffisamment spécifiques à chaque type de diplôme et les différences de salaire (entre diplômés CFC et HES) semblent injustifiées aux yeux de certains diplômés ASE, d'autant qu'ils considèrent que leurs tâches et responsabilités au quotidien sont les mêmes que celles des éducateurs HES pour un salaire inférieur. D'un autre côté, certaines insatisfactions portent sur le peu de différence entre le salaire des ASE et celui des auxiliaires : *En crèche, le salaire des ASE est inadapté. Ils sont payés autant que les auxiliaires. Pourtant les ASE sont diplômés, et pas les auxiliaires*. Ces remarques montrent que ces formations de niveau CFC peinent parfois à se faire une place entre des professionnels diplômés au niveau tertiaire (HES) et des personnels sans diplôme, qui interviennent dans les mêmes activités.

Certains trouvent que la formation d'ASE est *sous-estimée et pas suffisamment connue sur le marché de l'emploi*. La rivalité avec d'autres employés va jusqu'à faire penser à un jeune que *des gens qui ont des formations (sous-entendu HES) cherchent à évincer les ASE de leurs emplois, car ils pensent avoir une meilleure formation, mais le problème vient du fait que les gens ne savent pas ce que fait un/e ASE*.

Dans certains cas, des jeunes disent que des employeurs *engageraient des ASE en tant qu'aides-soignants, or les ASE ne sont pas des aides-soignants*, alors que dans d'autres cas, il est dit que certains employeurs engageraient des ASE *à la place des éducateurs, car les ASE sont moins chers*. Ici aussi la question de la juste place des professionnels titulaires d'un CFC semble faire problème.

Le marché de l'emploi

Certains commentaires estiment que *la formation d'ASE ouvre des portes*. D'autres, particulièrement ceux qui recherchent un emploi au moment de l'enquête, évoquent un *marché du travail défavorable, difficile et regrettent que la formation d'ASE ne soit pas mieux connue sur le marché de l'emploi*. Ils disent leur mécontentement parce qu'on *fait croire aux futurs ASE qu'il y a du travail pour eux, alors que ce n'est pas forcément le cas*, et cela entraîne une certaine frustration : *Il ne faut pas promettre aux étudiants qu'ils trouveront un emploi dès l'obtention de leur CFC, car ce n'est pas vrai, comme c'est le cas pour une diplômée qui a un emploi à durée déterminée qui prend fin en décembre et qui ne trouve rien pour le moment*.

L'avantage du diplôme n'apparaît pas à tous comme forcément déterminant sur le marché de l'emploi : *Domage d'avoir trois ans de formation pour être engagé en tant qu'auxiliaire, comme une personne qui n'a pas de formation*.

L'avenir

La plupart des diplômés sont confiants dans l'avenir : *la formation, complète et variée, permet de bien évoluer*, mais certains voient mal, *pour l'instant, l'avenir des ASE au sein des EMS*. L'arrivée d'une nouvelle AFP, l'aide en soins et accompagnement (ASA), est évoquée comme une formation qui viendrait *faire concurrence à ce domaine déjà très difficile*.

Les possibilités de poursuivre une formation ne semblent pas claires pour chacun des titulaires d'un CFC : *il manque des passerelles menant d'ASE vers une autre formation*. D'autres diplômés évoquent le manque de formations continues (par exemple dans le domaine de la petite enfance).

Différences

Quelques énoncés font état de différences, selon les domaines d'insertion professionnelle (petite enfance, EMS, handicap) : *les ASE en crèches sont moins rémunérés que les ASE dans d'autres domaines*. D'autres différences portent sur les cantons, aussi bien pour les ASSC (*les HUG n'engagent pas assez d'ASSC en comparaison au CHUV, alors qu'il y a un réel besoin au quotidien*) que pour les ASE (*la formation d'ASE donne plus d'ouverture dans le canton de Vaud que dans le canton de Genève*). D'après eux, *les institutions ne sont pas bien informées à Genève*, ce qu'ils regrettent.

4. Conclusion

Avant l'obtention de leur CFC, les parcours scolaires des diplômés d'un CFC dual d'ASE et d'ASSC sont très hétérogènes, fréquemment ponctués d'interruptions de scolarité ou de réorientations. Cette situation est d'ailleurs assez souvent observée dans les parcours de formation menant à un CFC. En revanche, une fois leur diplôme obtenu, ces jeunes présentent des profils très similaires. Ils sont pour la plupart en emploi dans le domaine santé-social et déclarent être plutôt satisfaits aussi bien de leur formation que de leur emploi. L'obtention du CFC semble constituer pour eux un bon tremplin vers l'insertion professionnelle. Les poursuites de formation sont rarement attestées (moins que la moyenne des titulaires d'un CFC) et les situations de recherche d'emploi sont essentiellement le fait de jeunes très récemment diplômés (moins de 5 mois).

Deux critiques principales nuancent ce tableau : d'une part, le positionnement difficile de travailleurs dotés d'un CFC dans un champ professionnel occupé jusqu'alors uniquement par des titulaires d'un diplôme tertiaire et des personnels sans qualifications spécifiques (positionnement en termes de concurrence plutôt qu'en termes de complémentarité) ; d'autre part, les contours de la profession (d'ASE surtout) semblent encore flous dans les différents types d'institutions où les nouveaux diplômés interviennent (notamment les EMS).

5. Éléments bibliographiques

- Amos, J., Evrard, A., Hrizi, Y., Rastoldo, F. et Silver, R. (2010). *Les indicateurs de la formation professionnelle à Genève 2008/2009. La dynamique de la formation professionnelle*. Genève : SRED.
- Davaud, C. & Rastoldo, F. (2012). *Situation des diplômés de l'enseignement public genevois, 18 mois après l'obtention de leur titre. Volée 2009*. Genève : SRED.
- Davaud, C., Mouad, R. & Rastoldo, F. (2010). *Situation des diplômés de l'enseignement public genevois, 18 mois après l'obtention de leur titre. Volée 2007*. Genève : SRED.
- Rastoldo, F., Evrard, A. et Amos, J. (2007). *Les jeunes en formation professionnelle. Rapport I : Entrée en formation professionnelle et parcours de formation des diplômés*. Genève : SRED.
- Office cantonal de la statistique (2012). *Structure de l'emploi et salaires dans le secteur public à Genève*. Genève : OCSTAT.

Département de l'instruction publique, de la culture et du sport
Service de la recherche en éducation
12, Quai du Rhône • 1205 Genève
Tél. +41/0 22 546 71 00 • Fax +41/0 22 546 71 02 • prenom.nom@etat.ge.ch • www.ge.ch/sred

Papier recyclé