



SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE
HEALTH SYSTEMS RESEARCH
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

UNIVERSITE
CATHOLIQUE
DE LOUVAIN

Manpower Planning

Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020

Tome 2 : Le personnel infirmier et soignant

Xavier Leroy, Michèle Hubin, Sabine Stordeur, Mohammed Salhi,
Hugues Draelants

Direction du projet : Xavier Leroy

Le projet de recherche est commandité par l'Association des Fonds sociaux du secteur non-marchand (AFOSOC), le Fonds social pour les hôpitaux privés (FSHP), le Fonds social pour les maisons de repos et maisons de repos et de soins (FS MR-MRS), avec le cofinancement du Fonds social européen. (FSE).



Federale Cel ESF
Cellule Fédérale FSE

AFOSOC-VESOFO

CIP Bibliothèque Royale Albert I

Leroy, Xavier

Manpower Planning :Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020. Tome 2 : Le personnel infirmier et soignant /Xavier Leroy, Michèle Hubin, Sabine Stordeur, Mohammed Salhi, Hugues Draelants. – Bruxelles : Université Catholique de Louvain. Socio-Economie de la Santé. Health Systems Research.. Ecole de Santé publique, 2003, 230 p.

D/2003/2735-2

ISBN -2-87118-045-8

Copyright (2003)

SESA – UCL

Clos Chapelle-aux-Champs 30-41, 1200 Bruxelles

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce rapport, par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm est interdite sans l'autorisation écrite préalable des auteurs.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.

Lexique des abréviations

ADMR : Aide à domicile en milieu rural

AIIB : Association des infirmières indépendantes de Belgique

A.R. : Arrêté Royal

ACN : Association catholique de nursing

ACS : Agent contractuel subventionné

AELE : Association Européenne de Libre Echange

AFIS : Association francophone d'institutions de santé

AFT : Atelier de formation par le travail

AGCF : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française

AIIC : Association des Infirmières et Infirmiers du Canada

AISH : Association des infirmiers et assistants sociaux hospitaliers

AKB : Association des kinésithérapeutes de Belgique

ALE : Agence locale pour l'emploi

AMO : Service d'aide en milieu ouvert

AS : Assistant(e) social(e)

ASBL : Association sans but lucratif

ASH : Assitant(e) en Soins Hospitaliers

ASI : Association de santé intégrée (Maison médicale)

ASJ : Aide sociale aux justiciables

AWIPH : Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées

BIT : Bureau International du Travail

CASG : Centre d'action sociale globale

CCI : Chômeurs complets indemnisés

CESRW : Conseil économique et social de la Région wallonne

CESI : Certificat de l'enseignement secondaire inférieur

CESS : Certificat de l'enseignement secondaire supérieur

CFB : Communauté française de Belgique

CFGB : Communauté française et germanophone de Belgique

CII : Conseil international infirmier

CJB : Croix jaune et blanche

CMH : Coordination Médicale Hospitalière

CNAI : Conseil national de l'art infirmier

CNEH : Conseil National des Etablissements hospitaliers

CNPP : Conseil national des professions paramédicales

COE : Centre d'orientation éducative

COCOF : Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

COCOM : Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale

CP : Commission paritaire

CPAS : Centre Public d'Aide (Action) sociale

CRF : Centre de revalidation fonctionnelle

CSD : Centrale de services à domicile

CSM : Centre de santé mentale

CSS : Centre de service social

CTAI : Conseil technique de l'art infirmier

CWES : Conseil wallon des établissements de Soins

DEI : Demandeur d'emploi inoccupé

EENR : Etudiants étrangers non résidents

EFT : Entreprise de formation par la travail

EPSC : Enseignement professionnel secondaire complémentaire

ESP : Enseignement supérieur paramédical

ETA : Entreprise de travail adapté

ETP : Equivalent temps plein

FARES : Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé

FBI : Fonds budgétaire interdépartemental

FEDITO : Fédération des institutions pour toxicomanes

FESAD : Fédération des services d'aide à domicile

FIPI : Fonds d'impulsion à la politique des immigrés

FMM : Fédération des maisons médicales

FNIB : Fédération Nationale des Infirmières de Belgique

FONDS ISAJH : Fonds de sécurité d'existence de la SCP 319.02

FSE : Fonds social européen

HE : Haute école

HIVA : Hoger instituut voor de arbeid

IFPME : Institut de formation des classes moyennes et des petites entreprises

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IG : Infirmier(e) gradué (e)

IMS : Inspection Médicale Scolaire
INS : Institut national de statistiques
IPPJ : Institution publique de protection de la jeunesse
IRSG : Infirmier Responsable en Soins Généraux
ISAJH : Institutions et services d'aide aux jeunes et aux personnes handicapées
MB : Moniteur Belge
MET : Ministère de l'Emploi et du Travail
MM : Maison médicale
MRPA : Maison de repos pour personnes âgées
MRS : Maison de repos et de soins
MSP : Ministère des affaires sociales, de la santé Publique et de l'environnement
MSPsy : Maison de soins psychiatriques
NIS: Niveau d'Instruction Supérieur
OA : Organisme assureur
OISP : Organisme d'insertion socioprofessionnelle
ONE : Office de la naissance et de l'enfance
ONSS : Office national de sécurité sociale
PA : Personne âgée
PAI : Praticiens de l'art infirmier
PAI-API : PAI actifs dans la profession infirmière
PP : Personne physique
PRC : Programmes de résorption du chômage
PSE : (équipes de) Promotion de la santé à l'école
PSI : Plan social intégré
PTP : Programme de transition professionnelle
RCA: Reconnaissance des Compétences acquises ailleurs
RG : Régime général
RIM: Résumé infirmier minimum
SAD : Soins infirmiers à domicile
SAJ : Service d'aide à la jeunesse
SBFPH : Service bruxellois francophone pour des personnes handicapées.
SCP : Sous-commission paritaire
SIAMU : Soins intensifs et aide médicale urgent
SIAD : Soins infirmiers à domicile
SPEP : Service de prestations éducatives et philanthropiques

SPJ : Service de protection de la jeunesse

TPP : Titre professionnel particulier

UGIB : Union générale des infirmières de Belgique

ZAP : Zone d'action prioritaire

Table des matières

Lexique des abréviations

Table des matières

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE ET METHODE	1
1.1. Contexte et objectif de l'étude	1
1.2. Le marché de l'emploi infirmier et soignant	2
1.2.1. La perception d'une pénurie de personnel infirmier et soignant	2
1.2.2. Analyser le besoin de personnel infirmier et soignant	4
CHAPITRE 2 : L'OFFRE de Professionnels	7
2.1. Praticiens de l'art infirmier	7
2.1.1. Offre : Population étudiante des PAI	7
2.1.2. Les migrations de PAI dans l'Union européenne	41
2.1.3. Effectifs des diplômés PAI	47
2.2. Accoucheuses	66
2.2.1. Fonctions et formation	66
2.2.2. Population étudiante et diplômées accoucheuses	67
2.2.3. Effectifs des accoucheuses diplômées	70
2.3. Personnel soignant	73
2.3.1. Le soignant : objet de cette étude	73
2.3.2. Offre : Population scolaire des soignants	74
2.3.3. Les effectifs de soignants	78
Chapitre 3 l'emploi de PAI et de soignants dans le champ de la santé	87
3.1. L'évolution de l'emploi de 1995 à 2000	87
3.2. L'évolution de chaque secteur	89
3.2.1. Le secteur des hôpitaux	89
3.2.2. L'hébergement des personnes âgées	93
3.2.3. Les soins à domicile	93
3.3. L'emploi en 2000	94
3.3.1. L'emploi de PAI	94
3.3.2. L'emploi de soignants	95
Chapitre 4 : Confrontation de l'offre et de la demande de professionnels : 1995-2000.99	
4.1. L'offre et la demande de PAI et soignants de 1995 à 2000 : les chiffres en question	99
4.2. Le chômage	103
4.2.1. Définitions	103
4.2.2. Evolution du nombre de CCI et DEI	103
4.2.3. Evolution des offres d'emploi de PAI et de personnel soignant en CFGB	107
4.2.4. Le chômage des PAI et du personnel soignant en CFGB : synthèse	109
4.3. Les difficultés de recrutement	110
4.3.1. Problématique	110
4.3.2. Définition de la pénurie	111
4.3.3. Facteurs favorisant la pénurie infirmière	111

4.3.4. Les stratégies d'amélioration du recrutement et de la rétention du personnel infirmier	113
4.4. Etat de la situation en Belgique	114
4.4.1. Résultats d'études visant à objectiver l'équilibre offre-demande de personnel infirmier et soignant	115
4.4.2. L'intérim : solution de choix pour l'employeur et l'employé ?	122
4.4.3. Bilan des mesures gouvernementales déjà prises pour améliorer la situation	124
4.5. Etat de la situation dans trois pays européens et au Canada	135
4.5.1. En France	135
4.5.2. Au Canada	138
4.5.3. Au Royaume-Uni	141
4.5.4. En Suisse	142
4.6. Le personnel infirmier : une ressource rare et abondante	143
4.6.1. Le constat	143
4.6.2. La recherche de solutions	144
Chapitre 5 : Projection de l'offre par catégorie professionnelle	147
5.1 Objectif	147
5.2 Méthodologie	148
5.3. Les nouveaux diplômés PAI	151
5.3.1. Hypothèses de projection des taux	152
5.3.2. Projection des taux de réussite, de spécialisation et de masculinité	153
5.3.3. Les effectifs de nouveaux diplômés francophones	155
5.4. La mortalité	158
5.5. Les effectifs attendus de PAI : perspectives jusqu'en 2020	160
5.5.1. Effectifs de PAI potentiellement actifs	160
5.5.2. Effectifs de PAI actifs 2001-2020	164
5.5.3. Effectifs de PAI - API 2001-2020	167
5.5.4. ETP de PAI - API 2001-2020	169
5.5.5. Synthèse des projections de PAI 2001-2020	173
5.6. Les effectifs attendus de soignantes : perspectives jusqu'en 2020	177
5.6.1. Les effectifs de soignantes au point de départ de la projection	178
5.6.2. Taux d'attraction des formations soignantes	178
5.6.3. Effectifs de soignantes APS en CFGB : projections 2000-2020	179
5.6.4. Effectifs ETP de soignantes APS effectivement disponibles en CFGB : projections 2000-2020	180
Chapitre 6 : Projection de la demande de professionnels	183
6.1. Méthode	183
6.1.1. Le secteur hospitalier	184
6.1.2. L'hébergement des personnes âgées	186
6.1.3. Les soins à domicile	186
6.1.4. Pour chacun des secteurs	187
6.2. Projection de la demande de personnel par secteur	187
6.2.1. Les besoins de personnel à l'hôpital	187
6.2.2. Les besoins de personnel en maison de repos	190
6.2.3. Les besoins de personnel en soins à domicile	194
6.2.4. Les « autres » besoins de personnel	196

6.3	Projection de la demande : synthèse	196
6.3.1.	Projection de la demande de PAI ETP	197
6.3.2.	Projection de la demande de soignants ETP	199
Chapitre 7 : Confrontation des projections d’offre et de demande de professionnels		201
<hr/>		
7.1.	Méthode	201
7.2.	Offre et demande de PAI – API ETP	203
7.3	Offre et demande de soignantes ETP	205
Chapitre 8 : Conclusion		207
<hr/>		
	Bibliographie	211
	Annexes	215

Liste des Tableaux Annexes

- Tableau Annexe 2.1.1.2.1.** Taux d'attraction des études en soins infirmiers sur la population âgée de 18 ans en CFGB, 1977-2001
- Tableau Annexe 2.1.2.2.** Indices ,de croissance du taux d'attraction brut des études en SI et de l'enseignement supérieur non universitaire
- Tableau Annexe 2.1.1.3.1.1.** Etudiants et élèves inscrits en 1ère année Enseignement de plein exercice en soins infirmiers, CFGB, 1977-2001
- Tableau Annexe 2.1.1.3.1.2.** Taux de réussite des étudiants en graduat et des élèves en brevet de la CFGB, ayant commencé leurs études de 1977 à 1998
- Tableau Annexe 2.1.1.3.2.1.** Nombre d'étudiants/élèves en soins infirmiers selon la nationalité, la résidence en Belgique et la zone d'implantation de l'école : CFGB, 2000-2001
- Tableau Annexe 2.1.1.3.3.1.** Evolution des PAI diplômés annuellement, graduat infirmier (1er diplôme), brevet infirmier et ASH, CFGB 1962 à 2000
- Tableau Annexe 2.1.1.3.3.2.a)** Evolution du nombre de brevets infirmiers délivrés en CFGB de 1962 à 2000 (1er et 2ème certificats E.P.S.C).
- Tableau Annexe 2.1.1.3.3.2. b)** Evolution du nombre de diplômes (1er et 2ème) d'infirmière graduée délivrés en CFGB de 1962 à 2000
- Tableau Annexe 2.1.1.3.3.2.c)** Evolution du nombre de diplômes ou certificats (1er et 2ème) délivrés en CFGB de 1962 à 2000
- Tableau Annexe 2.1.1.3.5.1.** Evolution du taux de spécialisation des infirmières graduées avec ou sans les accoucheuses, CFGB,1962-2000
- Tableau Annexe 2.1.2.2.1.** Entrées et sorties d'infirmiers entre la Belgique et les autres pays de l'Union Européenne, 1979-1998
- Tableau Annexe 2.1.3.2.1.1.** Diplômés du secteur de la santé par profession, région et sexe selon le recensement de 1991
- Tableau Annexe 2.1.3.2.1.2.** Effectifs d'infirmiers par sexe et région en rapport avec le nombre de médecins et avec la population : recensement de 1991
- Tableau Annexe 2.1.3.2.3.1** Nombre d'infirmiers gradués hospitaliers ou spécialistes obtenant leur diplôme en CFGB de 1962 à 2000
- Tableau Annexe 2.1.3.3.3.1.** Taux d'activité et d'occupation des PAI par Région, communauté linguistique, âge et sexe : 1991
- Tableau Annexe 2.3.2.2.1.** Evolution du nombre d'élèves en puériculture, du taux d'attraction de la formation, des certificats obtenus et du taux de réussite, CFGB, 1977-2000
- Tableau Annexe 2.3.2.2.2.** Brevets et certificats de soignants et éducateurs délivrés en CFGB de 1988 à 2000 et taux d'attraction par rapport aux jeunes-filles de 19 ans
- Tableau Annexe 2.3.3.3.** Soignants bénéficiant de l'art. 54 bis de l'A.R. N°78, par régime linguistique, âge et lieu d'activité
- Tableau Annexe 4.2.2.1.** Evolution du nombre de chômeurs selon qu'ils sont ou non indemnisés et inoccupés par région et qualification:CFGB 1997-2001

- Tableau Annexe 5.3.1.1.** Taux d'attraction, de réussite, de spécialisation, de masculinisation des PAI
- Tableau Annexe 5.3.3.1.** Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB : Infirmières graduées 1er diplôme, Hyp. Haute
- Tableau Annexe 5.3.3.2.** Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB : Infirmières brevetées, Hyp. Haute
- Tableau Annexe 5.3.3.3.** Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB : Total PAI selon le sexe et par qualification, Hyp. haute
- Tableau Annexe 5.3.3.4.** Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB : Infirmières graduées 1er diplôme et graduées accoucheuses depuis 1997, Hyp. Basse
- Tableau Annexe 5.3.3.5.** Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB : Infirmières brevetées, Hyp. basse
- Tableau Annexe 5.3.3.6.** Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB : Total PAI selon le sexe et par qualification, Hyp. basse
- Tableau Annexe 5.5.1.1** Effectifs des PAI selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020 : Hypothèse haute
- Tableau Annexe 5.5.1.2** Effectifs des PAI selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2000 à 2020 : Hypothèse basse
- Tableau Annexe 5.5.2.1.** Effectifs de PAI actifs selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse haute
- Tableau Annexe 5.5.2.2.** Effectifs de PAI actifs selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse basse
- Tableau Annexe 5.5.3.1.** Effectifs de PAI occupés dans la profession infirmière selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse haute
- Tableau Annexe 5.5.3.2.** Effectifs de PAI API selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse basse
- Tableau Annexe 5.5.4.1.** Effectifs de PAI API ETP selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse haute
- Tableau Annexe 5.5.4.2.** Effectifs de PAI API ETP selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse basse
- Tableau Annexe 5.6.3.1.** Effectifs de soignantes APS en CFGB par catégorie d'âge, projection 2001 - 2020, Hypothèse basse, 33% d'APS parmi les nouvelles certifiées
- Tableau Annexe 5.6.3.1.** Effectifs de soignantes APS en CFGB par catégorie d'âge, projection 2001 - 2020, Hypothèse haute, 50% d'APS parmi les nouvelles certifiées
- Tableau Annexe 5.6.4.1.** Effectifs ETP de soignantes APS et ayant un emploi, en CFGB par catégorie d'âge, projection 2001-2020, Hypothèse basse, 33 % d'actives en santé parmi les nouvelles diplômées
- Tableau Annexe 5.6.4.2.** Effectifs ETP de soignantes APS et ayant un emploi, en CFGB par catégorie d'âge, projection 2001-2020, Hypothèse haute, 50 % d'actives en santé parmi les nouvelles diplômées

Tableau Annexe 6.2.1.1. Projection des PAI et soignantes en hôpital par qualification selon deux variantes de chaque scénario: CFGB 2001-2020

Tableau Annexe 6.2.2.1. Projection du nombre de résidents en maisons de repos selon que les taux d'hébergement restent constants ou sont décroissants grâce à une augmentation de l'EVSI : CFGB, 2001-2020

Tableau Annexe 6.2.2.2. Perspectives d'évolution de la demande de personnel infirmier et soignant en maison de repos : CFGB 2001-2020

Tableau Annexe 6.3.1.1. Projection de la demande de PAI selon plusieurs scénarios : CFGB, 2001-2020

Tableau Annexe 6.3.2.1. Projection de la demande de soignants APS ETP selon plusieurs scénarios : CFGB, 2001-2020

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE ET METHODE

1.1. Contexte et objectif de l'étude

Il y a près de cinq ans, le SESA/UCL et le HIVA/KUL terminaient une étude sur l'offre et la demande de travail infirmier et soignant en Belgique et dans chaque communauté linguistique du pays. En ce domaine, il s'est produit, au cours de cette brève période, une évolution si importante qu'il était urgent de faire le point et d'envisager à nouveau les perspectives qui se profilent à l'horizon.

L'Association des Fonds sociaux du non-marchand (AFOSOC), le Fonds social pour les hôpitaux privés (FSHP) et le Fonds social MR - MRS ont donc demandé aux centres de recherche qui avaient réalisé l'étude précédente de la réactualiser et d'en étendre les perspectives jusqu'en 2020. Il est également apparu utile de situer l'évolution des professions infirmière et soignante au sein du champ de la santé et de l'aide sociale et, plus largement encore, du secteur non marchand. Le Fonds social européen (FSE) a soutenu l'étude en assurant son cofinancement.

Celle-ci a pour objectif de fournir aux décideurs et à l'opinion publique les éléments nécessaires pour évaluer et comprendre les enjeux actuels dans le champ de la santé et de l'aide sociale, tant en termes d'emploi, que de qualité des services offerts à la population. Il importe pour cela de bien connaître et évaluer la situation actuelle en la situant dans la dynamique de son développement.

Le service SESA de l'UCL a traité la problématique propre à la Communauté française et à la Communauté germanophone. Les résultats sont fréquemment mis en rapport avec ceux de la Communauté flamande qui sont traités par le centre de recherche HIVA de la KUL, les deux recherches ayant bénéficié d'une excellente collaboration entre ces équipes.

Le rapport comprend trois parties dont le présent tome constitue la deuxième. La première était centrée sur les différents secteurs d'activité dans le champ de la santé et de l'aide sociale ainsi que sur les professions qui y travaillent. Chaque secteur y était présenté : ses activités, l'évolution de celles-ci et l'emploi occupé. Les différentes professions étaient analysées : formation, évolution de la scolarité, effectifs de professionnels actifs. Une synthèse de l'emploi dans le champ de la santé et de l'action sociale a été réalisée.

La deuxième partie s'attache particulièrement aux professions infirmière et soignante, l'évolution de ces professions, en particulier au cours des années récentes, et les perspectives d'évolution de l'offre et de la demande de personnel jusqu'en 2020.

La troisième partie fait l'objet du dernier tome ; elle présente une analyse compréhensive du champ de l'action sociale, de l'évolution de ses activités tant intra-murales qu'extra-murales ainsi que celle des travailleurs sociaux.

1.2. Le marché de l'emploi infirmier et soignant

La santé du marché de l'emploi en soins infirmiers est l'objet de nombreuses inquiétudes. Ces inquiétudes sont partagées à des degrés divers par les professionnels eux-mêmes, leurs associations professionnelles (ACN, FNIB et UGIB), les employeurs du champ de la santé, les syndicats, les écoles, et les pouvoirs publics.

Sujet brûlant et donc difficile à aborder sans un certain nombre d'a priori, eux-mêmes nourris par des préoccupations tout à fait légitimes, et convergeant vers la formulation d'un constat généralisé: la pénurie de personnel infirmier et soignant.

Néanmoins, l'approche rigoureuse et objective qu'un chercheur se doit d'adopter nécessite une prise de distance par rapport à des « évidences », même largement partagées. Le concept même de pénurie exprime l'insuffisance de **l'offre de professionnels** disposés à travailler en regard de la demande. Cette carence est implicitement, mais généralement, attribuée à diverses caractéristiques de l'offre. Pour l'employeur qui éprouve des difficultés de recrutement, les candidats sont trop peu nombreux (volume insuffisant) ou ne répondent pas aux conditions de qualification (qualification insuffisante); pour le travailleur qui doit assumer la charge de travail d'un collègue absent ou manquant, il est clair aussi que l'offre semble déficiente. **La demande de professionnels** en vue d'occuper les postes de travail à pourvoir est par contre souvent considérée comme une donnée stable, alors qu'en fait, c'est l'ensemble du système de santé en évolution qui doit être considéré.

Les lignes qui suivent feront écho à la perception de la pénurie telle qu'elle est largement partagée aujourd'hui. Ensuite, nous exposerons la méthode mise en œuvre pour rendre compte de la situation présente à la lumière des évolutions récentes en nous efforçant d'en comprendre la dynamique. L'objectif de notre étude est de baser les scénarios du futur sur les hypothèses les mieux fondées tenant compte de notre connaissance de la situation actuelle et des évolutions prévisibles, sans oublier que tout travail de projection en vue d'une planification s'effectue toujours dans l'incertitude.

1.2.1. La perception d'une pénurie de personnel infirmier et soignant

Dans de nombreux pays européens, canadiens ou américains, l'on perçoit à l'heure actuelle l'existence d'une crise de personnel infirmier susceptible de menacer la qualité des soins prodigués aux patients. Les symptômes de cette crise sont nombreux : les institutions de soins rencontrent une difficulté d'attirer, de recruter et de maintenir en place du personnel en vue de combler les postes vacants ; des jeunes qui se lancent sur le marché des formations se désintéressent de la profession infirmière, de jeunes diplômées tardent à débiter réellement l'exercice de la profession et des infirmières plus expérimentées

témoignent d'une profonde lassitude à l'égard des conditions de travail, ce qui les amène à réduire leur temps de travail, à rechercher de nouvelles conditions d'emploi ou à quitter purement et simplement la profession. En outre, le personnel infirmier vieillit, et comme les départs précoces à la retraite sont nombreux, on peut supposer qu'un nombre important de soignants quitteront la profession dans la prochaine décennie. Le tableau dépeint est très sombre et même critique. Permet-il encore de promouvoir la qualité des soins et la satisfaction des travailleurs en favorisant leur implication dans l'organisation ? De leur sentiment d'appartenance à la profession en général et à l'institution en particulier dépend leur motivation à dispenser des soins de qualité, tout en assurant la satisfaction des patients.

Divers facteurs ont provoqué une mutation générale de la profession infirmière dans le système de soins : la demande s'amplifie, en termes quantitatifs et qualitatifs, notamment du fait de la poussée démographique des personnes âgées ; la médecine évolue, du point de vue des technologies et des mentalités, modifiant l'offre de soins et les pratiques ; et finalement, le souci de maîtriser les dépenses de santé incite à une organisation toujours plus efficiente des facteurs de production dans le système de soins. Les soins infirmiers pâtissent d'une absence de planification systématique alors qu'infirmières et soignants constituent la proportion la plus importante des professionnels du champ de la santé.

D'autre part, la formation des professionnels soignants interpelle à divers égards : les nouveaux besoins en soins appellent une nécessaire adaptation des profils de formation (types de diplômes et différenciation des rôles, durée de la formation, passerelles entre formations, degré de spécialisation), bien qu'un consensus sur la manière de réaliser cet ajustement soit difficile à trouver.

Enfin, les conditions de travail créent beaucoup d'insatisfaction. La tension causée par les lourdes charges, la faiblesse du statut professionnel, les relations complexes avec des partenaires multidisciplinaires, la rotation des horaires de travail (qui comporte une grande part d'incertitude et d'imprévisibilité) ainsi que divers risques, physiques et psychologiques, inhérents à la nature de l'activité infirmière affectent la santé et la motivation des infirmières. Ces différentes composantes liées à l'exercice de la profession compliquent les problèmes de recrutement et de rétention. Leurs conséquences sont d'autant plus néfastes que l'on se situe dans un contexte de recrutement difficile.

Si le constat d'une pénurie de personnel infirmier et soignant est posé par de nombreux pays, tant en Europe qu'outre Atlantique, l'intensité de la pénurie peut être vécue différemment selon les besoins en soins, le rôle des professionnels participant aux soins infirmiers, ainsi que l'organisation et la production des soins. Les statistiques établies et publiées sont plus ou moins fines et précises, et il est souvent difficile d'établir un état des lieux permettant une comparaison entre pays en raison de l'hétérogénéité des conditions d'exercice, d'activité, de rémunération et d'organisation de la profession. Les premières recherches dirigent le lecteur vers les sites Internet plus ou moins bien élaborés ou vers les rapports produits par les Ministères nationaux ou les associations professionnelles. A défaut d'être exhaustives, les données produites témoignent toutefois d'un désir de quantification de la réalité vécue et d'une recherche des causes probables du phénomène. Le chapitre 4.3 du présent rapport s'efforcera d'effectuer une synthèse des éléments disponibles à ce sujet.

En Belgique, et spécialement en Wallonie et à Bruxelles, nombreux sont ceux qui estiment que des symptômes de pénurie sont présents. Associations professionnelles et responsables de services agitent le spectre d'une pénurie qui irait s'aggravant. Les

problèmes auxquels le personnel infirmier se trouve confronté en 2001 seraient semblables à ceux vécus dans les années 1980, mais ils seraient aggravés par des changements sociaux tels que le vieillissement de la population, la réorganisation des soins de santé et de leur financement, la modification profonde du système de pensée de la jeunesse actuelle qui serait marqué par un souci de profit individuel plus prégnant.

1.2.2. Analyser le besoin de personnel infirmier et soignant

Le travail entrepris par l'équipe de Socio-Economie de la Santé de l'Université catholique de Louvain (SESA/UCL) concerne l'ensemble des professionnels exerçant à des titres divers l'art de soigner ou y collaborant, y compris les accoucheuses. Cette recherche centrée sur les ressources humaines se penche sur la situation du marché et s'efforce de la situer au sein du système de santé et du marché du travail. Les évolutions observées dans le passé, en particulier au cours de la dernière décennie, permettent d'adopter une perspective dynamique dans l'analyse tant de l'offre (les effectifs) que de la demande de travail infirmier et soignant par les employeurs ou la clientèle privée. Pour la clarté de l'exposé, nous traitons successivement de l'offre puis de la demande en Communauté française et germanophone de Belgique (CFGB). Les perspectives envisagées dans les divers scénarios concernent l'horizon 2020, sans négliger des termes plus rapprochés : 2005 et 2010.

L'analyse se donne pour objectif de pouvoir confronter les scénarios d'offre et de demande, à la recherche d'un nécessaire équilibre. Toute politique de santé doit en effet se préoccuper des ressources nécessaires pour la mettre en œuvre. La présente recherche entend apporter une aide à la décision en permettant de tenir compte des tendances lourdes de l'évolution, sur lesquelles le politique n'a guère de prise, et d'envisager les conséquences des mesures qui sont prises ou seraient à prendre.

1.2.2.1. L'offre de personnel infirmier et soignant

Du côté de l'offre, les principaux paramètres à mesurer concernent les effectifs actuels et à venir de professionnels disponibles sur le marché, leurs caractéristiques tant démographiques que professionnelles et enfin les entrées et les sorties de la profession. L'importance des entrées en provenance de l'enseignement dépend de la population en âge d'entreprendre des études supérieures, du taux d'attraction de la formation, du taux de réussite, du taux d'activité parmi les diplômés en âge de travailler et, enfin, de la propension à exercer cette activité dans la profession. La présence parmi les étudiants et les diplômés d'étrangers non-résidents en Belgique a pu être mesurée grâce à une enquête effectuée par le SESA. Ils ne seront pas considérés comme potentiellement actifs en CFGB.

Les entrées comprennent en outre les diplômés à l'étranger qui ont obtenu le droit d'exercer leur art en Belgique. On rappellera également les différentes mesures qui ont été prises pour ménager des passerelles vers la qualification d'infirmière graduée ou brevetée.

La sortie est soit volontaire, par abandon de l'exercice de la profession, soit consécutive à la maladie, au décès, au chômage, au départ à l'étranger ou à la retraite. Elle peut aussi résulter d'une interruption de carrière plus ou moins prolongée. La connaissance de ces paramètres permettra ultérieurement d'établir différents scénarios prospectifs.

La composition de l'équipe soignante dans les différents secteurs de soins retiendra particulièrement notre attention car son adéquation aux besoins constitue un enjeu majeur pour la qualité des soins. Deux éléments seront ainsi mis en évidence : d'une part, les incertitudes entourant la qualification actuelle des soignants, d'autre part l'arrivée progressive à l'âge de la retraite de soignants qui, en raison de leur expérience, ont été autorisés à pratiquer certains actes infirmiers en vertu de l'art. 54bis de l'A.R. N° 78. Seront-ils remplacés par des infirmières ou par des aides soignants ?

1.2.2.2. La demande de travail infirmier et soignant

La demande sera analysée à partir de « l'emploi » ; il s'agit donc de la demande de travail professionnel en fonction de l'offre d'emploi des services et de l'ampleur des prestations demandées par les patients faisant appel à leurs compétences. Elle vise finalement à satisfaire la demande et les besoins de la population.

Pour évaluer la demande actuelle de personnel infirmier et soignant, on aurait souhaité pouvoir tenir compte à la fois de l'emploi effectif et des demandes insatisfaites dans les secteurs utilisant leur compétence spécifique. Les différentes enquêtes qui se sont penchées sur la « pénurie » de praticiens de l'art infirmier (PAI¹) en CFGB ont malheureusement négligé d'investiguer les motifs pour lesquels des postes étaient vacants et la durée de ces vacances. Elles considèrent généralement toute vacance de poste comme étant un besoin insatisfait, ce qui est loin de refléter la réalité. Nous avons lancé une enquête incluant ces paramètres, mais le taux de réponse relativement faible ne permet pas d'en généraliser les résultats. Elle nous a permis de mieux comprendre le phénomène, mais non pas d'en mesurer l'importance. Nous restons donc dans l'incapacité de faire entrer les offres d'emploi insatisfaites dans l'estimation de la demande de PAI.

L'activité des PAI et soignants sera analysée non seulement de manière globale, mais aussi par secteur d'activité. Les données utilisées pour mesurer l'emploi dans les différents secteurs d'activité sont principalement des relevés statistiques provenant du Ministère de la Santé publique (MSP²) et de l'INAMI³ certes fiables, mais dont les objectifs opérationnels

¹ Le terme de « praticien de l'art infirmier » désigne les infirmiers, gradués et brevetés, ainsi que les assistants en soins hospitaliers (ASH). Lorsque les graduées accoucheuses diplômées depuis 1995 leur sont associées, il en sera fait mention de manière explicite.

² L'essentiel, de ce travail a été rédigé avant que le « Ministère » de la Santé publique soit rebaptisé « Service Public Fédéral ».

³ Données comptables du Service des hôpitaux du MSP, relevés du personnel en MRPA et MRS sur base des déclarations ONSS transmises par ces institutions à l'INAMI pour obtenir les forfaits soins, données comptables enregistrant les prestations de soins infirmiers effectuées par chaque PAI tant en nombre d'actes qu'en montants remboursés. Ces données ont été transformées par nous en ETP de PAI actifs en SAD et régionalisés en fonction de la répartition des prestations selon les régions.

ne coïncident pas exactement avec ceux d'une étude portant sur l'emploi et l'activité professionnelle. Les catégories professionnelles sont parfois incertaines et, en ce qui concerne les soins infirmiers à domicile (SIAD), le calcul de l'emploi à partir des prestations effectuées et remboursées comporte une marge d'imprécision irréductible. Pour les autres secteurs, les données ont été obtenues auprès des services concernés.

Nous serons particulièrement attentifs aux évolutions récentes et aux facteurs qui ont pu modifier l'importance et la nature de cette demande (adaptations législatives, vieillissement de la population, augmentation de la consommation de soins, etc).

La méthodologie suivie pour effectuer les perspectives d'évolution de l'offre de PAI sera exposée en détail au chapitre 5. En ce qui concerne les soignants, les incertitudes majeures qui entourent le parcours des professionnels à partir des formations qui leur sont proposées, imposent la prudence et plus encore qu'ailleurs à ne considérer les résultats de cet exercice prospectif qu'en fonction des hypothèses testées.

Le chapitre 6 posera les hypothèses à partir desquelles l'évolution future de la demande de PAI et de soignants a été envisagée et il produira les résultats de plusieurs scénarios.

Le chapitre 7 confrontera les résultats obtenus par cette projection de l'offre et de la demande de personnel.

Enfin, des conclusions seront tirées en vue de promouvoir à terme une situation d'équilibre, tout en effectuant les choix qui sont importants pour la promotion de la santé publique.

CHAPITRE 2 : L'OFFRE DE PROFESSIONNELS

2.1. Praticiens de l'art infirmier

En vertu de la Loi sur l'Art Infirmier du 20/12/1974, modifiant l'AR n°78 du 10/11/1967, les Praticiens de l'Art Infirmier (PAI) regroupent les infirmières graduées (diplômées de l'enseignement supérieur de type court), les infirmières brevetées (enseignement professionnel secondaire complémentaire) et les ASH (assistantes en soins hospitaliers) dont la formation a été suspendue depuis 1994. L'enseignement des soins infirmiers est régi par l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française (A.G.C.F.) du 21 avril 1994.

Nous présenterons successivement les populations étudiantes, les migrations et les effectifs de PAI.

2.1.1. Offre : Population étudiante des PAI

2.1.1.1. Méthodologie et sources

Le volume d'effectifs de PAI se constitue au fil du temps en fonction des formations reçues et de la propension à travailler des diplômés. Celle-ci peut d'ailleurs se modifier au cours de la carrière professionnelle et d'une époque à l'autre. Pour comprendre la situation actuelle et l'évolution attendue, il est important de décrire et de quantifier les effectifs en présence. Cette section s'attachera à présenter l'évolution des effectifs d'étudiants et de diplômés en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique (CFGB). Nous étudierons successivement :

- Le taux d'attraction des études en soins infirmiers rapporté à la population des jeunes atteignant l'âge de 18 ans en CFGB et comparé à celui de l'enseignement supérieur non-universitaire.
- L'évolution des entrées en première année, selon la filière suivie (graduat ou brevet) et la nationalité des étudiants/élèves; pour 2000-2001, la nationalité et le pays de résidence des étudiants/élèves ont pu être obtenus, permettant ainsi d'estimer dans

quelle mesure les étudiants/élèves étrangers viennent en Belgique pour s'y former avec l'intention probable de retourner dans leur pays d'origine.

- Le taux de passage d'année en année et le taux de réussite de la première année jusqu'à l'obtention du premier diplôme.
- L'évolution des diplômés par niveau de formation, tenant compte des spécialisations.

La population scolaire est analysée sur base de deux sources :

- Les tableaux des populations scolaires en formations paramédicales de la Direction Générale de la Santé du Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté française de Belgique.
- L'enquête effectuée par le SESA auprès des écoles de PAI et portant sur les effectifs d'étudiants/d'élèves en 2000-2001, de diplômés en 2000 et sur la proportion de Belges, d'étrangers résidents et non-résidents dans cette population ; cette enquête a bénéficié d'un taux de réponse de 87 %¹.

2.1.1.2. L'attractivité des études en soins infirmiers

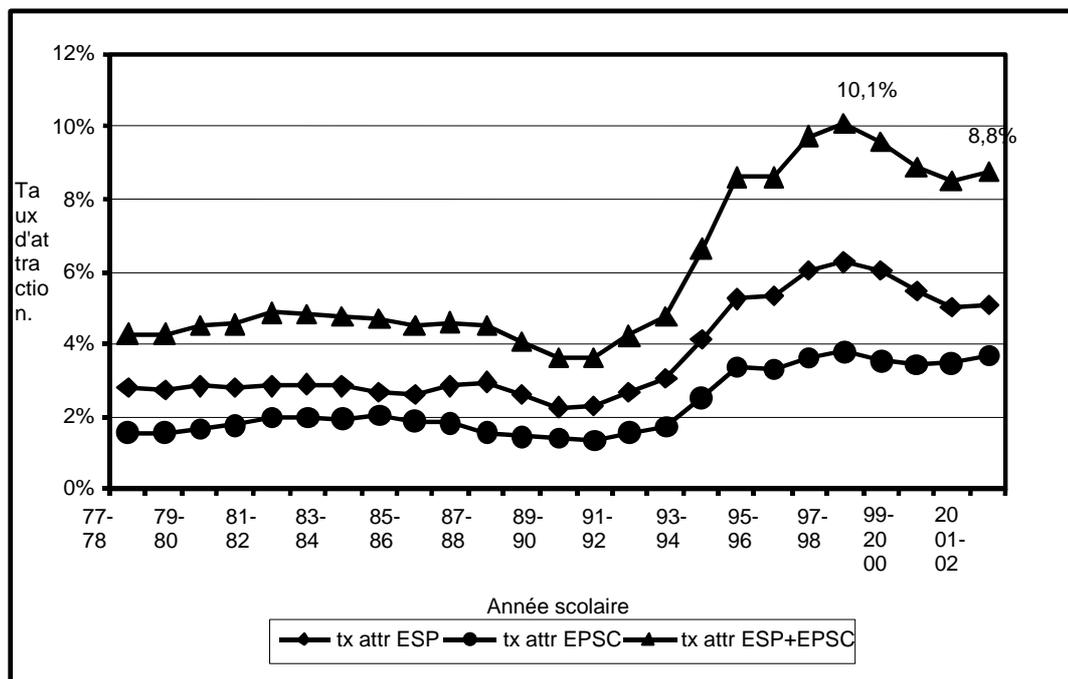
Le taux d'attraction étudié est le rapport entre, d'une part, le nombre d'étudiants/élèves inscrits en première année de l'Enseignement Supérieur Paramédical (ESP) et de l'Enseignement Secondaire Complémentaire du 4^{ème} degré (EPSC), orientation : Soins infirmiers et, d'autre part, le nombre de résidents belges âgés de 18 ans (Figure 2.1.1.2.1.). Le numérateur comprend tous les étudiants/élèves inscrits pour une année scolaire déterminée (de 1977-78 à 2001-2002) dans un programme d'études en soins infirmiers, quelle que soit la filière suivie. Le dénominateur, quant à lui, comprend tous les jeunes, résidents en CFGB, âgés de 18 ans au 1^{er} janvier de la même année, et donc susceptibles de débiter une formation supérieure².

La présence d'étudiants étrangers non résidents en Belgique (EENR) biaise sérieusement ce rapport, que nous appellerons dès lors : *Taux brut*. C'est pourquoi deux enquêtes ont été effectuées par le SESA en 1996-97 et en 2000-01 pour en évaluer l'importance. L'analyse des taux bruts ci dessous devra garder en mémoire l'existence de ce biais que nous ne pourrions corriger que pour les dernières années (section 2.1.1.3.2). Pour le calcul des projections, ce sont les taux d'attraction corrigés (sans les EENR) qui seront appliqués (cfr. Chapitre 5).

¹ 22 écoles dispensent la formation d'infirmières graduées dont une en Communauté germanophone ; 17 écoles forment des infirmiers brevetés dont une en Communauté germanophone. Le comptage effectué comprend chaque implantation, sachant qu'un seul et même établissement peut disposer de plusieurs implantations.

² La population âgée de 18 ans en CFGB est calculée en sommant la population de 18 ans pour la Wallonie et 0,83 fois celle de Bruxelles ; l'hypothèse sous-jacente est qu'il y a 83 % de francophones en région bruxelloise (cette hypothèse est supportée par la Communauté flamande).

Figure 2.1.1.2.1. Taux d'attraction brut des études en soins infirmiers par rapport à la population âgée de 18 ans en CFGB - 1977-2001



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté Française.

Calcul : Sesa (UCL). Données au tableau Annexe 2.1.1.2.1.

Le taux d'attraction brut des études en soins infirmiers (dans l'enseignement de plein exercice) par rapport aux jeunes de 18 ans est resté relativement stable de 1977 à 1987 dans les deux filières de formation; au cours de ces 10 années, le taux d'attraction brut moyen est de 4.6 %. Après une légère baisse, constatée entre 1987 et 1990 (diminution globale de 1.2 %), le taux d'attraction brut global des deux filières s'élève de façon sensible, jusqu'à atteindre des taux records pour l'année 1997-1998 avec plus de 6 % d'attraction pour le graduat et presque 4 % pour le brevet, soit un total de 10 % d'attraction pour l'ensemble des deux filières. Cette reprise semble faire suite aux revalorisations salariales de 1989-1993, à la hausse des normes d'encadrement et à l'augmentation du chômage dans le secteur marchand. Ce qui signifie qu'entre 1989, moment où le taux d'attraction brut des deux formations était au plus bas et 1997, ce taux a pratiquement triplé (de 3.6 % à 10 %). Toutefois, depuis 1997, le taux d'attraction brut pour les formations de PAI accuse une nouvelle baisse, tout en restant dans la marge des valeurs élevées relevées de 1994 à 1997. En 2000-2001, le taux d'attraction brut des études en soins infirmiers (brevet et graduat confondus) par rapport à la population en âge de 18 ans s'élève à 8.5 %. Ce taux masque néanmoins des différences entre les deux types de formation : Le taux d'attraction brut du brevet est resté plus stable que celui du graduat (perte de 0.1 % pour le brevet contre 1.4 % pour le graduat) ; la tendance à la baisse observée depuis 1997-1998 se ralentit quelque peu pour se stabiliser ces deux dernières années. En 2001-2002, on a pu constater une légère progression. Le taux atteint alors 8,8%.

Les variations sont très probablement conjoncturelles. Elles sont notamment liées aux perspectives d'emploi. L'image de la profession a pu être dévalorisée auprès du public lorsque les médias ont relayé les revendications du personnel infirmier en matière de

rémunération et de conditions de travail. Inversement, lors des crises économiques qui ont conduit au chômage beaucoup de travailleurs des secteurs de l'industrie et du commerce, les professions de la santé ont pu attirer nombre de jeunes indécis, en quête d'études menant à un emploi.

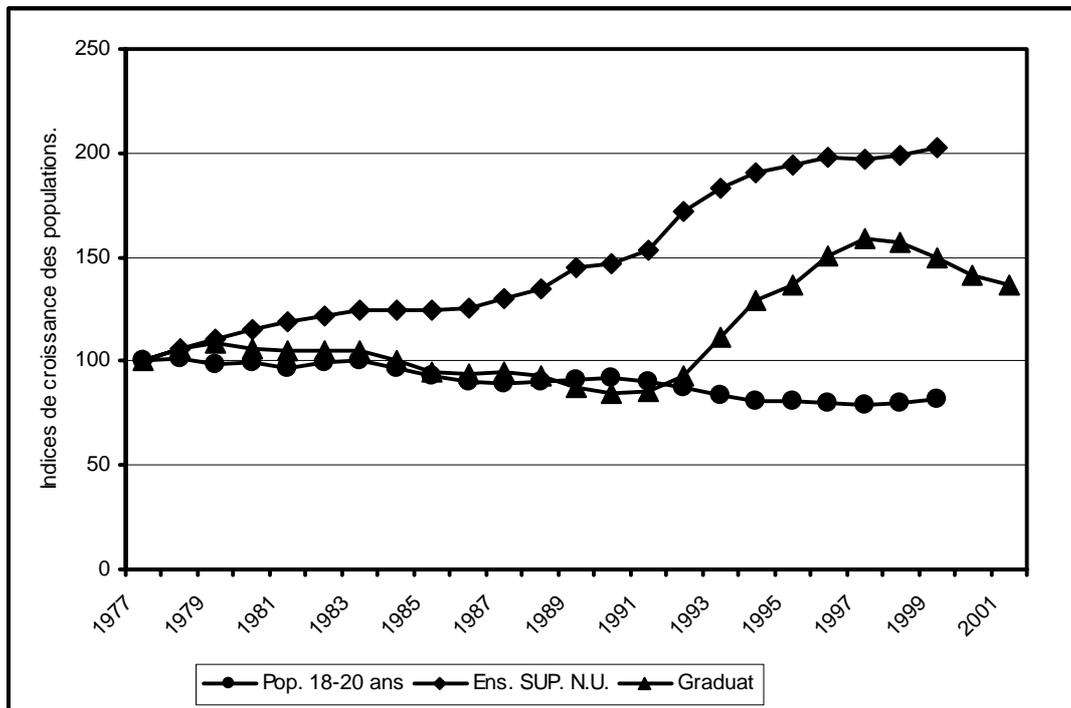
Soulignons toutefois que le brevet n'attire pas la même population d'élèves que le graduat ; d'une part, et nous le verrons dans le paragraphe 2.1.1.3.2., le brevet attire une proportion plus importante d'élèves de nationalité étrangère (et plus particulièrement des élèves françaises), d'autre part les conditions d'accès aux deux filières de formation sont sensiblement différentes (certificat d'études de sixième professionnelle pour le brevet, et certificat homologué de l'enseignement secondaire supérieur pour le graduat).

L'attraction des études en soins infirmiers a aussi été calculée selon le sexe. Le taux d'attraction brut de la formation d'infirmière graduée par rapport à la population masculine ou féminine de 18 ans en CFGB, pour l'année 2001, s'élève respectivement à 1.7 % et 8.4 %. Le taux d'attraction brut du brevet infirmier par rapport à cette même population vaut pour sa part respectivement 0.8 % et 6.2 %. Pour l'ensemble des études en soins infirmiers, le taux brut atteint donc 2.5 % pour les garçons de 18 ans et 14.6 % pour les filles du même âge. Ces chiffres doivent néanmoins être revus en tenant compte de la présence des EENR.

Finalement, il est possible d'interpréter l'intérêt des jeunes pour les études en soins infirmiers en comparant l'évolution des différentes populations : les jeunes âgés de 18 à 20 ans, les étudiants de l'enseignement supérieur non universitaire (E.Sup.N.U.) et les étudiants en soins infirmiers. La Figure 2.1.1.2.2. établit cette comparaison pour les étudiants du graduat en soins infirmiers et la Figure 2.1.1.2.3. pour les taux d'attraction bruts du graduat et le brevet. On peut ainsi constater que :

- la population en âge de 18 à 20 ans a progressivement diminué de 18 % au cours de ces 25 dernières années ;
- la population étudiante de l'E.Sup.N.U. a continuellement augmenté, doublant même de 1977 à 2000 (73 840 jeunes sont inscrits à un programme d'E.Sup.N.U. en 2000 contre 36 435 étudiants en 1977), si bien que son taux d'attraction brut par rapport à la population de 18-20 ans est multiplié par 2,5 ;
- alors que l'attrait de l'enseignement supérieur a été en progression constante, les taux d'attraction bruts des formations infirmières est variable et connaît des hauts (jusqu'à 10% en 1997) mais aussi des bas (moins de 4% en 1989-90) ;
- en 1998, le retard que l'enseignement en soins infirmiers avait pris par rapport à l'E.Sup.N.U semble résorbé, mais depuis lors, on observe une nette divergence dans leur évolution, en défaveur des soins infirmiers.

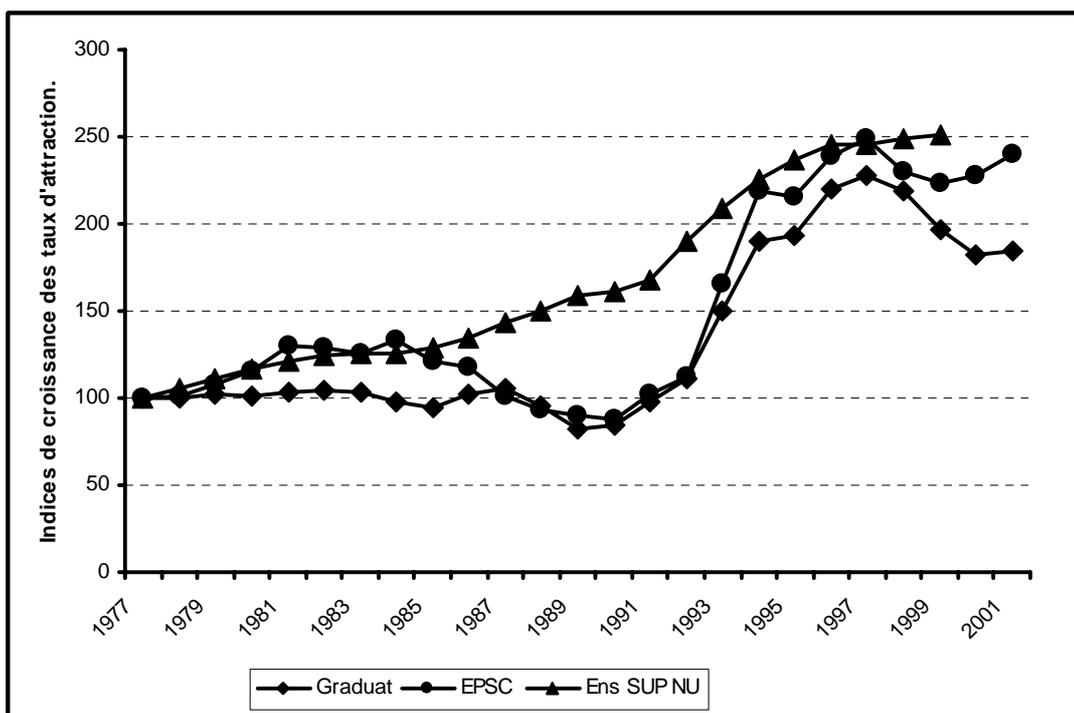
Figure 2.1.1.2.2. Comparaison de la population âgée de 18-20 ans, de la population scolaire du graduat infirmier et de l'enseignement supérieur non universitaire : 1977-2000



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française.

Calcul : Sesa (UCL).

Figure 2.1.1.2.3. Indices de croissance des taux d'attraction brut de l'enseignement supérieur non universitaire et de ceux de l'enseignement en soins infirmiers: 1977-2001



Source : Direction Générale de la Santé, Communauté Française. Calcul : Sesa (UCL).

La progression des taux d'attraction bruts comporte toutefois un biais dont le travail de projection devra tenir compte, du fait de la présence de nombreux étudiants/élèves provenant des pays limitrophes (et plus particulièrement de France) et souhaitant, après leur période de formation en Belgique, revenir dans leur pays d'origine. L'enquête menée en 2000-01 auprès des écoles formant des PAI a permis au SESA d'évaluer le nombre d'inscriptions d'étudiants/élèves ne résidant pas en Belgique. Ceux-ci sont particulièrement nombreux dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire menant au brevet. Nous en ferons part plus amplement dans le paragraphe 2.1.1.3.2.

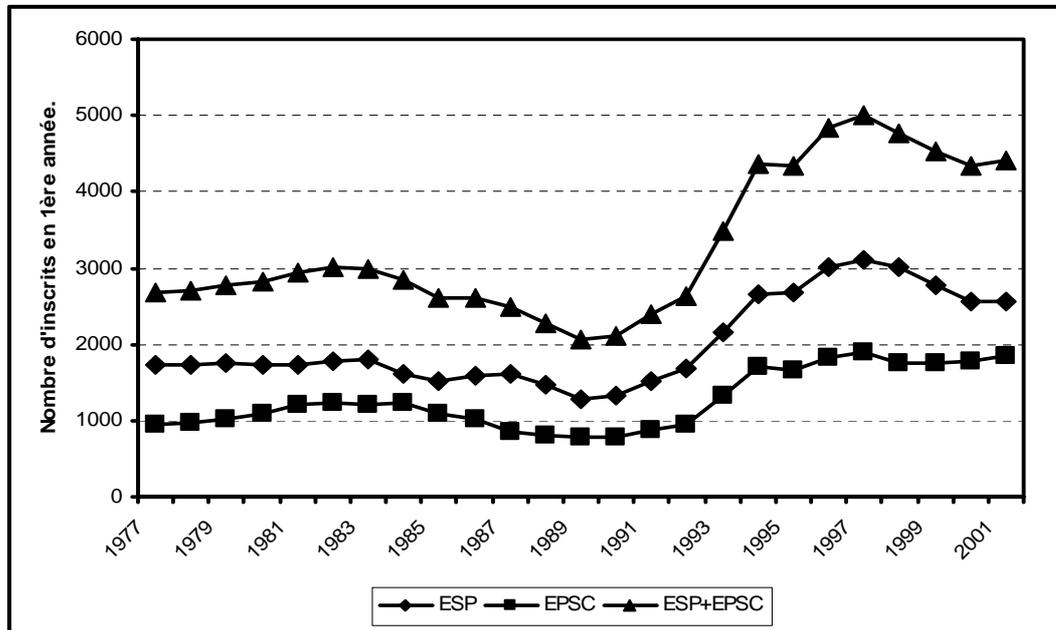
Les paragraphes qui suivent étudieront d'une part les étudiants/élèves qui suivent la filière d'enseignement normale en s'inscrivant auprès d'une école de formation des praticiens de l'art infirmier (paragraphe 2.1.1.3.) et d'autre part ceux qui se sont inscrits au Jury Central ou en promotion sociale (paragraphe 2.1.1.4.). Le paragraphe 2.1.1.4. envisagera également de façon exhaustive les autres possibilités d'accès à la profession infirmière.

2.1.1.3. Evolution des étudiants / élèves dans les écoles de PAI en CFGB

2.1.1.3.1. Inscriptions selon l'année d'étude, taux de passage d'une année à l'autre et taux de réussite

L'évolution du nombre d'inscriptions s'interprète parallèlement à l'évolution du taux d'attraction des études en soins infirmiers (Figure 2.1.1.3.1.1.). Après avoir connu une augmentation quasi continue depuis le début des années '60, le nombre d'étudiants/élèves inscrits en 1ère année baisse sensiblement à partir de 1984, tant pour la filière ESP que la filière EPSC. Cette baisse se poursuit de façon relativement constante jusqu'en 1989-1990, année au cours de laquelle le nombre d'étudiants/élèves était au minimum de la période 1977-2002 dans les deux filières de formation : 1 283 étudiants en ESP et 782 en EPSC, soit respectivement 74 et 72 % du niveau de l'année scolaire 1980-1981. Notons toutefois que ce minimum dépasse de 66 % le niveau atteint en 1968. Suite à cette année noire pour les écoles infirmières, les années scolaires ultérieures enregistrent de nouvelles vagues d'inscriptions, comme en attestent les données des années 1990 à 1998. En dix ans, le nombre de candidats à la profession infirmière a plus que doublé. Le plafond de 5 000 inscriptions est atteint en 1997-1998 ; bien que ce chiffre ait quelque peu baissé ces dernières années, essentiellement dans le graduat, l'enseignement infirmier recrute encore 4 417 étudiants/élèves en 2001-2002.

Figure 2.1.1.3.1.1. Etudiants et élèves inscrits en 1^{ère} année en soins infirmiers : CFGB - 1997-2001

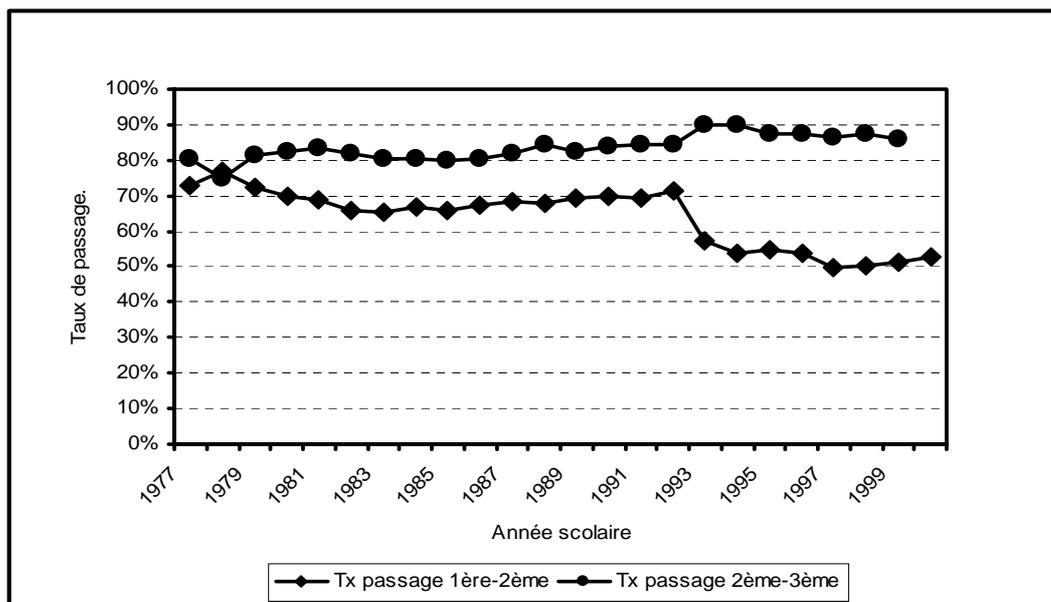


Source : Direction générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française.

Données au Tableau Annexe 2.1.1.3.1.1.

Contrairement à la hausse des inscriptions en première année, qui est visible dès l'année scolaire 1991-1992, le taux de passage brut des étudiants de première en deuxième année de graduat tend à chuter considérablement dès l'année scolaire 1992-1993 (Figure 2.1.1.3.1.2.).

Figure 2.1.1.3.1.2. Evolution des taux de passage en ESP de 1977 à 2000



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française

Calcul : Sesa (UCL).

Alors que le taux de passage (taux "bruts" incluant les doubleurs tant en 1^{ère} année au temps t qu'en 2^{ème} année au temps $t+1$) de 1^{ère} en 2^{ème} année dépasse encore 70 % jusqu'en 1980, chaque année scolaire suivante voit son taux de passage diminuer sérieusement jusqu'à atteindre 50 % en 1997-1998³.

Les taux de passage de 2^{ème} année ESP vers la 3^{ème} année ESP subissent peu de variations au cours du temps et restent bien supérieurs à 80 % (86 % pour la promotion 1999-2000).

Au total, depuis l'inscription des étudiants en première année de graduat jusqu'à leur arrivée en troisième, plus de la moitié de la cohorte a été évincée du parcours normal de deux ans. Ainsi, la cohorte 1998-1999 qui comptait 2 899 étudiants inscrits, s'est vue réduite en 2000-2001 à 1 272 étudiants en 3^{ème} année (perte de 56 % de l'effectif).

Le nombre de diplômes obtenus au terme des études⁴ équivaut à 40 % seulement des étudiants qui entreprennent le graduat infirmier (taux de réussite brut des étudiants inscrits en 1^{ère} année en 1997-1998).

Le taux de réussite brut en ESP ne cesse de décroître au fil du temps, puisque de 64 % en 1977-1978, il a chuté à 40 % vingt ans plus tard (figure 2.1.1.3.1.4.). Il nous paraît important de souligner qu'entre 1988 et 1993, le taux de réussite des étudiants en ESP s'est relevé et stabilisé à un plateau proche de 60%. Cette période correspond aux taux d'attractivité les plus bas enregistrés dans cette filière de formation. Plusieurs explications peuvent prudemment être avancées pour justifier ce phénomène. Lorsque le taux d'attractivité est plus bas, la population attirée par la formation est peut-être mieux ciblée (en termes de profil de formation antérieure et de motivation) ; les étudiants qui choisissent alors cette voie le font probablement par intérêt réel pour la profession et non par dépit de ne pouvoir choisir une autre orientation (par manque de débouchés professionnels ou par l'existence d'un *numerus clausus*). Plus motivés, ils seraient moins nombreux à abandonner leurs études en cours de formation et plus enclins à terminer leur cycle, ce qui pourrait expliquer un taux de réussite supérieur.

A l'heure actuelle, le nombre de candidats à la profession infirmière est élevé, mais 60% de l'effectif initial d'étudiants n'obtiennent pas leur diplôme.

³ A partir de 1995-96, le taux de réussite a été calculé en tenant compte de ce que le nombre d'étudiants inscrits en 1^{ère} année de graduat inclut ceux qui, l'année suivante, s'orientent vers le diplôme de graduée accoucheuse qu'ils obtiendront 3 ans plus tard.

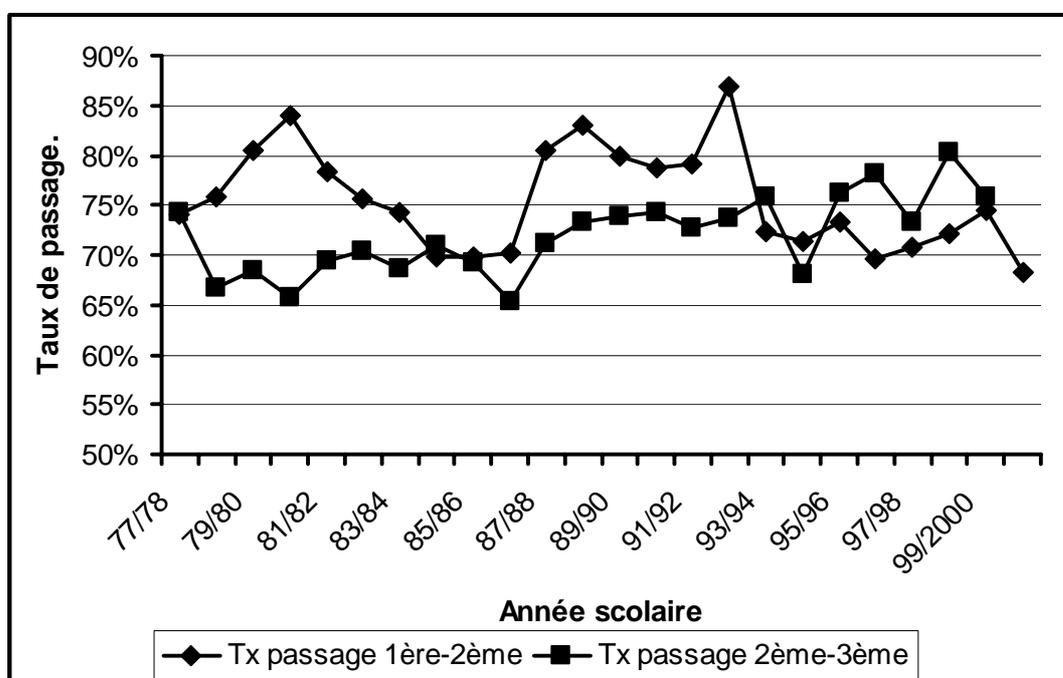
⁴ Le taux de réussite en année terminale est calculé en reportant le nombre de diplômés en $t+3$ au nombre d'étudiants en 1^{ère} année en l'année t . Ce sont des taux "bruts"; les étudiants de l'année de départ incluent les doubleurs et, d'autre part, parmi les diplômés ne figurent pas ceux qui termineront après le terme de 3 ans, mais bien des étudiants qui ont commencé avant l'année t .

Dans la filière EPSC, les taux de passage observés varient très peu, et ce, qu'il s'agisse du passage de la première à la deuxième année ou de la deuxième à la troisième année (Figure 2.1.1.3.1.3.). On s'étonnera peut-être de ce que l'on passe apparemment plus difficilement en 3^{ème} année qu'en 2^{de}. Il faut se rappeler que jusqu'en 1994, une réussite en 2^{de} année donnait droit à un brevet d'ASH et quelque 10% des élèves arrêtaient leur formation à ce niveau.

Alors que les taux de passage sont sensiblement plus élevés qu'en ESP, le parcours des élèves entraîne également de nombreuses pertes ; ainsi, 58 % des entrants en 1998-1999 obtiennent le passage en dernière année de formation, soit 1 020 élèves sur les 1 761 inscrits.

Le taux de réussite est meilleur qu'en graduat, mais il peut néanmoins être considéré comme faible, puisque seuls 46 % des entrants en 1997-1998 obtiennent finalement leur brevet.

Figure 2.1.1.3.1.3. Evolution des taux de passage en EPSC de 1977 à 2001

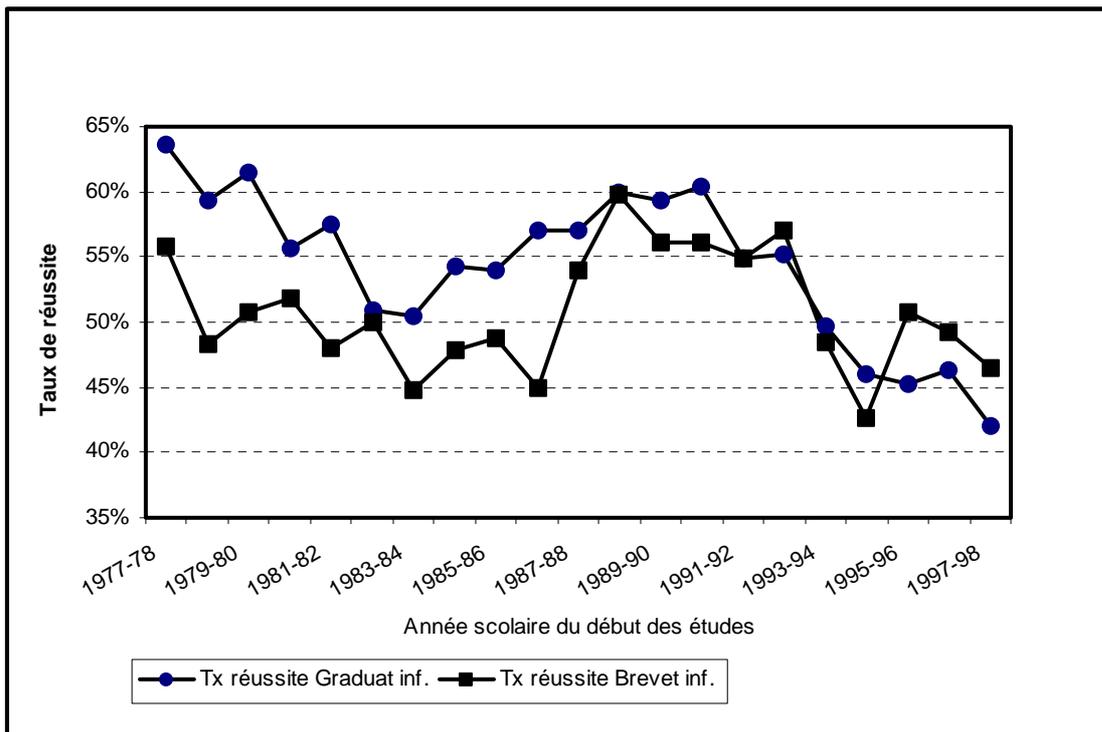


Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française

Calcul : Sesa (UCL).

Si l'on agrège les étudiants et les élèves des deux filières de formation, moins de la moitié de la cohorte d'une année scolaire déterminée parvient donc à obtenir son diplôme (44 %). La chute du taux de réussite est donc assez spectaculaire si l'on se place dans la perspective des 20 dernières années : l'enseignement infirmier voit donc son taux de réussite chuter de 61 % en 1977-1978 à 44 % vingt ans plus tard (Figure 2.1.1.3.1.4.).

Figure 2.1.1.3.1.4. Evolution des taux de réussite du graduat et du brevet infirmiers : CFGB, 1977-97

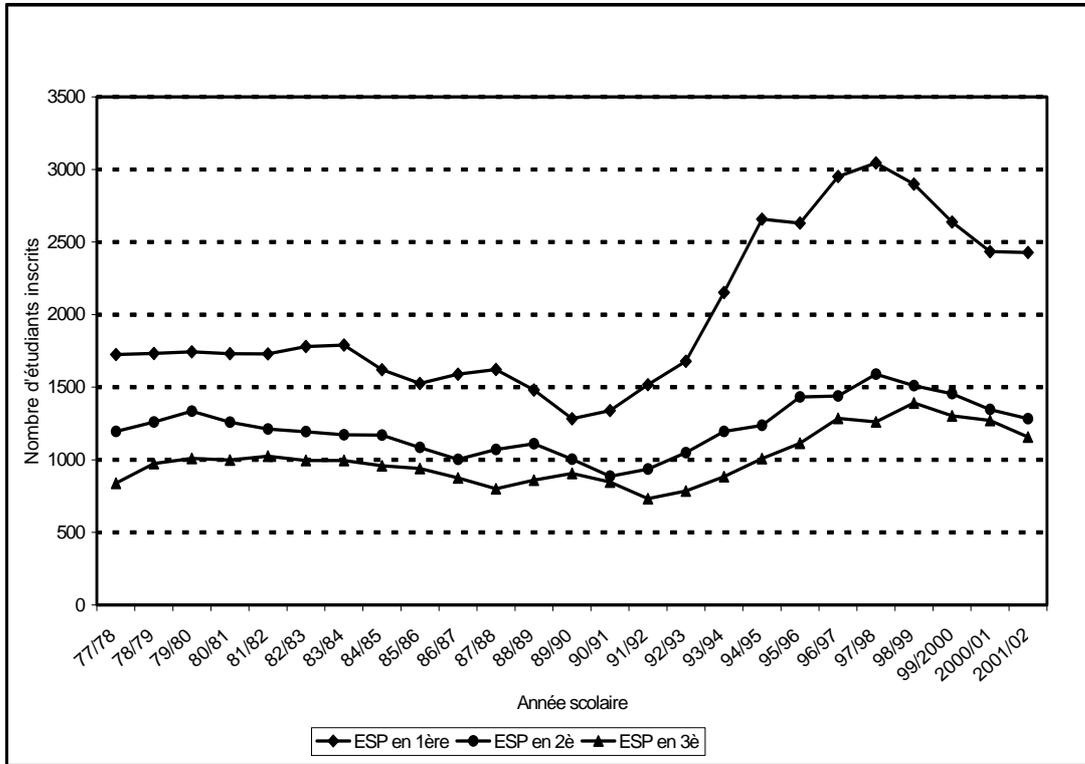


Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française

Calcul : Sesa (UCL).

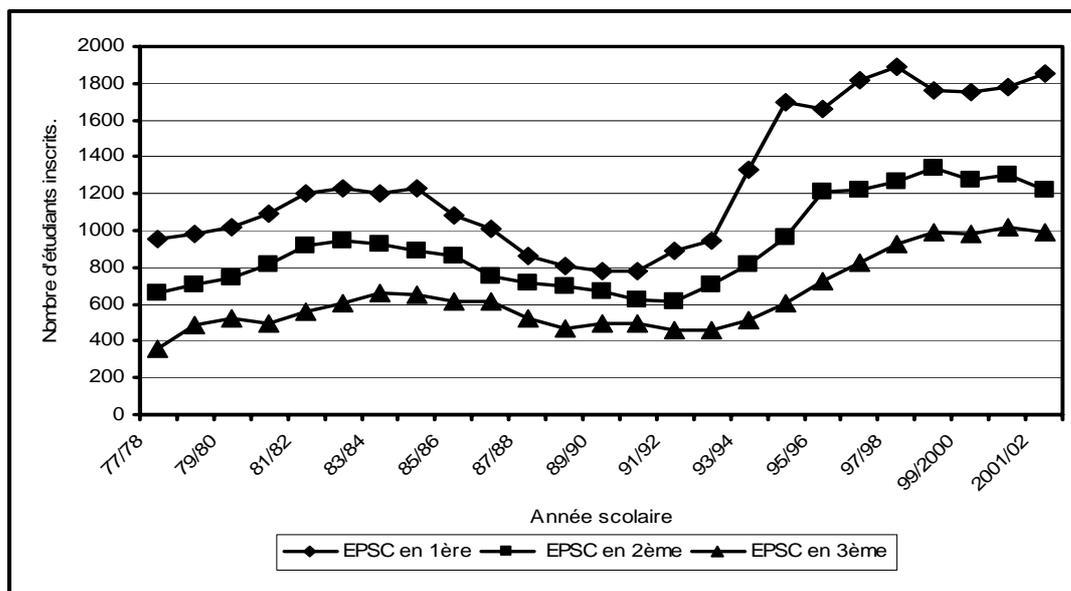
Données au Tableau Annexe 2.1.1.3.1.2.

Figure 2.1.1.3.1.5. Evolution du nombre d'inscriptions en ESP par année d'étude CFGB, 1977-2002



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française.

Figure 2.1.1.3.1.6. Evolution du nombre d'inscriptions en EPSC par année d'étude : CFGB, 1977-2002



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française

Les taux de passage étant relativement bas (inférieurs à 50 %), le nombre d'étudiants/élèves inscrits en 2ème et 3ème année est proportionnellement plus faible. Toutefois, en raison de l'attractivité croissante de la formation infirmière sur les jeunes depuis 1990, chaque année scolaire compte plus d'étudiants/élèves inscrits dans les 3 années d'études que l'année scolaire précédente. Ceci est particulièrement vrai pour la filière EPSC qui comptabilise un nombre croissant d'élèves, mais l'est un peu moins pour la filière ESP (Figures 2.1.1.3.1.5. et 2.1.1.3.1.6.).

L'enquête menée par le SESA en 2000-2001 nous permet aussi d'apprécier la part de l'enseignement des PAI assurée par la Communauté germanophone : pour l'année scolaire 2000-2001, la Communauté germanophone, représentée par une seule école, a inscrit 37 étudiants dans le graduat et 10 élèves dans le brevet (les 3 années confondues).

2.1.1.3.2. Etudiants et élèves étrangers

L'enquête SESA 2000-2001 menée auprès des écoles formant des praticiens de l'art infirmier présente l'avantage d'évaluer le nombre d'étudiants et élèves de nationalité étrangère (originaires ou non d'un pays de l'Union européenne), inscrits à l'une ou l'autre des filières de formation, pour l'année scolaire 2000-2001⁵ (Tableau 2.1.1.3.2.1.). Ainsi, sur 8 186 étudiants/élèves inscrits à un programme infirmier, 2 582 sont de nationalité étrangère (soit 31.5 %).

Tableau 2.1.1.3.2.1. Proportion d'étudiants/élèves belges et étrangers dans les écoles de PAI en 2000-2001

Graduat			
Francophones + Germanophones		%	Nombre
Total étudiants	Belges	80%	4069
<i>(sauf 4ème spécialisation)</i>	Etrangers non-résidents	9%	478
	Etrangers résidents	11%	551
	Total	100%	5098
Brevet			
Francophones + Germanophones		%	Nombre
Total élèves	Belges	50%	1535
	Etrangers non-résidents	38%	1183
	Etrangers résidents	12%	370
	Total	100%	3088

Source : Enquête SESA, 2001.

⁵ Rappelons que cette étude a bénéficié d'un taux de réponse de 87 %.

Parmi les 2 582 étudiants/élèves étrangers inscrits à un programme de formation en soins infirmiers en 2000-2001, 76.5 % proviennent d'un pays de l'Union européenne, dont 81.6 % ne résident pas en Belgique. Ce sont vraisemblablement des personnes originaires des pays limitrophes (France, Luxembourg et Allemagne) qui se déplacent quotidiennement entre leur pays et la Belgique ou louent une chambre d'étudiant sans y élire domicile.

La proportion d'étudiants et d'élèves étrangers est très différente selon la filière envisagée et représente 20 % des gradués et 50 % des brevetés (Figure 2.1.1.3.2.1.). En spécialisation, cette proportion est faible (7.2 %). Les étrangers non-résidents représentent 8.6 % des étudiants en ESP et 38 % en EPSC, toutes années d'études confondues (Figure 2.1.1.3.2.2.).

La proportion d'étudiants/élèves étrangers diffère selon l'année d'étude envisagée ; elle est plus importante en première et en deuxième année qu'en troisième année (en ESP comme en EPSC). Il ne s'agit pas ici de l'évolution d'une cohorte d'étudiants/élèves ; ces écarts traduisent une augmentation de la présence d'étudiants/élèves étrangers ces deux dernières années dans les écoles formant des PAI en CFGB.

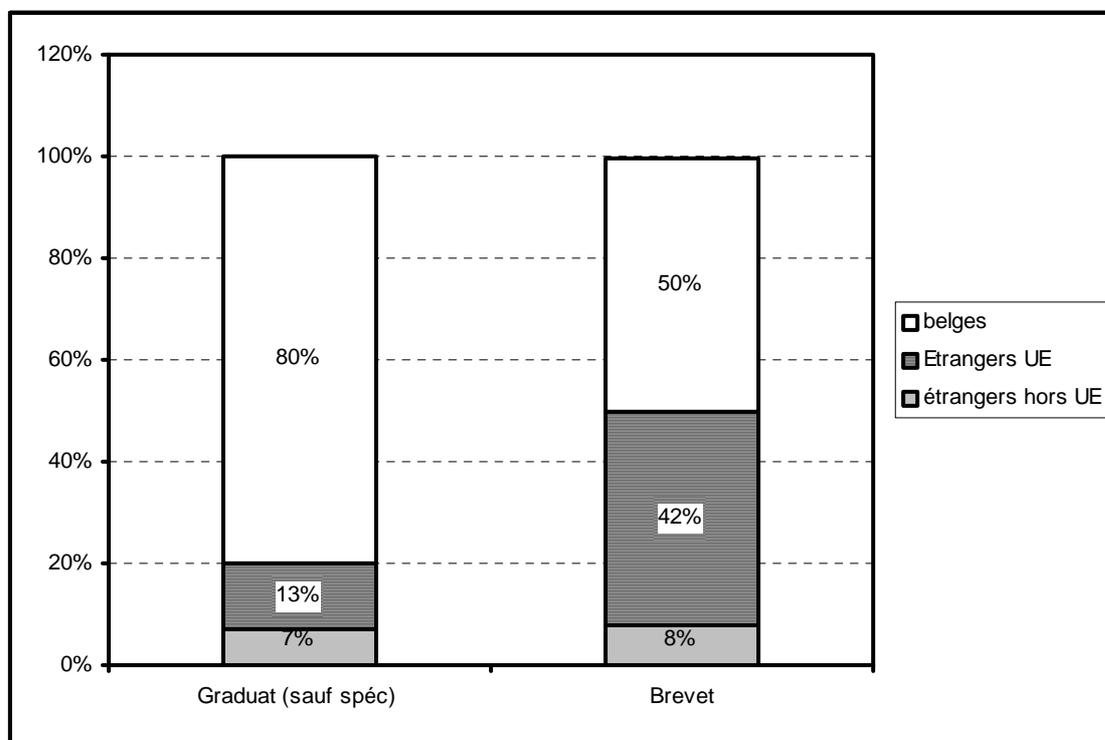
L'intérêt d'épingler cette donnée réside surtout dans la comparaison des étrangers résidents en Belgique, et donc susceptibles d'entrer sur le marché du travail belge, et des étrangers non-résidents, pour lesquels la probabilité de retourner dans leur pays d'origine après l'obtention de leur diplôme est bien plus élevée. En 1997, on enregistrait 14 % d'étudiants/élèves étrangers non-résidents, ESP et EPSC confondues.

En 2001, cette proportion est passée à 20.5 % : la proportion d'étrangers non résidents a doublé pour le graduat passant de 4 % en 1997 à plus de 8 % en 2001, et a gagné environ 10 points pour le brevet, passant de 29 % en 1997 à 38 % en 2001 (il est possible que la réduction drastique des quotas d'entrée dans les écoles infirmières françaises ces dernières années ait provoqué cette augmentation des inscriptions d'étudiants/élèves non résidents en Belgique).

Afin d'affiner notre analyse, nous avons réparti les données relevées par l'enquête SESA en trois zones géographiques, selon la localisation de l'école : la Région bruxelloise, la zone frontalière avec la France couvrant les communes de Tournai, Mons, La Louvière, Hornu, Haine St Pierre, Gilly et Charleroi et une dernière zone couvrant le reste de la Région wallonne.

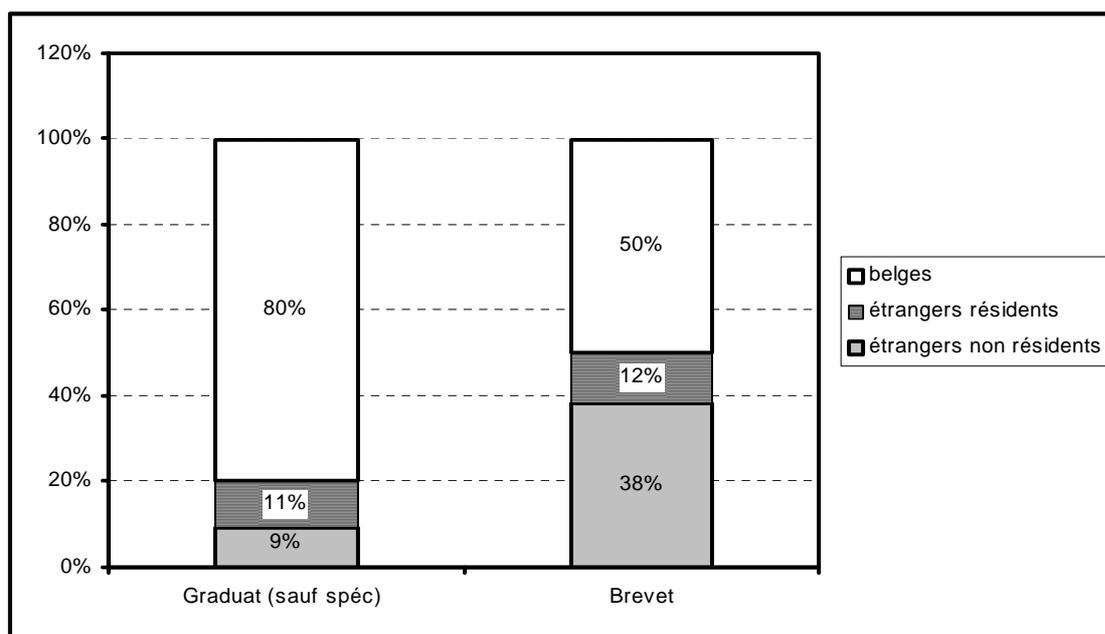
Les écoles de la Région bruxelloise sont fréquentées par 26 % des étudiant/élèves en soins infirmiers de la CFGB ; mais le graduat y est plus représenté (1/3 de la CFGB) que le brevet (16 %). La zone frontalière avec la France regroupe 25% des étudiants avec ici une plus forte part des élèves du brevet (44 %) et 13% des étudiants de graduat. Les autres zones comptent 49% des étudiants, avec 55% du graduat et 39 % du brevet (cfr Tableau Annexe 2.1.1.3.2.1.

Figure 2.1.1.3.2.1. Proportion d'étudiants/élèves belges et étrangers, provenant ou non de l'U.E., selon la filière d'études population scolaire de 2000-2001



Source : Enquête SESA 2001

Figure 2.1.1.3.2.2. Proportion d'étudiants/élèves belges et étrangers (selon leur lieu de résidence) Population scolaire 2000-2001



Source : Enquête SESA 2001

L'analyse de ces regroupements fournit les informations suivantes :

- Dans les écoles bruxelloises, 44 % des élèves en EPSC, 22 % des étudiants en ESP et 27% du total sont de nationalité étrangère et résident en Belgique (cette proportion, bien qu'élevée, est loin d'être surprenante puisque la population bruxelloise globale compte elle-même 30% d'étrangers). La part de non-résidents atteint 7 % des élèves en EPSC et 9 % des étudiants en ESP. Par rapport à 1997, ces chiffres traduisent une augmentation importante de la part d'étrangers non résidents en zone bruxelloise, puisque leur pourcentage était quasi nul lors de la précédente enquête (1996).
- Dans les écoles implantées en zone frontalière avec la France, 70 % des élèves en EPSC et 17 % des étudiants en ESP sont étrangers et non-résidents. Au total, 1 069 étudiants/élèves sont étrangers non-résidents sur les 2 032 étudiants inscrits, soit un rapport de 52.6 % pour les deux filières. Ce rapport est identique en 1ère année, soit 501 étrangers non-résidents sur les 950 inscrits. La probabilité que ces étudiants/élèves exercent leur profession en France après l'obtention de leur diplôme est maximale.
- Ailleurs, les étrangers représentent encore 14% des étudiants en ESP (dont 8 % de non-résidents) et 24 % en EPSC (dont 14 % de non-résidents), tous niveaux confondus.

Cet examen confirme que les étudiants étrangers non-résidents se concentrent plus particulièrement dans les écoles situées en zone frontalière et que les écoles bruxelloises accueillent, en EPSC, une grande proportion d'élèves étrangers domiciliés en Belgique.

Comment expliquer cet afflux d'étudiants/élèves étrangers non-résidents, venant plus particulièrement de la France et inscrits majoritairement au brevet?

Pour mieux comprendre l'attractivité des études en soins infirmiers en Belgique pour les Français, nous nous sommes penchés sur la formation infirmière en France⁶.

La profession des soins infirmiers et nursing se divise en France en 4 catégories :

- les auxiliaires de soins (aides-soignants et auxiliaires de puériculture)
- les infirmières de soins généraux
- les infirmières spécialisées (infirmières anesthésistes, infirmières du bloc opératoire, puéricultrices)
- les infirmières de secteur psychiatrique (spécialité supprimée depuis 1992).

La formation varie d'une durée comprise entre 1 an pour les plus courtes (aides-soignantes et auxiliaires de puériculture) et 5 ans pour la plus longue (infirmier anesthésiste). La formation de base, qui mène au diplôme de soins infirmiers généraux dure 3 ans (composée de 2 240 heures de cours théoriques et 2 275 heures de stages pratiques).

Les infirmières sont formées au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) agréé par le Ministère de la Santé. Des quotas d'entrée ont été instaurés en 1983, variant d'année en année selon les besoins présumés en soins infirmiers. Le quota d'entrée en IFSI était de 18 270 élèves en 1999 sachant que pour 100 élèves admises en première année, 75 se présentent effectivement sur le marché du travail 3 ans plus tard. En comparaison avec la

⁶ Source : COM-RUELLE L., MIDY F., ULMANN, P., *La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens*, CREDES, n°1318, Octobre 2000, 153 p.

Belgique, deux conditions limitent l'accès à la formation infirmière : la réussite d'un concours de connaissances générales (dont le taux de réussite dépend d'un *numerus clausus*), et le paiement d'un *minerval*. Toutefois, les étudiantes ayant réussi ce concours et ayant accès à la formation infirmière ont alors un taux de réussite nettement plus élevé que celui observé en Belgique où il varie, selon les années et les niveaux d'études, entre 40 et 50 %. On se trouve en fait face à deux modes de régulation différents de l'accès aux études et au marché de l'emploi.

L'absence de concours d'entrée aux formations en soins infirmiers en Belgique est un élément explicatif important de l'attraction exercée sur les étudiants français potentiels. Le concours est en effet un sujet de discussion et d'angoisse intarissable pour les candidats⁷, mais aussi de frustration en raison de la difficulté inhérente à un concours très général et des nombreux échecs subséquents.

Face à la perspective du concours ou à l'échec qui en a résulté, de nombreux candidats à la profession infirmière préfèrent envisager une formation à l'étranger.

Bien que sur le marché de l'emploi infirmier belge les deux titres (*graduat* et *brevet*) ne soient pas équivalents, au niveau européen ils donnent accès au titre d'infirmière responsable en soins généraux (IRSG). Pratiquement, cela signifie que le *brevet* et le *graduat* acquis en Belgique sont, en France, équivalents. En effet, dans la communauté européenne, il existe une législation communautaire visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres d'infirmières responsables en soins généraux⁸. Cette directive établit les critères minimaux de formation de l'infirmière. A reconnaissance identique du diplôme dans l'hypothèse d'un retour sur le marché du travail français, les candidats témoignent d'un intérêt plus marqué pour le *brevet* infirmier, en raison des exigences moindres, surtout au niveau théorique⁹.

Si l'on admet que les EENR n'exerceront pas en Belgique, les conséquences sont très importantes quant à l'attractivité réelle de la profession et aux perspectives pour l'avenir. Suite aux enquêtes effectuées en 1996 et 2000 par le SESA, le taux d'attraction réel auprès des jeunes de 18 ans résidant en Belgique serait inférieur de 0,12 à 0,45 point de pourcentage pour le *graduat* et de 0,84 à 1,78 point de pourcentage pour le *brevet*, les ramenant en réalité à 5 et 2,1%.

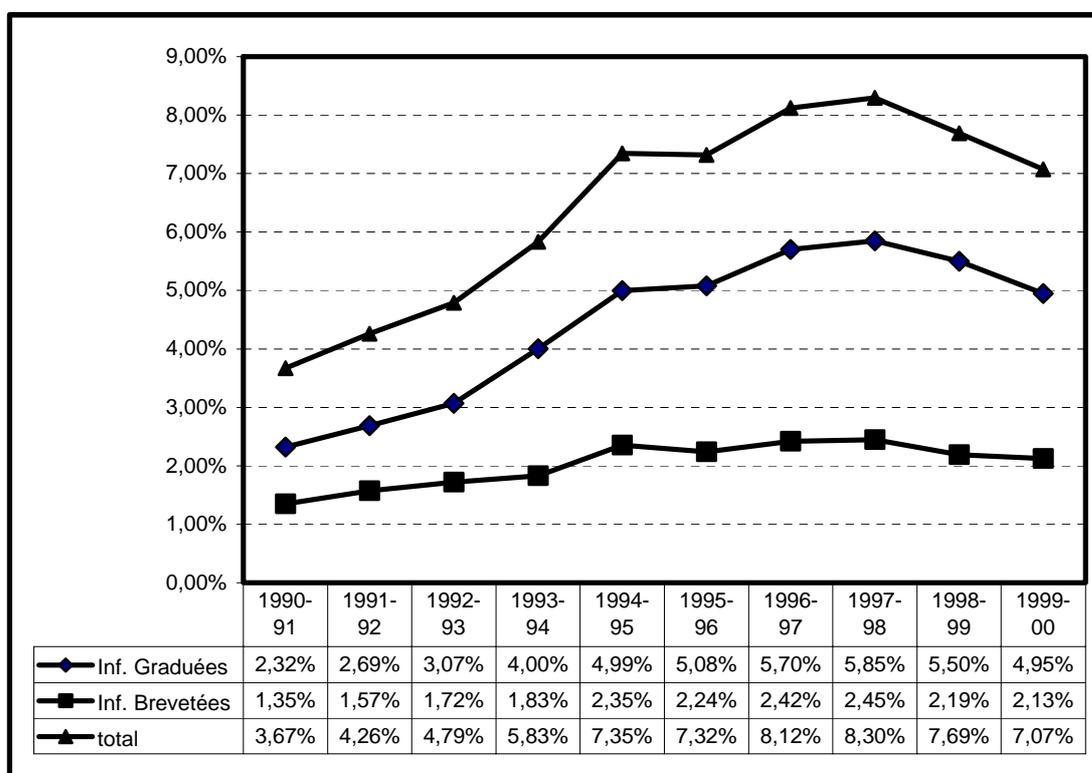
La figure 2.1.1.3.2.3. présente cette évolution de 1990 à 2000. On comparera utilement les taux des années 1993-94 à 1999-2000 à ceux de la figure 2.1.1.2.1 et du tableau annexe 2.1.1.2.1.

⁷ Comme on peut s'en convaincre en lisant les sujets postés dans les forums infirmiers sur Internet. Voir par exemple <http://www.infirmiers.com>

⁸ Conformément à la Directive 77/452/CEE du 27 juin 1977, qui établit les critères minimaux de formation de l'infirmier qualifié (par ex. au moins 3 ans d'études ou 4 600 heures d'enseignement théorique et pratique, une expérience clinique adéquate...)

⁹ C'est du moins l'hypothèse que nous proposons pour rendre compte de cette réalité. Toutefois, il serait intéressant de s'interroger sur la motivation des candidats étrangers optant pour le *graduat*. Il est en effet très probable que ce choix obéit également à une rationalité, mais d'un autre ordre, moins instrumentale sans doute. Cette filière offre par exemple une gratification symbolique en raison d'un prestige supérieur. Il se peut aussi, mais cela paraît peu vraisemblable que certains se dirigent vers le *graduat*, à défaut d'être informés de l'existence du *brevet*... Dans tous les cas, l'hypothèse explicative proposée se révèle incomplète pour comprendre de manière exhaustive la logique d'orientation vers l'une ou l'autre filière des étudiants étrangers.

Figure 2.1.1.3.2.3. Taux d'attraction des études en soins infirmiers en CFGB par rapport à la population de 18 ans résidant en Belgique après exclusion des EENR : CFGB, 1990-2000



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté Française. Enquêtes SESA/UCL, 1996 et 2001, Calculs SESA/UCL.

2.1.1.3.3. Evolution des diplômés et brevetés en ESP et en EPSC

Les nombres de diplômes et brevets décernés en Communauté française et germanophone depuis 1962 nous ont été communiqués par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement et la Direction Générale de la Santé du Ministère de la Culture et des Affaires Sociales de la Communauté française de Belgique pour une mise à jour en 2000. Ils sont repris en détail dans les Tableaux Annexes 2.1.1.3.3.2. a et b pour le graduat et le brevet. Le total des diplômes délivrés annuellement est repris au Tableau Annexe 2.1.1.3.3.2.c. Les premiers diplômés dans chaque programme de formation font l'objet de la figure 2.1.1.3.3.1. et du Tableau Annexe 2.1.1.3.3.1.

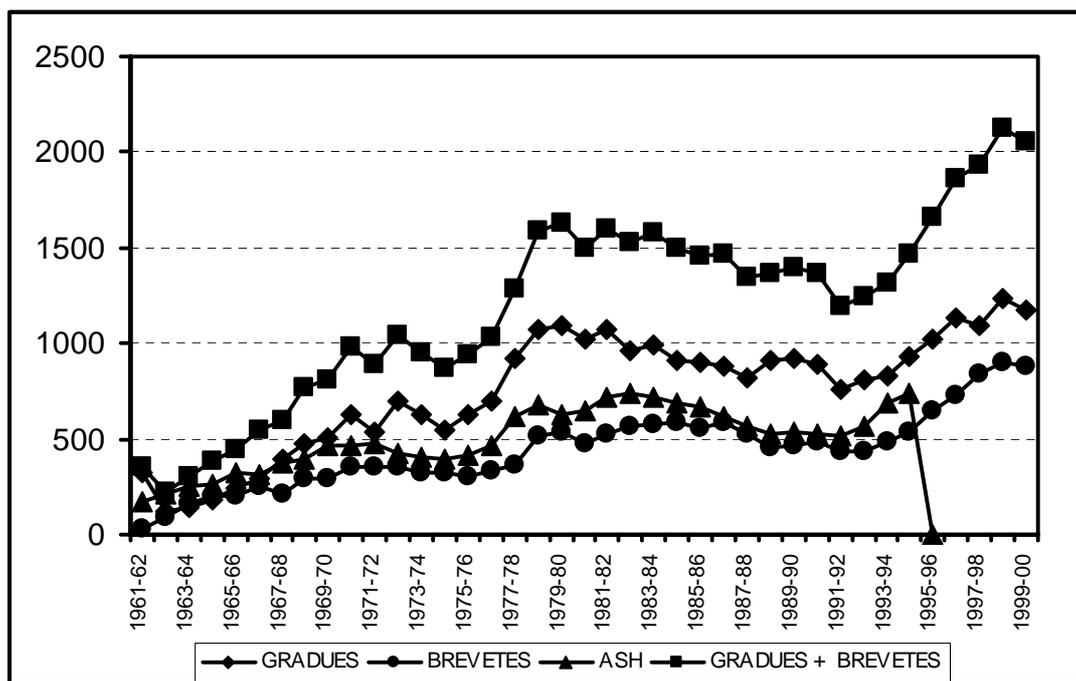
Les titres octroyés par niveau de formation sont dénombrés selon qu'il s'agit d'un premier ou d'un second diplôme.

- En ESP, le premier diplôme est décerné après les 3 années de formation de l'infirmière graduée. Toutefois, lorsqu'une spécialisation fait partie intégrante de la formation de base (3 premières années de formation), c'est-à-dire que le diplôme n'est octroyé qu'au terme de la spécialisation, cette spécialisation compte pour un premier diplôme. C'est le cas des diplômes d'infirmière graduée pédiatrique,

d'infirmière graduée psychiatrique et d'infirmière graduée accoucheuse, délivrés jusqu'en 1996 et du diplôme d'infirmière graduée sociale, délivré jusqu'en 1997.

- Le brevet octroyé au terme des 3 années de formation EPSC est comptabilisé comme premier brevet, même si le PAI a par ailleurs fait l'objet d'un enregistrement comme premier brevet d'assistante en soins hospitaliers. Ce double enregistrement des brevetés est systématique.
- Une spécialité en psychiatrie pour le brevet est un premier titre sanctionnant l'ensemble de la formation reçue (hospitalière psychiatrique jusqu'en 1979, infirmière psychiatrique jusqu'en 1996, assistante en soins hospitaliers psychiatrique de 1980 à 1995).
- La réforme de l'enseignement en Communauté française a imposé l'obtention du graduat avant d'entreprendre l'année de spécialisation. A partir de 1996-97, toute spécialisation est un deuxième diplôme. Par contre, les graduées accoucheuses ne doivent plus obtenir un graduat en soins infirmiers avant de recevoir leur titre ; celui-ci est un premier diplôme, mais il n'offre plus de qualification en soins infirmiers.

Figure 2.1.1.3.3.1. Nombre d'individus diplômés/brevetés chaque année (1^{er} diplôme) en CFGB - de 1962 à 2000



Source : Direction générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française

Le brevet infirmier est considéré comme un premier diplôme alors que, pour y avoir accès, il fallait, jusqu'en 1994, avoir obtenu le brevet d'ASH au terme de la 2^e année. L'écart entre les courbes d'évolution des ASH et des brevetés donne la mesure du nombre d'ASH ne poursuivant pas jusqu'au brevet infirmier.

Données au Tableau Annexe 2.1.1.3.3.1.

Le nombre de premiers titres octroyés chaque année a fortement cru jusqu'à la fin des années '70. De 1977 à 1980, la croissance fut même spectaculaire : croissance de, respectivement, 60 % et 50 % en 3 ans pour les graduats et les brevets. En 1980, le nombre de titres délivrés concernait 1 098 gradués, 629 assistantes en soins hospitaliers et à 535 brevetés. Toutefois, dès 1982, s'amorce une chute du nombre de diplômés/brevetés, qui se confirme graduellement jusqu'en 1991-1992. Depuis 1992-1993, le nombre de gradués et

de brevetés croît de nouveau, et ce taux de croissance atteint même, en 1995 et 1996, plus de 10 % l'an. L'attribution du brevet d'assistante en soins hospitaliers après la 2^e année du brevet a pris fin en 1994 ; la dernière promotion comptait 703 brevetées ASH. Les années suivantes, le nombre d'infirmières brevetées continue à croître, mais, comme nous le verrons plus loin, cette croissance doit être attribuée à une présence croissante d'étudiants étrangers non résidents (EENR) parmi les infirmières brevetées.

L'année scolaire 1998-1999 a été particulièrement faste pour les deux filières qui affichent des chiffres records, 1 234 graduées en soins infirmiers, 67 graduées accoucheuse, et 896 brevetés, totalisant ainsi 2 197 praticiens de l'art infirmier, diplômés/brevetés la même année.

La part des diplômés infirmiers parmi l'ensemble des diplômés en soins infirmiers et accoucheuses décroît d'année en année depuis 1989, passant de 67 % en 1989 à 59 % en 2000. Toutefois, cette diminution n'affecte pas la proportion de nouveaux diplômés potentiellement disponibles sur le marché belge. Les diplômés EENR qui, selon toute vraisemblance, retourneront exercer dans leur pays sont à 82% des brevetés. Lorsque l'on ne prend en considération que les diplômés, belges ou étrangers, résidant en Belgique, la proportion de diplômés infirmières et accoucheuses est de 66%.

L'enquête réalisée par le SESA au cours de l'année 2001 auprès des écoles formant des praticiens de l'art infirmier nous renseigne en effet sur le partage des titres délivrés entre Belges et étrangers et selon que ces derniers sont résidents ou non.

Tableau 2.1.1.3.3.1. Répartition des diplômés / brevetés de la CFGB selon leur nationalité et selon qu'ils sont résidents ou non en Belgique: 2000

	BELGES	ETRANGERS						TOTAL
		UNION EUROPEENNE			HORS UNION			
		RESIDENTS			RESIDENTS			
		OUI	NON	TOTAL	OUI	NON	TOTAL	
Graduat infirmier	966	30	62	92	50	7	57	1115
Graduat accoucheuse.	55	7	6	13	3	0	3	71
Spécialisation	473	12	3	15	6	4	10	498
Brevet	444	40	281	321	87	2	89	854
Graduat + Brevet	1410	70	343	413	137	9	146	1969
TOTAL	1922	87	351	438	135	13	148	2508
Graduat infirmier	86,6%	2,7%	5,6%	8,3%	4,5%	0,6%	5,1%	100,0%
Graduat accoucheuse	77,5%	9,9%	8,5%	18,3%	4,2%	0,0%	4,2%	100,0%
Spécialisation	95,0%	2,4%	0,6%	3,0%	1,2%	0,8%	2,0%	100,0%
Brevet	52,0%	4,7%	32,9%	37,6%	10,2%	0,2%	10,4%	100,0%
Graduat + Brevet	71,6%	3,6%	17,4%	21,0%	7,0%	0,5%	7,4%	100,0%
TOTAL	76,6%	3,5%	14,0%	17,5%	5,4%	0,5%	5,9%	100,0%

La proportion d'étrangers parmi les diplômés (1^{er} diplôme du graduat et du brevet) est sensiblement plus faible que parmi la population des étudiants au cours de l'année 2000-01 ; ceci confirme ce que nous avons déjà pu observer en comparant la population scolaire des différentes années du cycle : la présence d'étudiants étrangers croît d'année en année. En 2000, 21 % des diplômés sont des étrangers appartenant à l'Union européenne, et 7 % provenant d'autres horizons.. Ils sont plus nombreux à accéder au brevet qu'au graduat ; ils en accaparent respectivement 48% et 13% des titres délivrés.

Pour l'évaluation de l'offre disponible pour l'emploi en CFGB, il y a lieu d'être particulièrement attentif à la proportion de diplômes délivrés à des EENR. Ce sont en effet 14,5 % de l'ensemble des titres, 33 % des brevets, 6 % des graduats en soins infirmiers, 8,5 % des graduats d'accoucheuse et 1 % des spécialisations qui leur ont été attribués en 2000 et cette proportion pourrait encore augmenter dans les années qui suivent. Nous connaissons grâce aux deux études du SESA la progression du nombre de diplômes délivrés à des EENR de 1996 à 2000.¹⁰ Elle est importante : 3 points de pourcentage en graduat et 7 en brevet. D'autre part l'augmentation de la proportion d'étudiants dans les différentes cohortes d'étudiants présentes en 2000 permet de conclure que ce mouvement se poursuit.

2.1.1.3.4. Populations scolaires et diplômés/brevetés selon le sexe

Pour la filière ESP, les données présentées par la Communauté française permettent de distinguer les populations scolaires¹¹ (Tableau 2.1.1.3.4.1.) et les populations diplômées¹² selon le sexe (Figure 2.1.1.3.4.1.).

Tableau 2.1.1.3.4.1. Proportion de filles parmi les populations scolaires en ESP et en EPSC

Année scolaire	Proportion de filles en ESP (%)			Proportion de filles en EPSC (%)		
	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année
1997-1998	80.0	81.5	81.5	-	-	-
1998-1999	81.0	81.0	83.0	-	-	-
1999-2000	76.6	80.3	82.0	87.8	84.3	85.8
2000-2001	83.0	82.6	81.3	88.0	86.7	86.5

Source : Direction générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales Communauté française.

Calculs : SESA, (UCL).

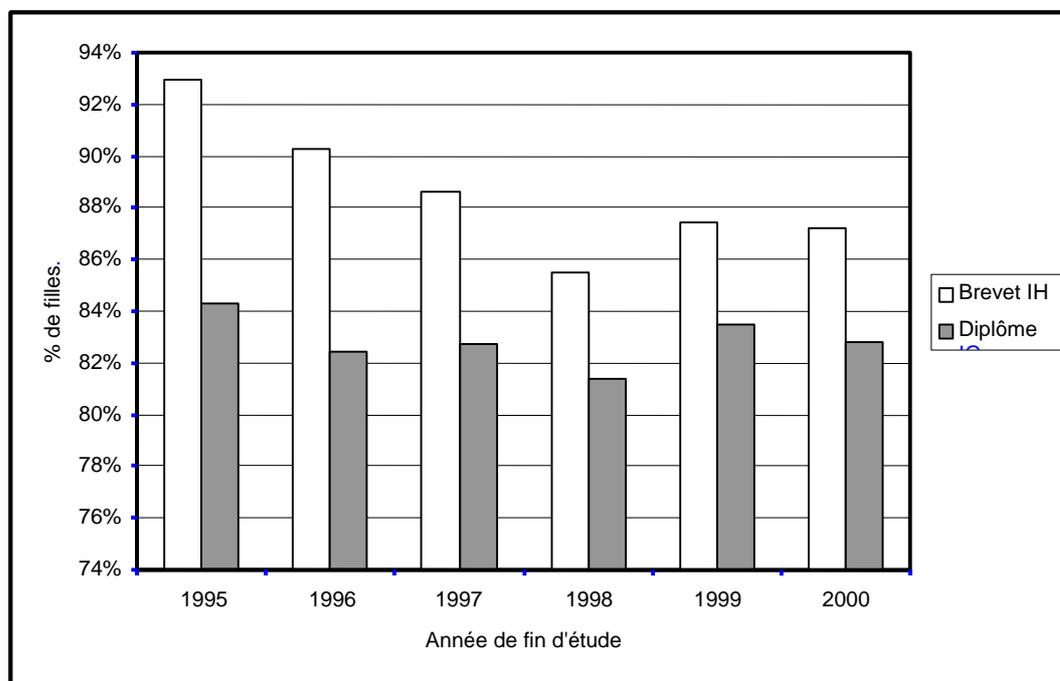
La proportion de filles est plus élevée parmi les élèves de la filière EPSC que parmi les étudiants de l'ESP. La filière ESP, qui offre des opportunités plus importantes en terme de carrière professionnelle, attire plus de garçons. De même, comme en témoigne la Figure 2.1.1.3.4.1., la proportion de filles parmi les brevetés est également supérieure à la proportion de filles parmi les diplômés (proportion moyenne de 88.5 % en EPSC, versus proportion moyenne de 82.5 % en ESP). Ces différences sont statistiquement significatives.

¹⁰ Pour la répartition des diplômes aux belges et aux étrangers selon leur lieu de résidence en 1996, voir : *Leclercq et Leroy*, 1998, O.C., T1, p.36, Tableau 2.2.3.

¹¹ Les données de la Communauté française permettant d'effectuer la distinction des étudiants selon le sexe sont disponibles pour la filière ESP (non compris les spécialisations) et pour la filière EPSC, et ce, pour les années 1997-2000.

¹² Les données de la Communauté française permettant d'effectuer la distinction selon le sexe sont disponibles pour tous les titres de PAI (y compris les spécialisations), et ce, pour les années 1995-2000.

Figure 2.1.1.3.4.1. Proportion de filles parmi les diplômés/brevetés selon la filière d'études – 1995 à 2000



Source : Direction générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française.

Calculs : SESA, (UCL).

Cette même base de données permet de suivre une cohorte d'étudiants depuis la première année jusqu'au diplôme. La promotion inscrite en 1^{ère} ESP en 1997-98 compte 3 105 étudiants, dont 80 % de filles. En 2^{ème} et 3^{ème} ESP (années scolaires 1998-99 et 1999-2000), la proportion de filles est de 81 % et 82 %. Finalement, sur les 971 étudiants qui obtiennent leur diplôme en 2000, 83 % sont des filles. La proportion de celles-ci augmente donc légèrement tout au long du parcours scolaire. On relève en effet une différence significative entre le taux de réussite des garçons (32 %), et celui des filles (39 %); chaque taux de passage intermédiaire des garçons est inférieur à celui des filles (Tableau 2.1.1.3.4.2.) :

Tableau 2.1.1.3.4.2. Répartition des taux de passage selon le sexe des étudiants

	Taux de passage 1 ^{ère} -2 ^{ème}	Taux de passage 2 ^{ème} -3 ^{ème}	Taux d'obtention du diplôme
Garçons	46%	81%	87%
Filles	49%	87%	92%

Source : Direction générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française.

Calculs : SESA, (UCL).

Cette différence de résultat doit être interprétée avec prudence, car les taux de passage ne reflètent pas le taux d'abandon qui peut, éventuellement, être plus important dans la population masculine.

2.1.1.3.5. Evolution des spécialisations

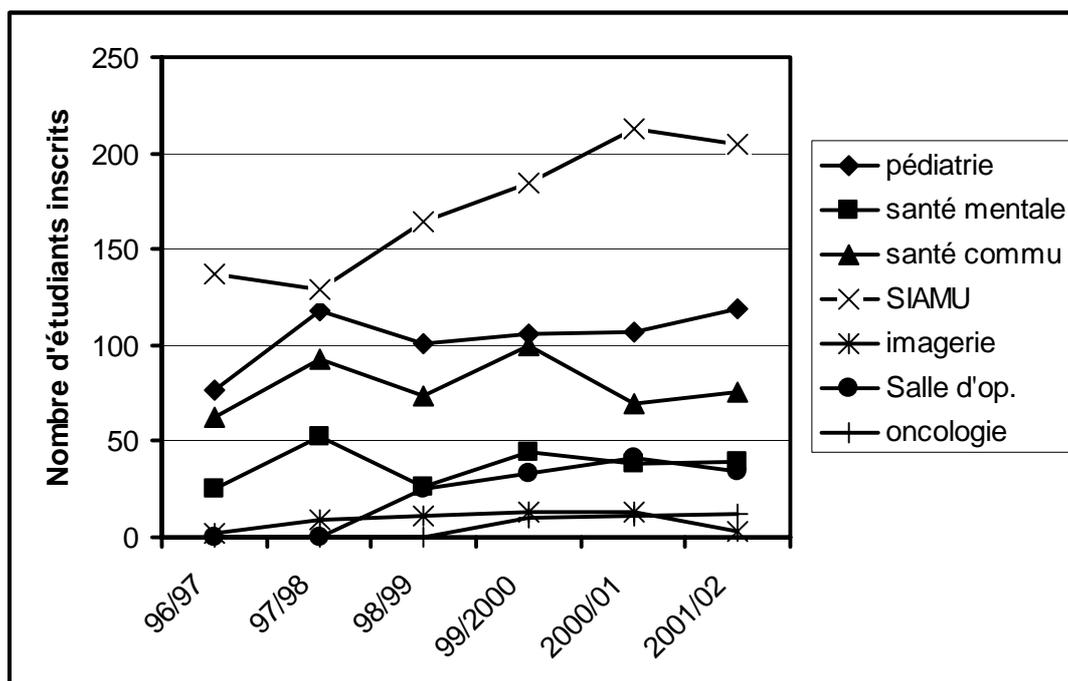
La spécialisation attire beaucoup d'infirmières graduées. Depuis l'année scolaire 1996-1997 jusqu'en 2001-2002, 2 576 diplômés ont choisi de poursuivre leurs études par une année de spécialisation, suivant ainsi une orientation plus précise dans leur parcours professionnel (Figure 2.1.1.3.5.1.). Elles étaient 303 à entreprendre une spécialisation en 1996-1997. Elles sont 488 en 2001-2002 soit une augmentation de 61%. Ce sont ainsi 42% des gradués qui, cette année là, poursuivront leurs études.

Chaque spécialisation rencontre un nombre croissant de candidats qui se destinent à une orientation professionnelle bien précise, souhaitent parfaire leurs connaissances dans un domaine d'activités spécifique,... ou souhaitent simplement « retarder » leur entrée dans la vie professionnelle.

La spécialisation qui compte le plus d'inscriptions (40 %) est la spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU). Chaque année scolaire comptabilise plus d'inscriptions que l'année précédente, passant de 137 inscriptions en 1996-1997 à 205 inscriptions en 2001-2002. Cette spécialisation est appréciée des jeunes diplômés qui craignent d'être confrontés dans leur pratique hospitalière à des situations aiguës pour lesquelles ils se sentent insuffisamment préparés par leur formation initiale. Ne négligeons pas non plus l'aura conférée par les professionnels soignants, les media (cfr le feuilleton Urgences) et le public à cette orientation, qui exige des habiletés techniques particulières et la capacité d'agir dans l'urgence face à des situations difficiles.

La spécialisation d'infirmière graduée en pédiatrie rencontre aussi un franc succès puisqu'elle compte plus de 24 % des inscriptions en spécialisation. Cette spécialisation est de plus en plus exigée pour permettre aux infirmières d'accéder aux unités de pédiatrie ou de néonatalogie : une année de formation spécifique est bien nécessaire pour appréhender la physiologie et les pathologies propres à l'enfant depuis la prématurité jusqu'à l'adolescence. Deux spécialisations répondent davantage aux besoins des diplômés qui préfèrent se spécialiser dans la prise en charge sociale ou de la santé mentale et qui orientent davantage l'infirmière vers des structures d'accueil spécialisées (psychiatriques ou ayant pour objet la réadaptation des personnes dont le mauvais état de santé est la cause ou la résultante d'une situation sociale, familiale ou professionnelle précaire) : il s'agit des spécialisations en santé mentale et psychiatrie et en santé communautaire. Plus simplement, ces orientations sont parfois choisies par des praticiens qui souhaitent jouer un rôle de personne ressource dans les équipes de soins en difficulté (urgences, oncologie, soins palliatifs, psychiatrie) ou qui tendent à parfaire la relation soignant/soigné en y apportant une dimension psychosociale plus approfondie. Ces deux orientations réunissent 30 % des inscriptions aux spécialisations. Enfin, les trois dernières spécialisations (salle d'opération, imagerie médicale et radiothérapie, et oncologie) enregistrent un nombre moindre d'inscriptions, bien que ce chiffre croisse d'année en année.

Figure 2.1.1.3.5.1. Evolution du nombre d'inscriptions en spécialisation, CFGB - 1996 à 2001



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté Française.
Calcul : Sesa (UCL).

L'engouement des infirmières pour les spécialisations les amène également, à se détourner des unités de soins généraux et à leur préférer les unités dont l'activité répond parfaitement à l'orientation de leur diplôme de spécialisation. A l'avenir, alors que les unités « spécialisées » n'auront guère de difficulté à recruter du personnel infirmier motivé et compétent, on peut craindre que les services de médecine générale, de chirurgie ou de gériatrie rencontrent un désintérêt des professionnels infirmiers et manquent cruellement de personnel présentant les mêmes qualités.

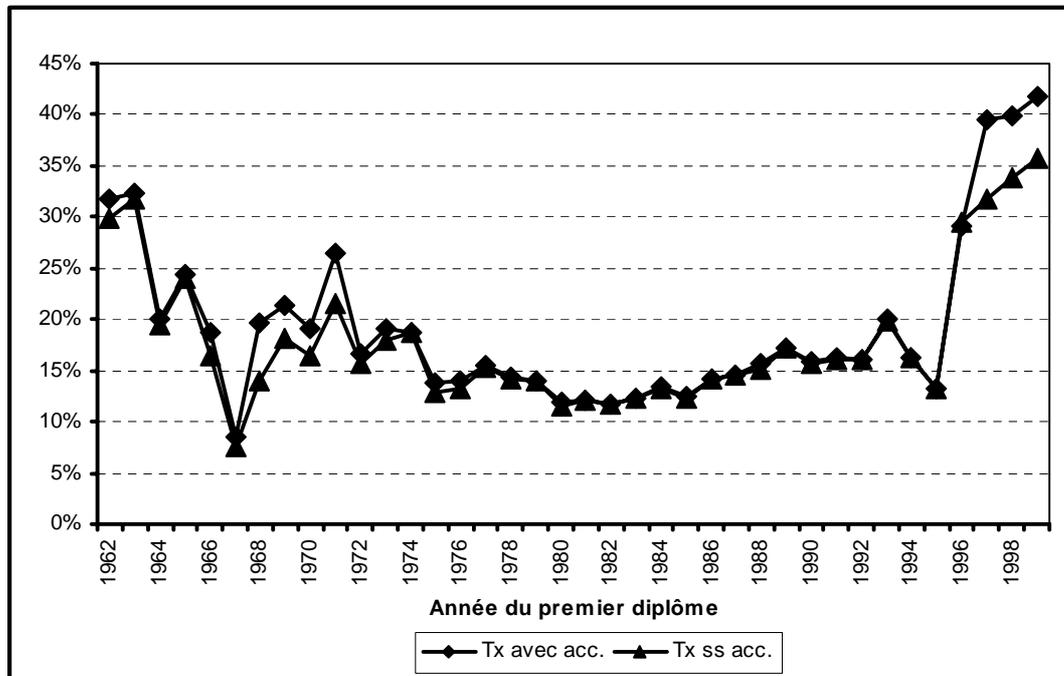
Il est difficile de tracer l'évolution du taux de spécialisation parmi les PAI gradués, en raison des modifications qu'ont subi les programmes de formation des infirmières graduées spécialisées d'une part et, d'autre part, l'accès au titre d'accoucheuse. La question que l'on se pose est de savoir comment a évolué le niveau de la formation des PAI. Partant du principe qu'une spécialisation et/ou le titre d'accoucheuse peut être considéré comme étant de niveau supérieur à celui de l'infirmière responsable en soins généraux (IRSG), la méthode retenue consiste à : tantôt considérer les accoucheuses diplômées depuis 1997 comme des graduées spécialisées, tantôt à ne compter ni les accoucheuses ni les infirmières accoucheuses parmi les gradués infirmiers. Cet artifice permet d'éviter que la création du diplôme d'accoucheuse n'ait pour conséquence une chute apparente du taux de spécialisation alors qu'il n'en est rien.

Le taux de spécialisation est calculé en rapportant le nombre de spécialisations acquises en 1^{er} diplôme au temps t et celui des spécialisations en second diplôme au temps t+1 à l'ensemble des gradués obtenant leur premier diplôme au temps t.

Le calcul est effectué en considérant les accoucheuses soit comme des graduées spécialisées soit en les écartant du nombre de graduées, même lorsqu'elles ont obtenu au préalable le

diplôme d'infirmière graduée. On trouvera les éléments de ce calcul et ses résultats au Tableau Annexe 2.1.1.3.5.1. Ces derniers font l'objet de la figure 2.1.1.3.5.2.

Figure 2.1.1.3.5.2. Taux de spécialisation des gradués avec ou sans les accoucheuses, CFGB 1962-1999



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française.

Calculs : SESA/UCL.

Les courbes d'évolution diffèrent peu l'une de l'autre, si ce n'est au début de la série lorsque le diplôme d'accoucheuse était accessible en trois ans comme premier diplôme et, à partir de 1997, lorsqu'il s'obtient indépendamment de la formation infirmière.

Les premières années 1961-1963 ont connu des taux très élevés, rapidement suivis par des scores plancher (9% en 1967). Ils oscillent ensuite entre 20 et 30% « accoucheuses incluses » jusqu'en 1995 pour rebondir dès la mise en pratique des nouveaux programmes. C'est ainsi que les taux passent de 22% en 1995 à 39% en 1999 « accoucheuses incluses » et de 13 à 36 % « sans les accoucheuses ».

Tout porte à croire que l'on doit s'attendre à une progression régulière de ces taux dans l'avenir.

Dans la filière EPSC, il n'existe pas de spécialisation particulière. Toutefois, lorsque l'élève choisit de s'inscrire dans un programme de formation en EPSC, deux orientations s'ouvrent à elle¹³ permettant d'obtenir :

- ❑ soit le brevet d'infirmière hospitalière,
- ❑ soit le brevet d'infirmière hospitalière – orientation santé mentale et psychiatrie.

¹³ La structure de la formation d'infirmière brevetée est concrétisée par la réforme de l'AGCF du 6 mars 1995 confirmant la circulaire A/94/9 du 28 juin 1994.

Bien que les deux orientations comptent au total 2 240 périodes d'enseignement clinique, réparties de façon identique entre les trois années de formation, des différences substantielles distinguent les deux orientations ; le temps consacré à la prise en charge de patients atteints d'affections psychiatriques (aiguës, chroniques – affectant l'enfant, l'adulte ou la personne âgée) est sensiblement plus important dans la deuxième orientation, et ce dès la première année de formation.

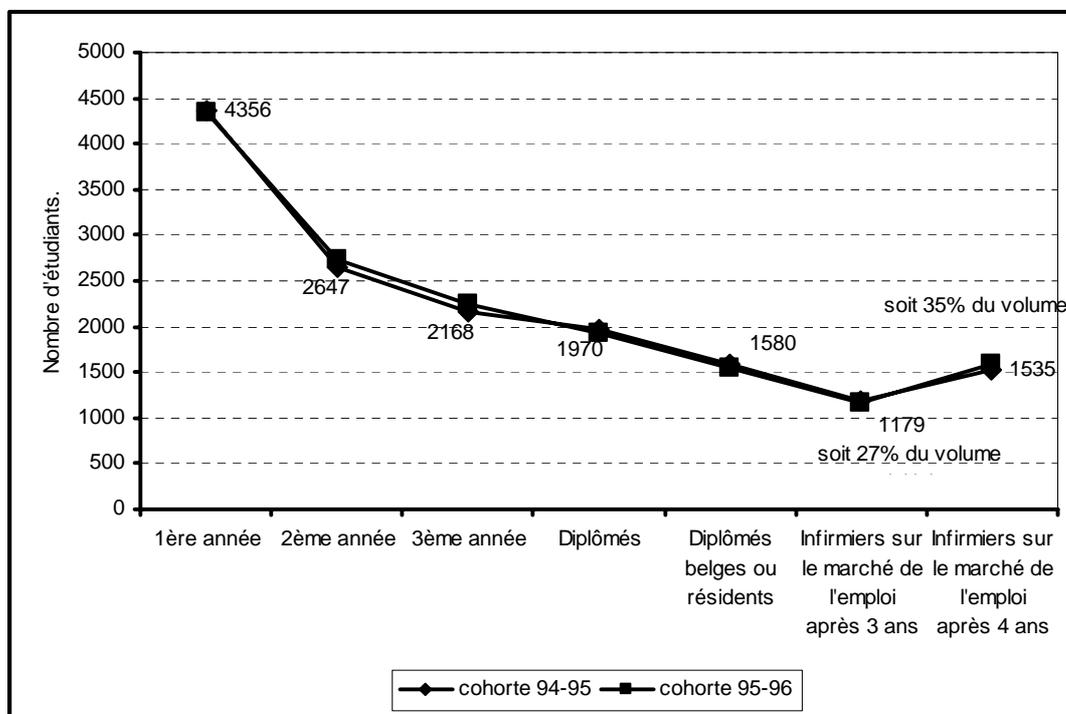
En comparant le rapport de brevets délivrés en EPSC depuis qu'une orientation psychiatrique existe (infirmière psychiatrique puis infirmière hospitalière en santé mentale et psychiatrie), nous constatons que le nombre de brevets à orientation psychiatrique représente un faible pourcentage des brevets décernés (ne dépassant pas les 5 % jusqu'en 1995, atteignant 8 % en 2000). Dans cette orientation particulière, les taux de passage et de réussite sont particulièrement élevés : le taux de passage entre la 2^{ème} et la 3^{ème} année est supérieur à 70 % et le taux d'obtention du diplôme pour les étudiantes de 3^{ème} année est supérieur à 60 %¹⁴.

2.1.1.3.6. Evolution d'une cohorte d'étudiants infirmiers

Afin d'aider le lecteur à se représenter le volume d'infirmières susceptibles de s'engager sur le marché de l'emploi belge après une formation classique (3 années de formation initiale, plus éventuellement une année de spécialisation), nous avons suivi deux cohortes d'étudiants et d'élèves (la cohorte inscrite en première année ESP et EPSC en 1994-1995, et la cohorte 1995-1996) et tracé leur évolution sur 4 ans (Figure 2.1.1.3.6.1.). Sur 4 356 inscrits en 1^{ère} année en 1994-1995, seuls 1 970 étudiants/élèves seront diplômés/brevetés 3 ans plus tard. De ce total, il convient de déduire la part d'étrangers non résidents en Belgique (soit 390 personnes), et la part d'étudiants qui entament une spécialisation en 1 an (soit 401 diplômés). Après avoir conduit ces opérations, nous constatons qu'au terme de trois années d'études, seules 1 179 infirmières diplômées/brevetées (27 % du volume initial des inscrits) sont susceptibles d'entrer sur le marché du travail belge. Un an plus tard, on peut compter, en plus, 442 infirmières spécialisées, susceptibles de travailler en Belgique. Au total, 4 ans après l'inscription de cette cohorte, 1 535 infirmières sont susceptibles d'entrer sur le marché du travail, soit 35 % du volume de départ. Un tracé en tous points identique concerne la cohorte suivante.

¹⁴ Ne disposant pas des données d'inscription en 1^{ère} année, nous ne pouvons calculer un taux de réussite réel. Toutefois, du total des étudiants inscrits en 2^{ème} année, plus de 75% décrocheront leur diplôme d'infirmière hospitalière - orientation santé mentale et psychiatrie.

Figure 2.1.1.3.6.1. Evolution de deux cohortes d'étudiants/élèves infirmiers depuis leur première inscription jusqu'à leur entrée potentielle sur le marché du travail (après 3 et 4 ans de formation)



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française

Note: Parmi les diplômés/brevetés, on compte 10 % d'étrangers non-résidents en ESP, 33 % en EPSC et 4 % en spécialisation

Les "résidents" = total des diplômés/brevetés - ressortissants étrangers non-résidents en Belgique (calculé sur base de l'enquête SESA 2000-2001)

Marché du travail (3 ans) = total des résidents - nombre d'inscrits à une spécialisation

Marché du travail (4 ans) = marché du travail (3 ans) + (total des diplômés en spécialisation - ressortissants étrangers non-résidents en Belgique (calculé sur base de l'enquête SESA 2000-2001)).

2.1.1.4. Les autres possibilités d'accès à la profession infirmière

Une des particularités du système éducatif de la Communauté française est qu'il offre, en dehors des filières traditionnelles de l'enseignement de plein exercice, d'autres voies pour la délivrance de diplômes. Les demandeurs d'emploi ont l'opportunité de se former et de décrocher un titre de PAI sans suivre l'enseignement de plein exercice, soit en s'inscrivant dans l'enseignement de promotion sociale, soit en présentant les examens organisés par les jurys de la Communauté française, ouverts à tous ceux qui n'ont pas pu obtenir, pour quelque raison que ce soit, une certification.

Le Jury central

Le système des jurys de la Communauté française de Belgique représente une filière alternative d'examens permettant d'obtenir un diplôme/brevet en dehors des voies traditionnelles de l'enseignement dispensé dans les établissements de plein exercice.

Ces examens s'adressent donc essentiellement aux autodidactes ou à ceux qui ont abandonné leurs études et sont décidés à les reprendre, ainsi qu'à ceux qui ne peuvent plus s'inscrire dans un établissement parce qu'ils ont épuisé le nombre d'épreuves autorisées par les décrets ou règlements. Ces épreuves nécessitent une bonne préparation personnelle dans la mesure où le candidat est livré à lui-même et doit rechercher personnellement la documentation servant de base aux examens.

Les jurys de l'enseignement supérieur autre qu'universitaire sont centralisés, contrairement à ceux de l'enseignement universitaire qui sont totalement décentralisés et constitués au siège de chaque institution universitaire. Les jurys d'enseignement supérieur de type court sont organisés dans le cadre des formations paramédicales.

Pour être admis à s'inscrire à la première année et aux années suivantes d'un des jurys d'enseignement supérieur paramédical, le candidat devra fournir la preuve soit :

- qu'il a déjà été admis à présenter le même examen devant le jury d'établissement d'enseignement de plein exercice et qu'il n'y a pas été reçu ;
- qu'il n'a pas obtenu toutes les attestations de réussite et qu'il a été admis à s'inscrire au jury de la première année et années suivantes des études d'infirmier gradué par le conseil des études d'un établissement de promotion sociale organisant la section d'infirmier gradué dans les unités de formation suivantes :
 - "Infirmier gradué : Sciences infirmières : principes et exercices didactiques I et II",
 - "Infirmier gradué : Sciences humaines et sociales I et II",
 - "Stage : Infirmier gradué : stage d'observation",
 - "Stage : Infirmier gradué : stage d'initiation",
- qu'il est titulaire d'une décision d'équivalence à un titre obtenu à l'étranger lui imposant de subir une ou plusieurs épreuves figurant au programme du jury susdit.

Deux sessions d'examens sont organisées par an. Les titres délivrés par les jurys de la Communauté française (diplômes et brevets) ont une valeur identique à ceux qui sont délivrés dans les établissements de plein exercice.

Nous disposons à l'heure actuelle des données statistiques d'inscriptions et de réussites aux deux sessions d'examen organisées depuis 1997, pour chaque année de formation au graduat et au brevet. Le nombre d'étudiants qui choisissent cette filière afin d'obtenir un diplôme d'infirmière est faible par rapport au nombre d'étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur de type court. En 1997, cette proportion représente moins de 3 % dans la filière ESP, mais elle est plus importante en EPSC : 4 % en 1^{ère} année, 8 % en 2^{ème} et 12% en 3^{ème}. Depuis 1998, ces taux diminuent progressivement ; en 2000 ils ne sont plus que de 2 % en 2^{ème} année EPSC, et 5 % en 3^{ème}.

Le nombre d'inscriptions en 2001 est particulièrement faible, puisque 28 candidats seulement se sont inscrits aux deux sessions de la formation d'infirmière graduée, et 49

candidats pour la formation d'infirmière brevetée, toutes années d'études confondues, soit respectivement, 30 % et 15,5 % du nombre de candidats inscrits l'année 1997.

Tableau 2.1.1.4.1. Inscriptions au Jury central : total des deux sessions d'examens annuelles (1997-2001)

	Brevet						Graduat					
	1 ^{ère} année		2 ^{ème} année		3 ^{ème} année		1 ^{ère} année		2 ^{ème} année		3 ^{ème} année	
	Inscrits	Réussis										
1997	75	25	109	27	131	38	18	5	37	15	37	18
1998	14	4	78	13	103	31	8	0	31	14	34	15
1999	9	3	32	4	82	24	9	2	17	5	26	11
2000	5	1	24	2	47	12	7	3	7	3	14	7
2001	8	5	15	1	26	4	8	4	5	3	15	5

Sources : le jury central de la Communauté française (enseignement supérieur) en ce qui concerne les chiffres du graduat, la Direction Générale de l'Enseignement secondaire, service des jurys pour les chiffres du brevet.

Cette chute du nombre d'inscriptions au Jury Central est le fruit d'une volonté délibérée de ne pas présenter le Jury central comme une alternative aux études de l'enseignement de plein exercice. Selon le Dr Moriaux¹⁵, depuis 3 ans, l'inscription de ce qu'il est convenu d'appeler des "autodidactes" n'est plus permise pour diverses raisons. En substance, ces raisons tiennent en l'absence d'une formation comparable à celle que suivent les étudiants/élèves dans les instituts de formation; absence dont les effets, pourtant inévitables, ne sont pas toujours mesurables, loin s'en faut, dans le cadre des examens qu'est à même d'organiser le Jury.

Les taux de réussite sont également bien inférieurs aux taux enregistrés par la fréquentation de l'enseignement supérieur de plein exercice. De 1997 à 2001, nous obtenons des taux de passage et de réussite moyens de 31 %, 42 % et 47 %, respectivement pour chaque année de formation de la filière ESP et des taux moyens de 34 %, 18 % et 28 % respectivement pour chaque année de formation de la filière EPSC. Au total, 56 diplômes et 109 brevets ont été décernés par le biais du jury central depuis 1997.

La promotion sociale

L'enseignement de Promotion sociale (souvent connu sous l'appellation "Cours du soir" dans le grand public) propose une gamme très vaste de formations organisées suivant un horaire généralement compatible avec une activité professionnelle.

Cet enseignement se caractérise par une approche par capacités, la modularité du système de formation, et un mode de valorisation des acquis, y compris ceux de l'expérience

¹⁵ MORIAUX R., *Les équivalences des titres de la catégorie paramédicale*, in Séminaire Naric de formation - information ou la reconnaissance académique et professionnelle dans le cadre de l'U.E., CFB, Bruxelles, 15.12.1999 : <http://www.cfwb.be/Naric/pg007.htm>

professionnelle ou personnelle. Les unités de formation (modules) peuvent s'organiser le jour, le soir ou le week-end, en horaire étalé ou accéléré, pendant l'année scolaire voire pendant les vacances, selon les besoins des étudiants et/ou les demandes des milieux socio-économiques. Chaque unité est reconnue par une attestation de réussite et est capitalisable. Cela signifie que chaque unité réussie est additionnée aux suivantes pour permettre la délivrance d'un titre spécifique à l'enseignement de promotion sociale ou correspondant à un titre de l'enseignement de plein exercice.

La réussite d'une unité de formation débouche sur l'obtention d'une attestation de réussite délivrée par le conseil des études après délibération. Un étudiant termine une section avec fruit s'il a obtenu une attestation de réussite pour chacune des unités de formation constituant la section. Les sections sont sanctionnées par des certificats dans l'enseignement secondaire et par des diplômes dans l'enseignement supérieur. Ces titres correspondent à ceux délivrés par l'enseignement de plein exercice ou peuvent être spécifiques à l'enseignement de promotion sociale.

Nous ne disposons pas, à l'heure actuelle des statistiques de la promotion sociale pour l'année 2000-2001, en raison de la modularité du système de formation (chaque étudiant s'inscrit à des unités de formation capitalisables en vue de l'obtention du diplôme). Les différents modules à suivre peuvent être librement étalés à différents moments de l'année et sur une période de 5 ans minimum.

Projet de formation des « 600 infirmiers(ères) »

L'accord social relatif au secteur fédéral des soins de santé du 01/03/2000 offre la possibilité aux travailleurs, ouvriers ou employés dans une institution relevant du secteur fédéral des soins de santé (hôpitaux, MR-MRS, soins infirmiers à domicile, centres de revalidation autonomes, centres de transfusion sanguine de la Croix-Rouge de Belgique), d'acquérir avec maintien de salaire un graduat ou un brevet en soins infirmiers dans les conditions suivantes :

- avoir au 31/08/00 au minimum 23 ans et ne pas avoir atteint l'âge de 45 ans,
- être actuellement occupé au moins à mi-temps dans une institution relevant du secteur fédéral des soins de santé,
- avoir une ancienneté de minimum 3 années précédant immédiatement l'entrée en formation.

Et

- ne pas posséder déjà un titre d'infirmier (brevet ou graduat),
- répondre aux conditions d'accès à l'enseignement supérieur ou à l'enseignement secondaire complémentaire du 4^{ème} degré,
- répondre aux différentes conditions spécifiques exigées par l'école.

Selon cet accord social, six cent candidatures sont ouvertes (jusqu'au 30 juillet 2000), une sélection sur base de critères objectifs étant prévue si un nombre supérieur de demandes est déposé¹⁶. Les travailleurs retenus pour suivre la formation ont le libre choix de l'école dans

¹⁶ Cette possibilité de formation est offerte à 200 travailleurs du secteur public, et 400 travailleurs du secteur privé.

laquelle ils suivent la formation (enseignement de plein exercice ou de promotion sociale). Un protocole d'accord à finalité identique prévoit un projet de formation d'infirmières pour des employés déjà en activité dans les hôpitaux publics, les maisons de retraite, les maisons de repos et de soins, les soins infirmiers à domicile et les centres de rééducation. Une première organisation est intervenue au cours de l'année scolaire 2000-2001. Alors qu'une nouvelle organisation est mise en place pour l'année 2001-2002, une troisième organisation (2002-2003) prévoit de permettre l'admission des candidats ayant demandé un report précédemment¹⁷. Notons que selon son niveau, le candidat peut accéder directement en 1^{ère}, en 2^{ème} ou en 3^{ème} année. C'est ainsi que les premiers diplômes/brevets ont été décernés en juin 2001.

Ces initiatives ministérielles ont été favorablement accueillies par les soignants actifs désireux de s'investir dans la formation infirmière. Suite à la première organisation, 3 221 candidatures ont été réceptionnées, provenant des secteurs publics (pour 60 % d'entre elles) et privés du pays. Une sélection importante s'est opérée, puisque seuls 984 candidats ont été retenus (soit 30 % des demandes). Le nombre d'inscriptions effectives en 2000-01 se réduit finalement à 789, dont 328 francophones (41 %).

La suite de l'analyse porte sur les candidats francophones. Ceux-ci proviennent essentiellement du secteur hospitalier (43 %) et des maisons de repos (53 %). Les candidats présentent majoritairement un profil d'aide soignante ou de puéricultrice ; il est donc peu étonnant de constater que 79 % d'entre eux se dirigent, en raison de leur formation antérieure, vers la formation d'infirmière brevetée. Parmi les candidats au brevet, 46 % accèdent directement à la 2^{ème} ou à la 3^{ème} année, en raison de leur expérience professionnelle et de leur cursus scolaire antérieur. Dans la filière ESP, au contraire, seuls 25 % des candidats ont eu cette possibilité. Cette formation attire des professionnels de tous âges : 23% ont moins de 30 ans, 57 % de 30 à 40 et 20 % sont âgés de plus de 40 ans. La répartition hommes - femmes dans cette filière s'apparente au ratio constaté dans l'enseignement ordinaire, puisqu'une majorité de candidats sont de sexe féminin (91 %).

Le Fonds intersectoriel des Services de Santé nous a communiqué les résultats au 15/11/01 pour le secteur privé ; pour la promotion 2000-01 (soit pour 619 candidats sélectionnés, francophones et néerlandophones), 58 % des étudiants sont encore inscrits au cours (2^{ème} ou 3^{ème} année), 12 % ont obtenu leur diplôme/brevet infirmier, 4% ont échoué et 26% des candidats ont annulé ou abandonné leur formation. Pour la promotion 2001-2002 (soit pour 318 candidats sélectionnés, francophones et néerlandophones), 75 % sont inscrits au cours, 19 % doivent envoyer la preuve d'inscription au cours et 6% ont annulé ou abandonné leur formation.

Projet de reconversion des kinésithérapeutes et paramédicaux

Une nouvelle initiative commune du Ministère de l'Emploi et du Travail, du Ministère de la Santé Publique et du Ministère des Affaires sociales et de l'Environnement permet (et favorise) la reconversion de kinésithérapeutes et paramédicaux¹⁸ désireux de devenir infirmiers. Un budget a été prévu pour 300 inscrits. La formation dure 3 ans maximum et les diplômés obtiennent le titre professionnel d'infirmier gradué. L'élaboration du cursus de

¹⁷ On les évalue à moins de 100 personnes pour le secteur public.

formation s'effectue en étroite collaboration avec les ministres de l'Enseignement des Communautés. Durant la période de formation, ils continuent à percevoir leur salaire (salariés) ou un montant forfaitaire leur est alloué (indépendants).

Pour entrer en ligne de compte pour le recyclage, les candidats doivent avoir moins de 56 ans et être actuellement actifs comme kinésithérapeute ou paramédical.

En ce qui concerne le financement, un budget de 1.2 milliards étendu sur 3 ans a été prévu. Il est puisé dans les moyens encore disponibles des Fonds du Maribel Social.

L'argent est dépensé comme suit :

- dans les institutions de soins de santé fédérales, l'emploi de substitution est financé;
- dans les autres institutions de soins de santé, une compensation mensuelle de 106 000 francs bruts est payée par salarié qui travaillait à temps plein et qui suit la formation;
- les kinésithérapeutes et les paramédicaux qui suivent la formation reçoivent 106 000 francs bruts par mois.

Bien entendu, les participants doivent cesser leurs activités professionnelles durant la formation et fournir leur numéro d'inscription à l'INAMI. Le candidat doit en outre répondre aux conditions générales suivantes :

- au 31 août 2001, être âgé d'au moins 23 ans et ne pas avoir atteint l'âge de 55 ans ;
- si le candidat est occupé en qualité de salarié, être occupé au moins à mi-temps en qualité de kinésithérapeute ou paramédical ;
- si le candidat est un indépendant : être titulaire d'un numéro d'inscription auprès de l'I.N.A.M.I. au jour de l'introduction de la candidature.

En octobre 2001, 198 kinésithérapeutes et paramédicaux se sont inscrits pour se recycler en vue de devenir infirmiers gradués (63 néerlandophones et 135 francophones). Après examen de leur dossier, 140 candidatures ont été acceptées, 28 rejetées et 30 suspendues.

Le Fonds intersectoriel des Services de Santé nous a communiqué les résultats au 15/11/01 pour le secteur privé ; pour la promotion 2001-2002 (soit pour 28 candidats sélectionnés, francophones et néerlandophones), 0 % des étudiants sont inscrits au cours, 86 % doivent envoyer la preuve d'inscription au cours, et 14 % des candidats ont annulé ou abandonné leur formation.

¹⁸ Soit les personnes exerçant une profession de la santé qui sont déjà en possession d'au moins un diplôme ou d'une attestation de formation de niveau graduat et qui posent les actes et / ou effectuent des prestations de la profession de bandagiste, orthésiste ou prothésiste, diététicien, ergothérapeute, assistant technique pharmaceutique, logopède, technicien de laboratoire médical, orthoptiste, technicien en imagerie médicale, ambulancier, audicien, podologue. Entrent également en considération pour l'application de cette mesure, les personnes en possession du diplôme ou de l'attestation pour l'exercice d'une des professions de la santé reprises ci-après: licencié en psychomotricité, licencié en psychologie, assistant social gradué, "gegradueerde in de gezinswetenschappen", "licentiaat in de gerontologie", éducateur en gérontologie, "gegradueerde in de readaptatiewetenschappen"

Les droits d'exercer sa profession ou de parfaire des études dans l'UE

La directive 89/48/CE prévoit que tout citoyen européen, titulaire d'un diplôme obtenu dans un Etat membre, sanctionnant une formation d'au moins trois ans d'enseignement supérieur et menant à l'exercice d'une profession réglementée (non couverte par une directive sectorielle) dans ledit Etat membre, peut exercer cette profession dans un autre Etat membre si elle y est également réglementée. L'Etat d'accueil garde toutefois un pouvoir d'appréciation en ce qui concerne d'éventuelles différences substantielles au niveau de la formation et peut imposer au demandeur des mesures de " compensation " (stage ou épreuve d'aptitude) avant de lui accorder le droit d'exercer sa profession.

Si l'intention poursuivie par le requérant est de poursuivre des études dans une Haute Ecole, ce sont les autorités de cette H.E. qui sont appelées à statuer sur la demande. Ceci signifie, en principe, que les décisions prises dans ce cadre sont donc des équivalences partielles, c'est-à-dire établissant à quelle partie du cursus complet tel qu'il est développé dans la H.E. celui suivi par le candidat est équivalent. En effet, depuis 1997, la compétence de traiter les demandes de reconnaissance partielle¹⁹ de cursus ou parties de cursus étrangers d'enseignement supérieur revient aux Hautes Ecoles, la base légale restant la loi du 19 mars 1971 relative à l'équivalence des diplômes et certificats d'études étrangers (l'AGCF du 30 septembre 1997 complète cette loi en fixant les compétences respectives des Hautes Ecoles et du Ministre ou de son délégué en matière d'octroi d'équivalence).

Par ailleurs, l'autorisation d'exercer l'une ou l'autre des professions paramédicales peut être demandée. Elle est donnée par le Ministre fédéral de la Santé publique, agissant dans le cadre de la réglementation propre à l'art de guérir, à l'art de soigner, et à l'exercice de la kinésithérapie et des professions paramédicales (A.R. n° 78 du 10 novembre 1967, tel que modifié à ce jour). Cette demande est requise par tout détenteur d'un diplôme infirmier étranger qui souhaite exercer une profession infirmière en Belgique.

Concrètement, la direction Générale de la Santé – Direction de la Formation des Personnels de Santé (Communauté française de Belgique) a enregistré de 1997 à 2000, 456 demandes d'équivalence partielle d'infirmières étrangères souhaitant entreprendre une spécialisation en Belgique ou harmoniser leur qualification à celle exigée en Belgique pour pouvoir y exercer²⁰. Ces demandes d'équivalence concernent essentiellement la formation d'infirmière hospitalière (356), et dans une moindre mesure celle d'infirmière graduée (100). Les demandes d'équivalence sont principalement introduites par des étrangers hors Union européenne (82 %) parmi lesquels les Algériennes, les Marocaines, les Polonaises, les Zaïroises et les Rwandaises sont les plus nombreuses. Au sein de l'Union européenne, 85 % des demandes d'équivalence proviennent de Françaises. Selon la Direction de la Formation des Personnels de Santé, l'acceptation des dossiers est bien plus fréquente pour les candidats européens (Français, Italiens et Espagnols) en raison de la directive 89/48/CE.

¹⁹ Notons ici que les termes « reconnaissance » ou « équivalence » sont utilisés indifféremment.

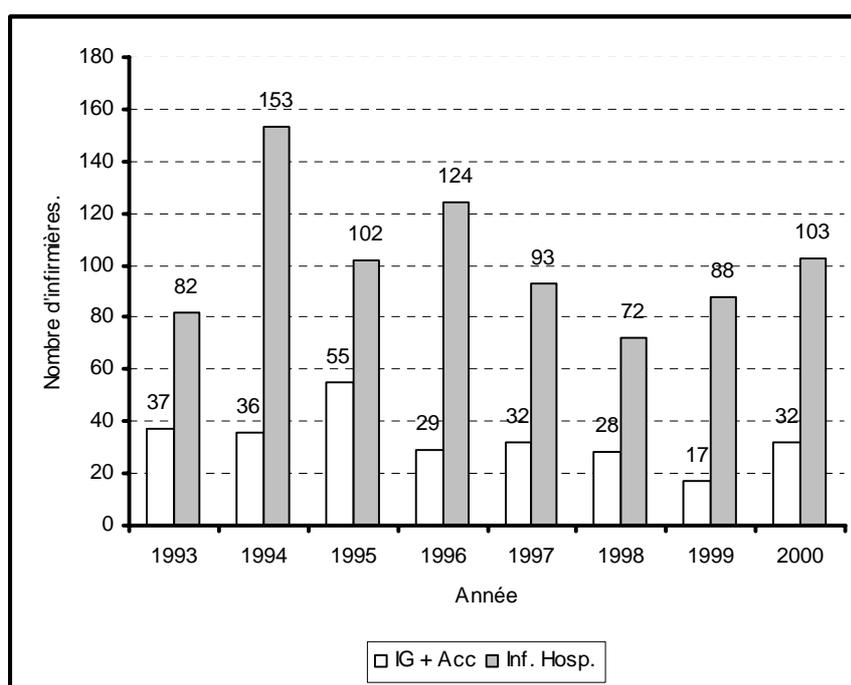
²⁰ Cette source n'indique pas la proportion de demandes acceptées

Les autres requérants obtiennent plus rarement le droit d'accéder à une Haute Ecole pour y poursuivre leur formation, en raison d'une différence de qualification trop importante.

Une base de données plus globale rapporte les chiffres de demandes d'équivalence partielle depuis 1993 (Figure 2.1.1.4.1.): 1 083 étrangers ont introduit une demande d'équivalence pour poursuivre leur formation ou obtenir un diplôme leur permettant d'exercer, en Belgique, en tant qu'infirmière hospitalière, infirmière graduée ou accoucheuse, soit une moyenne de 135 demandes d'équivalence/an.

Figure 2.1.1.4.1. Demandes d'équivalence d'infirmières étrangères selon leur qualification

CFGB 1993-2000



Source : Direction Générale de la Santé - Direction de la Formation des Personnels de Santé - Communauté française

En résumé :

- ❑ Le taux d'attraction brut (EENR inclus) des études en soins infirmiers par rapport aux jeunes de 18 ans de la CFGB est resté stable de 1977 à 1987 dans les deux filières de formation (taux moyen de 4.6%); il diminue quelque peu entre 1987 et 1990, puis s'élève de façon sensible, jusqu'à atteindre des taux records pour l'année 1997-1998 (10% d'attraction). Depuis 1997, le taux d'attraction brut pour les formations de PAI accuse une nouvelle baisse, tout en restant dans la marge des valeurs élevées relevées de 1994 à 1997 (8.5% en 2000).
- ❑ En dix ans, le nombre de candidats à la profession infirmière a plus que doublé. Le plafond de 5 000 inscriptions en 1ère année est atteint en 1997-98 et, bien que ce chiffre ait baissé ces dernières années, l'enseignement infirmier recrute encore 4 417 étudiants/élèves en 2001-2002 (la baisse d'inscriptions se marque essentiellement dans le graduat).
- ❑ La proportion d'EENR est passée de 14% en 1997 à 20.5% en 2001, ESP et EPSC confondus. Au total, 18% des titres de PAI sont décernés à des EENR qui, selon toute vraisemblance, ne s'installeront pas en Belgique. Les taux d'attraction élevés des études sont donc sérieusement biaisés par cet afflux d'EENR. Une fois "allégé", le taux d'attraction brut sur la population de 18 ans résidant en Belgique en 1999-2000 s'établit en réalité à 5% en graduat et 2.1% en brevet, soit au total 7,1% au lieu de 8,5%.
- ❑ Le taux de passage des étudiants de première en deuxième année de graduat chute considérablement n'atteignant plus que 50 % en 1997-1998 (71% en EPSC). Il se relève toutefois en 2000-2001 : 58% (73% en EPSC). Les taux de passage de 2ème année ESP vers la 3ème année ESP subissent peu de variations au cours du temps et restent bien supérieurs à 80 %. Le rapport entre le nombre d'étudiants inscrits en 1^{ère} année et le nombre de titres décernés après 3 ans est de 42% pour le graduat et de 46% pour le brevet.
- ❑ L'année scolaire 1998-1999 affiche un nombre record de diplômés/brevetés (2 130 titres décernés). La proportion de gradués parmi l'ensemble des titres délivrés semble décroître passant de 68% en 1989 à 57% en 2000. Cependant, lorsque l'on ne prend en considération que les diplômés, belges ou étrangers, résidant en Belgique, la proportion de gradués infirmières et accoucheuses reste stable; elle est de 66% en 2000.
- ❑ La proportion de filles est particulièrement élevée, tant dans la population scolaire que parmi les diplômés/brevetés (plus de 80%).
- ❑ La spécialisation attire beaucoup d'infirmières graduées (deux formations sont particulièrement convoitées: soins intensifs et aide médicale urgente, et pédiatrie). Une croissance de 60% du nombre d'inscriptions est constatée de 1996 à 2001, portant à 42% le nombre de diplômés poursuivant leur cursus par une spécialisation, sans compter les étudiants qui entament une formation de cadre ou une licence universitaire.
- ❑ En suivant une cohorte d'étudiants/élèves, à travers la séquence des inscriptions enregistrées d'une année à l'autre, on constate qu'après 3 ans le rapport entre le nombre d'inscrits en 1^{ère} année et le nombre de diplômés susceptibles d'entrer sur le marché belge du travail est de 27%; 35% après 4 ans, lorsque les 8% d'infirmières spécialisées auront terminé leur formation.

2.1.2. Les migrations de PAI dans l'Union européenne

2.1.2.1. Introduction

Les statistiques relatives aux migrations, dans l'Union européenne, des infirmiers responsables en soins généraux nous ont été communiquées par la Direction Générale XV « Libre circulation des marchandises et professions réglementées – Professions réglementées quant aux qualifications » (Direction générale du marché intérieur et des services financiers, Commission Européenne). Plus précisément, il s'agit des infirmiers responsables en soins généraux, ressortissants de l'Union européenne²², ayant obtenu, en vertu des directives « Infirmiers responsables des soins généraux », l'autorisation d'exercer dans l'un des Etats membres après avoir acquis leur qualification dans un autre Etat membre.

Ne sont pas comptabilisés les ressortissants de l'Union qui, après avoir acquis leur qualification de base dans un Etat dont ils n'ont pas la nationalité, y ont obtenu l'autorisation d'exercer. Dans ce cas en effet, ces personnes ont migré alors qu'elles étaient étudiantes et non en tant que PAI.

Sont comptabilisés tous les infirmiers responsables de soins généraux qui migrent, y compris ceux qui vont suivre une formation spécialisée dans un autre Etat membre, pour autant qu'ils aient une autorisation d'exercer dans cet Etat.

Ces données requièrent quelques précisions :

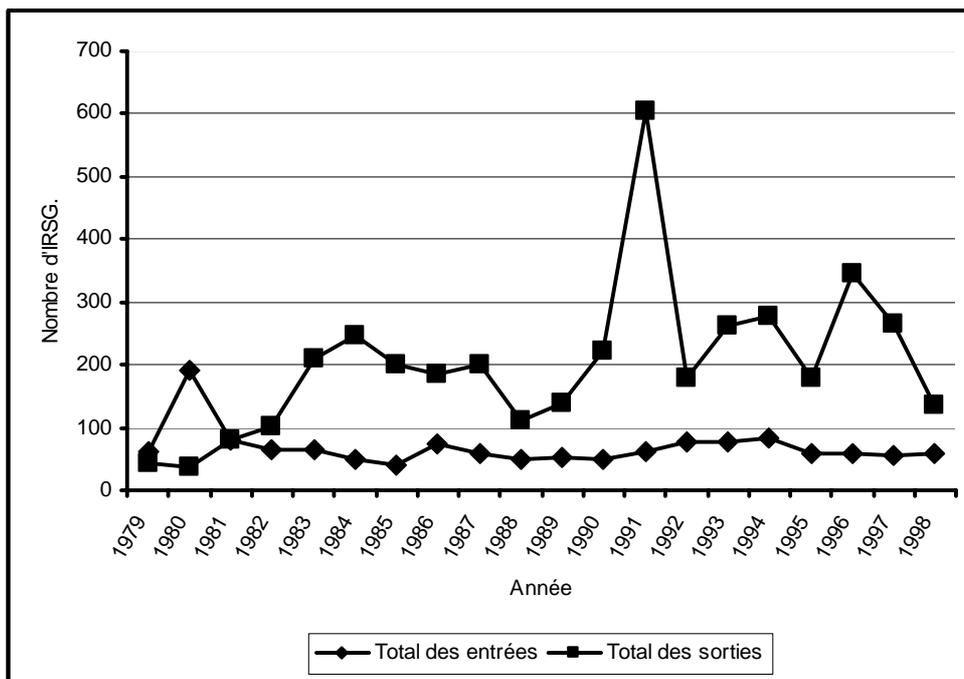
- L'Allemagne ne fournit pas de données à la Commission : les autorisations d'exercer sont délivrées par les autorités compétentes des « Länder » et ne sont pas collectées au niveau national.
- L'Irlande ne transmet pas de données à la Commission, mais on sait que la plupart des migrations se font depuis la Grande-Bretagne.
- La Grèce ne communique pas non plus le nombre d'autorisations d'exercer délivrées.
- L'Espagne a bloqué, ces dernières années, l'octroi d'autorisation d'exercer aux ressortissants des Etats membres.
- Les entrées de PAI diplômés à l'étranger observées en 1991 en France sont élevées mais correctes. Elles reflètent l'une des conséquences de la pénurie d'infirmières françaises, soit le recrutement plus intensif de PAI diplômés à l'étranger. Au cours des années 1992, 1995 et 1996, la France n'a pas communiqué les données relatives aux demandes formulées par les diplômés belges d'exercer sur son territoire.

²² Dès 1996, les données des migrations s'étendent à 3 pays de l'AELE (Association Européenne de Libre Echange), soit l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein. Le territoire couvert dépasse désormais celui de l'Union Européenne pour couvrir l'Espace Economique Européen (EEE), soit 18 pays.

- Plutôt que de considérer qu'aucun diplômé belge n'a demandé une autorisation d'exercer en France ces trois années, nous avons remplacé les données manquantes par la moyenne des données obtenues au cours de la période 1979-1998 (à l'exception de l'année 1991, particulièrement exceptionnelle). De même, le Grand-Duché du Luxembourg n'ayant pas communiqué ses données au cours de la période 1995-1998, nous avons remplacé ces valeurs manquantes par la valeur moyenne calculée sur la période 1979-1994.

Le vocable « étranger », employé ici, est un terme restreint aux pays de l'Union européenne autres que la Belgique. Nous allons tout d'abord étudier le nombre d'infirmiers qui ont migré entre le 29/06/1979 et le 31/12/1998 et qui ont encore, au 31/12/1998, l'autorisation d'exercer dans un autre Etat membre que celui où ils ont été formés.

Figure 2.1.2.1.1. Evolution des entrées et sorties d'IRSG enregistrées entre la Belgique et l'Espace Economique Européen de 1979 à 1998



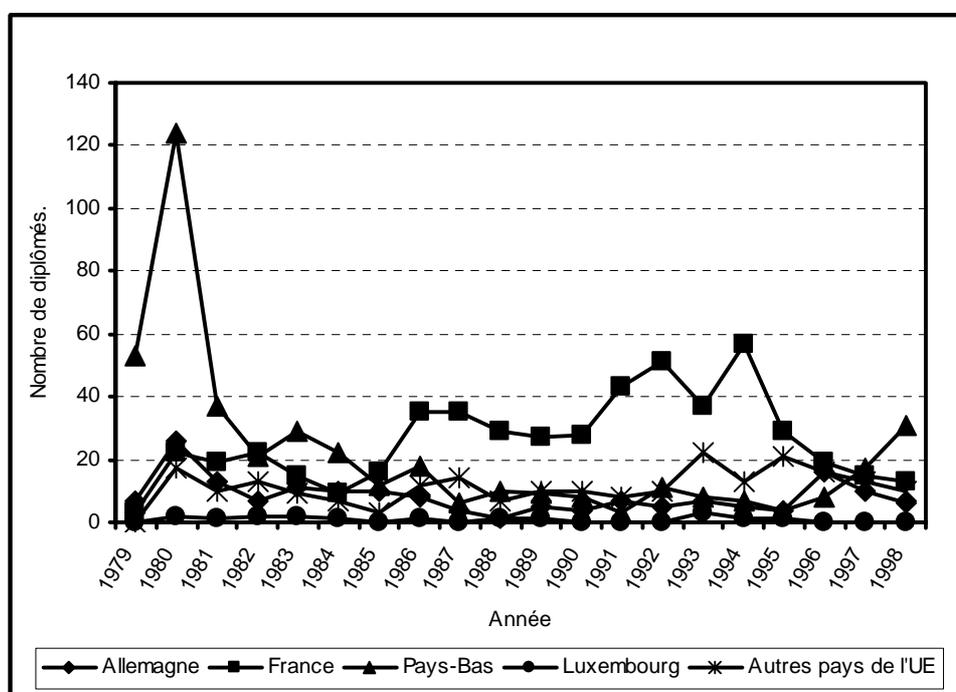
Source : Commission Européenne

NB : hors Irlande et Grèce en ce qui concerne les entrées

2.1.2.2. Entrées en Belgique de diplômés européens

La Belgique accueille moins de PAI diplômés à l'étranger que les autres pays de l'Union n'accueillent de personnes formées en Belgique, quelle que soit leur nationalité. Entre 1979 et 1998, la Belgique a accueilli 1 369 infirmiers, diplômés à l'étranger. Les infirmiers accueillis par la Belgique ont essentiellement été formés en France (38 %) et aux Pays-Bas (32 %). En dehors de l'Allemagne (12 %) et de la Grande-Bretagne (5.6 %), les migrations en provenance des autres pays²³ sont relativement minimales (Figure 2.1.2.2.1.).

Figure 2.1.2.2.1. Entrées en Belgique d'IRSG diplômés dans un pays de l'Union européenne (autre que la Belgique) selon la nationalité du diplôme



Source : Commission Européenne.
Données au Tableau Annexe 2.1.2.2.1.

²³ Les ressortissants de l'Union européenne proviennent également d'Italie, du Luxembourg, d'Irlande, du Danemark, de Grèce, d'Espagne, du Portugal, et depuis 1995, d'Autriche, de Finlande et de Suède.

Il est important de souligner la nuance entre *nationalité du diplôme* et *nationalité du PAI* qui souhaite exercer en Belgique. En effet, les infirmiers diplômés à l'étranger, autorisés à exercer en Belgique de 1979 à 1998, ne sont pas tous de nationalité étrangère, loin s'en faut. Les données rassemblées par la Commission indiquent que 38 % des diplômés à l'étranger ont la nationalité belge, 32 % la nationalité française et 12 % la nationalité néerlandaise. Il semble que 86 % des infirmiers formés en France soient de nationalité française tandis qu'une partie importante des diplômés aux Pays-Bas et en Allemagne seraient de nationalité belge (56% des diplômés en Allemagne et 67 % des diplômés aux Pays-Bas). Pour les autres pays de l'Union, le nombre de diplômés admis est proche du nombre de nationaux.

Le nombre d'entrées annuelles en Belgique de diplômés français évolue particulièrement en dents de scie. Bien que l'on ait constaté une croissance progressive de ces entrées entre 1990 et 1994, le nombre total d'entrées annuelles n'atteint jamais le plafond de 60 personnes. De plus, depuis 1995, nous constatons que les entrées d'IRSG diplômés en France décroissent d'année en année (la pénurie d'infirmières françaises justifie probablement cette diminution). Aucun autre pays de l'Union européenne ne se démarque particulièrement et le nombre de diplômés étrangers qui souhaitent travailler en Belgique n'est pas particulièrement relevant (moins de 70 IRSG/an, dont plus de la moitié sont de nationalité belge mais se sont formés à l'étranger).

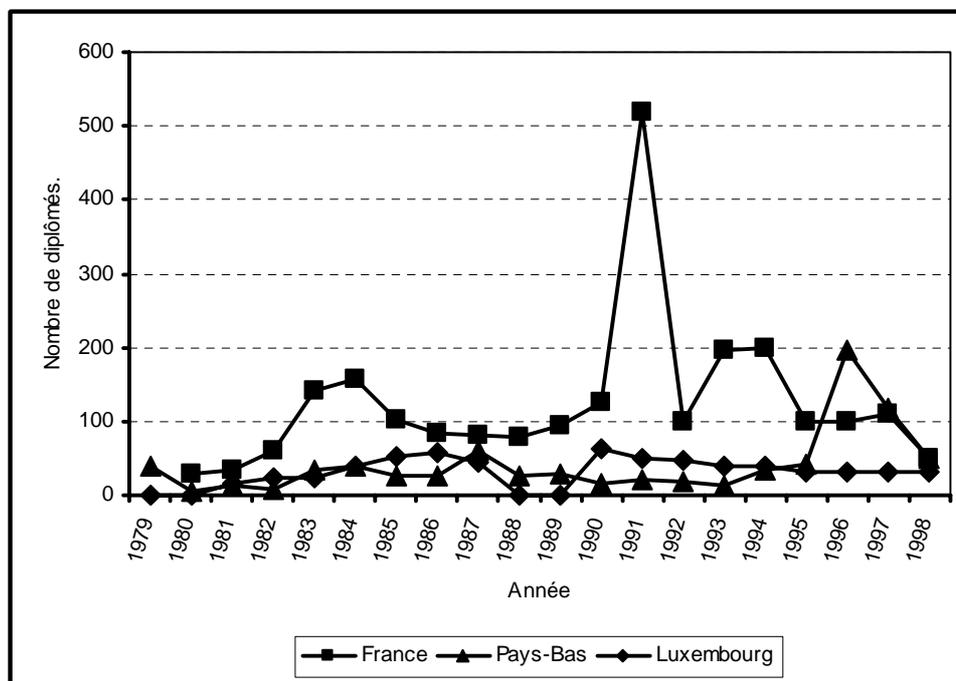
2.1.2.3. Sorties de diplômés belges

Entre 1979 et 1998, 4 023 ressortissants belges diplômés en Belgique ont demandé l'autorisation d'exercer dans les autres pays de l'Union. Les infirmiers porteurs d'un diplôme belge émigrent principalement vers la France (2 361 de 1979 à 1998), les Pays-Bas (810) et accessoirement le Luxembourg (620). L'Italie et la Grande-Bretagne ont attiré aussi respectivement 102 et 57 diplômés formés en Belgique. En 1991, la France a enregistré 520 autorisations d'exercer, accordées à des porteurs de diplômes délivrés en Belgique, lesquels étaient majoritairement de nationalité belge (au total, 160 Français figuraient parmi les 1 481 autorisations d'exercer octroyées cette année là) (Figure 2.1.2.3.1.). L'évolution des migrations est très variable dans le temps et se dessine en dents de scie. Toutefois, à partir de 1981, le nombre de sorties de diplômés belges est toujours deux fois supérieur au nombre d'entrées de diplômés étrangers²⁴. Au total, en 20 ans, il y a eu 3 fois plus de sorties de diplômés belges vers d'autres horizons européens que d'entrées de diplômés européens en Belgique.

Le nombre de Belges formés à l'étranger qui obtiennent l'autorisation d'exercer en Belgique est relativement dérisoire, chaque année, par rapport au nombre de Belges formés en Belgique qui quittent le territoire vers d'autres pays de l'Union.

²⁴ A l'exception des années 1992, 1995 et 1996 pour lesquelles les données françaises n'ont pas été communiquées.

Figure 2.1.2.3.1. Sorties d'IRSG diplômés en Belgique (quelle que soit leur nationalité) selon le pays d'accueil en UE : 1979-1998



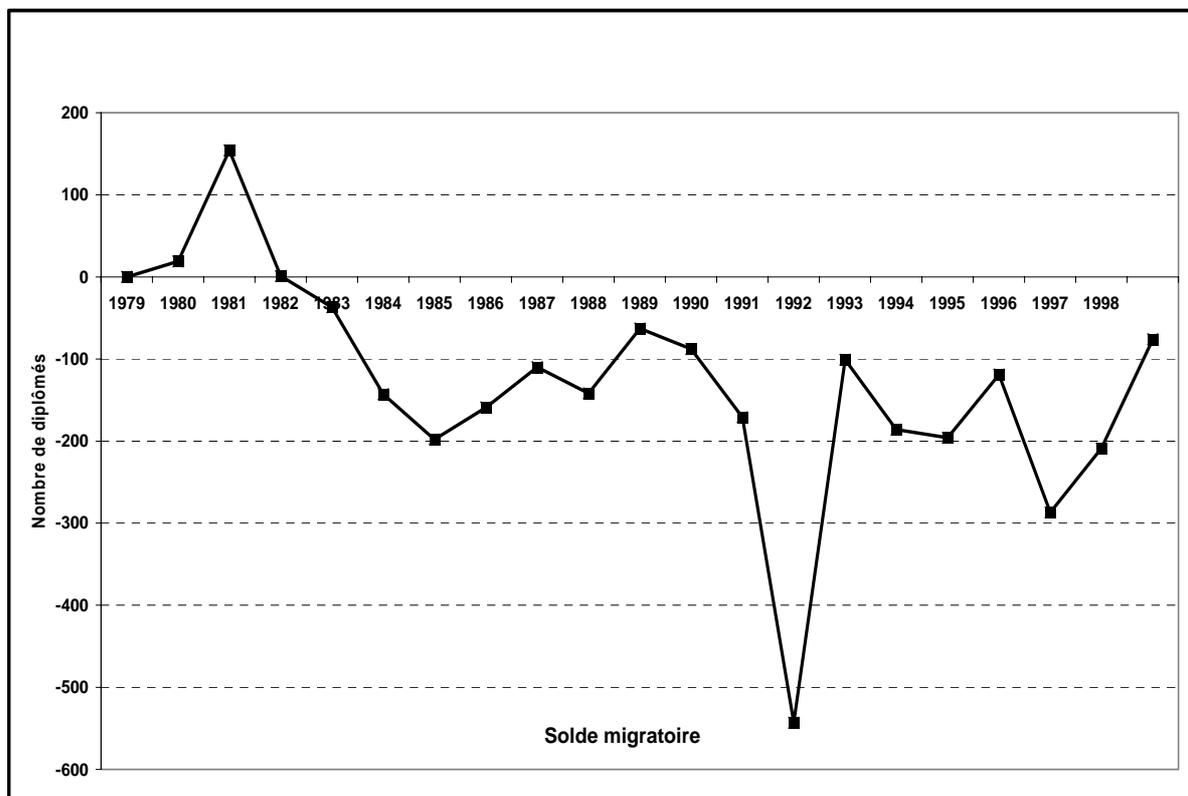
Source : Commission Européenne.
Données au Tableau Annexe 2.1.2.2.1.

2.1.2.4. Solde migratoire

Le solde des migrations que nous avons calculé est approximatif (Figure 2.1.2.4.1.). En effet, les données relatives aux porteurs d'un diplôme belge qui émigrent en Allemagne, en Grèce et en Irlande n'est pas connu. Ce solde est défini comme la différence entre le nombre d'autorisations d'exercer en Belgique, délivrées à des infirmiers porteurs de diplômes étrangers (soit 1 369 depuis 1979), et le nombre d'autorisations d'exercer dans un autre pays membre de l'Union européenne délivrées à des infirmiers porteurs d'un diplôme belge (soit 4 023 depuis 1979). Depuis 1982, le solde migratoire total est évalué à -2 654 praticiens de l'art infirmier sur 20 ans²⁵ (soit, une « perte » de 133 diplômés/an).

²⁵ Soulignons l'importance des étudiants infirmiers d'origine française qui réalisent leur formation infirmière en Belgique en raison de l'absence de numerus clausus mais qui retournent ensuite exercer dans leur pays d'origine.

Figure 2.1.2.4.1. Solde migratoire des entrées et sorties d'IRSG entre l'U.E. et la Belgique 1979 – 1998



Source : Commission Européenne. Calculs : SESA, (UCL).
Données au Tableau Annexe 2.1.2.2.1.

En résumé :

- Les Belges, porteurs d'un diplôme étranger, ont principalement été formés aux Pays-Bas et en Allemagne. Ils sont relativement peu nombreux ces dernières années .
- Les infirmiers porteurs d'un diplôme belge émigrent essentiellement vers la France (2 361 de 1979 à 1998), les Pays-Bas et le Luxembourg. Les émigrations vers les pays limitrophes ne semblent pas en augmentation ces dernières années, bien que l'absence de communication des données réelles par ces pays nous aient obligés à extrapoler une valeur moyenne afin de remplacer les données manquantes (une évolution est donc difficile à prévoir) .
- Les PAI diplômés en Belgique qui s'installent dans un autre pays de l'Union européenne sont plus nombreux que les infirmiers formés à l'étranger qui s'installent en Belgique (rapport variable selon les années, souvent supérieur à 2). Entre 1979 et 1998, la Belgique a accueilli 1 369 diplômés à l'étranger et 4 023 de ses diplômés ont demandé à exercer dans d'autres pays de l'Union ;
- Soulignons que, selon l'enquête SESA, la Communauté française de Belgique forme beaucoup de ressortissants de l'Union (en 2000, 370 étudiants infirmiers, ressortissants de l'Union européenne, ont obtenu un diplôme belge).

2.1.3. Effectifs des diplômés PAI

2.1.3.1. Introduction

Après avoir analysé de façon exhaustive l'évolution des populations scolaires et tracé les déplacements des infirmières diplômées au sein de l'Union européenne, il est primordial de dresser un état des lieux des stocks de praticiens de l'art infirmier (infirmières et ASH) susceptibles de travailler en Belgique. Cette section poursuit donc un double objectif : il s'agit, non seulement, d'évaluer la situation de l'offre des PAI en 2001, mais également d'étudier l'évolution de cette offre depuis 1996. Ces deux étapes sont les prémisses indispensables à l'élaboration de projections pour l'avenir.

Trois données doivent donc être recueillies pour permettre des perspectives d'avenir relatives au nombre de diplômés dont la CFGB pourra disposer :

1. Les effectifs actuels de diplômés : le nombre brut de PAI diplômés, ainsi que la répartition des PAI sur base de trois critères (l'âge, le sexe et la qualification) .
2. Les effectifs de diplômés ACTIFS, c'est-à-dire ceux qui exercent effectivement une activité professionnelle en Belgique, quelle que soit l'orientation de cette activité .
3. Les effectifs de diplômés exerçant une activité professionnelle dans le domaine des soins infirmiers.

Pour dresser un état des lieux des effectifs de diplômés, c'est-à-dire des personnes potentiellement mobilisables pour exercer une activité, nous disposons de trois sources présentant chacune des spécificités et des limites que nous ne manquerons pas de relever. La première source est le recensement général de la population qui relève de façon exhaustive les qualifications et les activités professionnelles des personnes résidant en Belgique à la date du recensement. Etant donné que le dernier recensement datant de 2001 est trop récent pour permettre une exploitation des résultats, seul le recensement de 1991 peut nous offrir des résultats traités et validés.

La deuxième source exploitable est le fichier des diplômés tenu à jour par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement. Il s'agit d'un registre informatisé dans lequel sont enregistrées toutes les personnes ayant obtenu leur diplôme et procédé à son enregistrement auprès de la Commission Provinciale compétente. Cette dernière transmet systématiquement au Ministère une fiche pour chaque diplôme enregistré.

La troisième source est le Ministère de la Culture et des Affaires Sociales de la Communauté Française qui fournit annuellement des données relatives aux diplômes délivrés par catégorie professionnelle. Cette base de données étant sous-traitée par un organisme extérieur, il est difficile d'obtenir des répartitions spécifiques (selon le sexe des diplômés ou leur nationalité par exemple).

On peut encore signaler le registre de l'INAMI qui permet la publication des chiffres des professionnels agréés par l'INAMI, mais uniquement pour le remboursement, à l'acte, des prestations infirmières (soins à domicile et en MRPA/MRS). Toutefois, la base de données n'étant pas directement accessible, nous devons nous contenter des chiffres publiés par ailleurs.

2.1.3.2. Présentation des données selon les trois sources disponibles

2.1.3.2.1. Les effectifs de diplômés selon le recensement de 1991

Bien que déjà anciennes, les données du recensement de mars 1991 restent très utiles, car, exhaustives, elles permettent d'appréhender l'activité réelle des diplômés à cette date. Comparées aux données du registre du Ministère des Affaires Sociales, les données du recensement présentent l'avantage de donner une image précise du « stock » de diplômés, disponible à un moment donné, et selon son état d'activité (actif ou inactif). Néanmoins, la codification agrégée²⁶ des diplômes infirmiers ne permet guère la distinction des catégories usuelles que sont les brevetées, les graduées et les assistantes en soins hospitaliers.

La base de données que nous avons traitée pour cette étude comprend les individus qui, selon le diplôme ou la profession, ont un rapport avec la santé. Autrement dit, il s'agit des professionnels de la santé et des personnes ayant une activité professionnelle exercée en dehors du champ de la santé mais qui détiennent un diplôme sanitaire. Nous intéressant prioritairement aux diplômés, nous travaillerons sur base du diplôme le plus élevé, tel que déclaré au recensement.

Cette sélection s'est faite selon les codes des diplômes qui permettent de classer les professionnels selon le type du diplôme : soit de niveau universitaire (code > 1600), soit de niveau supérieur non universitaire - degré 1 et 2 et type court (code < 1600).

Les infirmières et membres du personnel soignant sont répertoriés de la façon suivante :

1. Infirmier, accoucheuse graduée obstétrique, infirmier psychiatrie, assistante nursing, pédiatrie (niveau supérieur non universitaire degré 1 ou 2 ou type court) (code = 400) ;
2. nursing social : infirmier assistant y compris en logopédie, audiologie (niveau supérieur non universitaire degré 1 ou 2 ou type court) (code = 401) ;

²⁶ Le code 0400 regroupe en effet sous le vocable 'soins hospitaliers', les infirmières, les accoucheuses, les infirmières spécialisées et les assistantes en soins hospitaliers

3. autres infirmières diplômées de l'enseignement supérieur universitaire (sciences cliniques, sciences médico-sociales et hospitalières, organisation et gestion des hôpitaux, sciences familiales et sexologiques, sciences sanitaires) (code = 1681 à 1684).

Il est cependant impossible de distinguer les PAI selon leur qualification précise, sur base de leur diplôme tel qu'il est enregistré par le recensement. Ils ont donc été regroupés en une seule catégorie. L'ensemble des diplômés, par sexe et par régime linguistique, est présenté au tableau Annexe 2.1.3.2.1.1. avant et après une opération de « nettoyage » dans laquelle nous avons procédé à l'élimination des individus présentant une incohérence entre le plus haut diplôme déclaré et la profession exercée. Pour la catégorie qui nous intéresse, l'élimination a porté sur 4 à 6 % des effectifs initiaux selon les trois régions linguistiques. D'un effectif total de 91 947 infirmiers au niveau national nous avons retenu 87 474 diplômés.

Les infirmiers diplômés représentent 56.5 % du total des diplômés du secteur de la santé (personnel soignant²⁷ non compris). Au niveau régional, cette proportion est évaluée à 41.9 % à Bruxelles, à 61.2 % en Flandre et à 52.2 % en Wallonie. La représentation féminine est écrasante, puisque la proportion d'hommes portant ce diplôme se chiffre seulement à 10 % au niveau national (5.6 % à Bruxelles, 13.1 % en Flandre et 11.2 % en Wallonie).

En terme de densité de diplômés, nous obtenons les proportions suivantes (pour 10 000 habitants): 69 diplômés à Bruxelles, 97 en Flandre, 76 en Wallonie et 88 à l'échelle nationale.

Il est également intéressant d'observer le rapport entre la catégorie des infirmières et celle des médecins. Pour 100 médecins, nous comptons 131 infirmières à Bruxelles, 351 en Flandre et 230 en Wallonie (275 infirmières au niveau national) (Tableau Annexe 2.1.3.2.1.2.).

²⁷ Pour la définition du « personnel soignant », cfr section 2.3.

2.1.3.2.2. Les effectifs selon le fichier du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement (1996 et 2001)

Le registre du Ministère des Affaires Sociales enregistre les agréments obtenus par les professionnels de la santé auprès de la Commission provinciale de leur lieu d'exercice. Il devrait permettre d'évaluer le « stock » de personnes diplômées ayant obtenu l'agrément d'une commission provinciale, sans toutefois pouvoir déterminer si ces personnes exercent effectivement une activité professionnelle, résident dans la même province ou même, sont encore en vie. Des efforts sont menés actuellement par le Ministère des Affaires Sociales pour actualiser ces données selon les indications de décès qui lui parviennent (une actualisation systématique serait prévue en 2002 en couplant ce fichier à celui de la population). Une première actualisation de ce fichier au 30 juin 2001 est disponible pour les régions de Bruxelles et de la Wallonie.

Les effectifs de PAI francophones enregistrés dans ce fichier seraient au nombre de 56 330 au 30 juin 2001 (cft Tableau 2.1.3.2.4.1. colonne « fichier MAS 2001 »), alors que la même source, en date du 31/12/1995, n'en recensait que 32 921 (Leclercq A. et al., 1998, p. 72). Or, entre le 1/1/1996 et le 31/12/2000, la Communauté française a enregistré 11 572 nouveaux PAI diplômés. La projection de ces effectifs du 1/1/1996 jusqu'au 1/1/2001, tenant compte de la mortalité observée²⁸ et des nouveaux diplômés entre ces deux dates donne un total de 44 455 diplômés qui est de 20 % inférieur à celui enregistré en juin 2001. Répartie sur les différents diplômes, cette différence d'estimation concerne 60 % des ASH, 20 % des infirmiers gradués et 7 % des infirmiers brevetés. Une comparaison attentive de ce fichier avec les autres sources disponibles a été effectuée afin d'en vérifier la validité (cfr. section 2.1.3.2.4).

Pour la Flandre, ce fichier est inutilisable à ce jour (sauf pour les années antérieures à 1996), car son enregistrement a connu une interruption pour les années 1997-1999 : les Commissions provinciales ont cessé d'envoyer au Ministère les fiches d'enregistrement des diplômes. Une opération d'actualisation est en cours pour rattraper la saisie des données de 1997 à 1999.

2.1.3.2.3. Les Effectifs selon le Ministère de la Culture et des Affaires Sociales de la Communauté française (1962-2000)

Le Ministère de la Culture et des Affaires Sociales de la Communauté Française centralise toute l'information relative à la formation des infirmiers en Communauté Française. Les bases de données communiquées nous permettent d'évaluer le nombre de diplômes délivrés depuis 1962 en CFGB selon la nature du diplôme, ainsi que la répartition des diplômés par sexe. Nous renvoyons le lecteur aux paragraphes 2.1.1.3.3. (Evolution des diplômés en ESP et EPSC) et 2.1.1.3.4. (Distinction des populations scolaires et de diplômés selon le sexe) qui traitent ces données de manière plus approfondie. Pour disposer d'une base supplémentaire d'évaluation des effectifs des diplômés, nous avons

²⁸ Nous reviendrons plus loin (Chapitre 5) sur le traitement des données de mortalité.

procédé à la projection, par catégorie de diplôme, des personnes diplômées entre 1962 et 2000. Pour ce faire, nous avons procédé aux opérations suivantes :

- Tous les titulaires d'un brevet d'infirmière hospitalière et d'infirmière psychiatrique ont été pris en considération, que le brevet ait été obtenu comme premier diplôme (ce qui est le cas après 1995) ou comme second diplôme ; avant 1995, les deux premières années d'études en EPSC donnaient accès au titre d'ASH ; la troisième année d'études permettait aux ASH d'obtenir le titre d'infirmier breveté. Ne sont donc considérées comme ASH que les personnes ayant réalisé deux années d'études dans la filière EPSC et ayant décroché le titre d'ASH sans poursuivre leur formation par la troisième année; on a donc soustrait du total des effectifs d'ASH d'une année t , l'effectif de brevetés diplômés en $t+1$ ²⁹.
- Dans le graduat, un ajustement similaire a été réalisé en ce qui concerne les spécialisations. Jusque 1995, celles-ci pouvaient être obtenues, suivant les écoles, soit au terme de trois années comme premier diplôme, soit moyennant une année de spécialisation après le graduat ($t+1$)³⁰. Les gradués infirmiers ont été enregistrés l'année où ils obtiennent leur premier diplôme, que celui-ci soit un diplôme d'infirmier gradué hospitalier ou d'infirmier gradué spécialisé et cela, quelle que soit la spécialisation.

Les données relatives aux diplômes sont présentées au Tableau Annexe 2.1.3.2.3.1. On sera attentif au fait qu'une personne ayant obtenu plusieurs diplômes s'y retrouve plusieurs fois. Les figures 2.1.3.2.3.1. comparent les effectifs de personnes diplômées et de diplômes, la première effectue la comparaison des effectifs annuels ; la seconde, celle des effectifs cumulés. On constate alors que la différence augmente progressivement jusqu'à atteindre pratiquement 19 000 unités en 2000. On illustre ainsi à quel point il est important d'effectuer les projections d'effectifs PAI en utilisant les données concernant les diplômés et non pas celles des diplômes, un diplômé pouvant cumuler plusieurs diplômes en soins infirmiers.

Disposant d'une liste des promotions annuelles de diplômés de 1962 à 2000, il est possible, en appliquant à ces cohortes les taux de mortalité par âge, d'obtenir au terme désiré les effectifs correspondant à la date du recensement (1991) et des dépouillements dont nous disposons pour le fichier MAS (31-12-1995 et 31-12-2000).

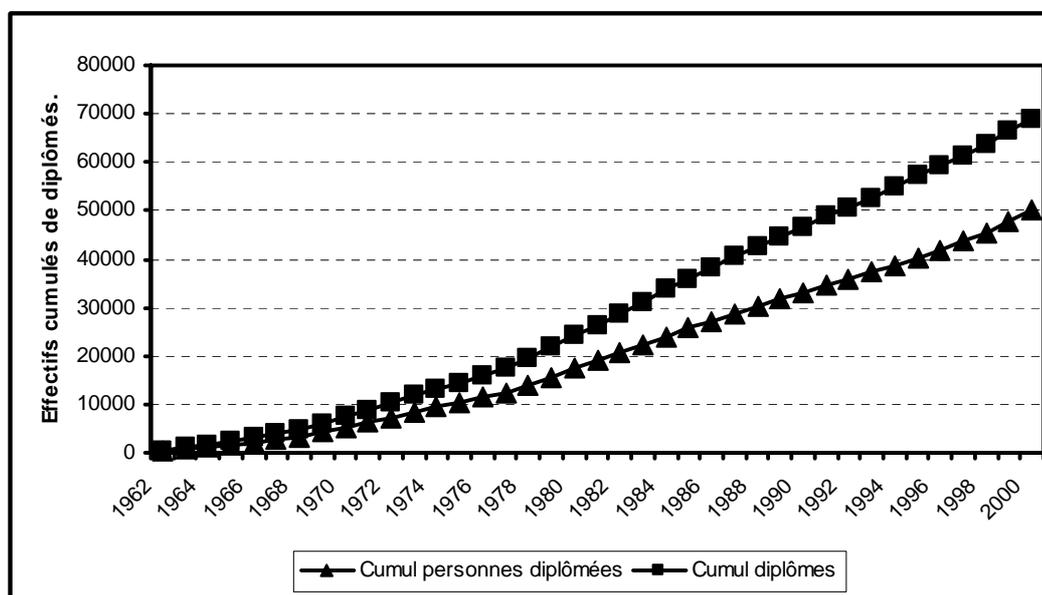
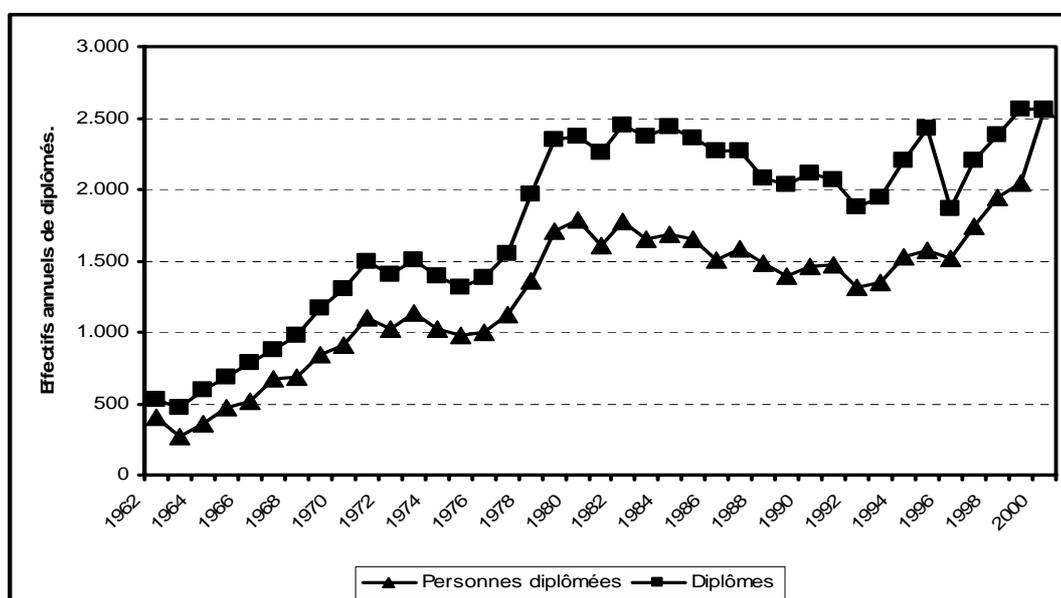
Pour cette projection des personnes diplômées, seule la mortalité a été intégrée dans le processus projectif ; en conséquence, les chiffres obtenus ne prennent en compte ni les migrations, ni la propension des diplômés à acquérir un diplôme les orientant vers une profession où ils n'exercent pas leur formation en soins infirmiers. Entre 1991 et 2000, la mortalité a été estimée par le SESA (voir chapitre 5) sur base des tables corrigées de mortalité de l'INS, afin de tenir compte du niveau d'éducation supérieur de cette

²⁹ Par exemple : les ASH diplômés en 1962 sont 170. L'année suivante, 96 d'entre eux obtenaient le brevet. On ne comptabilise donc comme ASH sortant en 1962 que 74 diplômés.

³⁰ Par exemple : pour évaluer les gradués ayant obtenu leur titre en 1962, on prend en compte les 245 étudiants ayant obtenu le graduat hospitalier, mais aussi les 80 gradués qui ont obtenu cette année là un diplôme de gradué spécialisé en tant que 1^{er} diplôme infirmier. Par contre, les spécialisations en second diplôme ne sont pas reprises.

population. En effet, le risque de mortalité d'une telle population est bien inférieur au risque encouru par la population générale (Gadeyne et Deboosere, 2001). Les projections des diplômés de 1962 à 1995 et de 1995 à 2000 ont été effectuées sans distinction de sexe (celui-ci ne pouvait être distingué que depuis 1977). Précisons enfin, que nous avons estimé la mortalité entre 1962 et 1990 en extrapolant la tendance observée dans la décennie 1991-2000. Les résultats de ces projections sont repris au Tableau 2.1.3.2.4.1. pour la période 1991-2001.

Figure 2.1.3.2.3.1 Comparaison des effectifs annuels de personnes diplômées et de diplômés, CFGB 1962-2000



Source : Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté Française

L'âge atteint par les diplômés sortis depuis 1962 est le suivant :

- en 1991 : l'ASH la plus âgée a 49 ans, l'infirmière graduée la plus âgée a 50 ans;
- en 1996 : l'ASH la plus âgée a 54 ans, l'infirmière graduée la plus âgée a 55 ans;
- en 2001 : l'ASH la plus âgée a 59 ans, l'infirmière graduée la plus âgée a 60 ans et l'infirmière graduée spécialisée la plus âgée a 61 ans³¹.

Ainsi, les regroupements selon l'âge autorisant une comparaison entre ces résultats et les données provenant des 2 autres sources (recensement et MAS) diffèrent selon les périodes. Nous considérerons donc les tranches d'âge 20-49 ans pour l'année 1991, 20-54 ans pour l'année 1996 et, enfin, 20-59 ans pour l'année 2001. En comparant les données obtenues par les trois sources disponibles, recensement 1991, MAS (1996 et 2001), diplômés depuis 1962, on s'efforce de trouver la meilleure voie possible en vue d'évaluer les effectifs de PAI au 01-01-2001. En effectuant ce travail, plusieurs constatations importantes ont été faites, nous imposant de réviser une méthode purement linéaire de projection privilégiant une source par rapport aux autres et ne tenant pas compte de réalités connues par ailleurs.

Le tableau 2.1.3.2.4.1. présente les effectifs des PAI évalués pour trois années distinctes : 1991, 1996, et 2001.

En 1991, il s'agit :

- en 1^{ère} colonne, des données du recensement de 1991 (le total seul des PAI est recensé, sans distinction de groupes d'âges);
- en 2^{ème} colonne, des données obtenues par la projection des diplômés entre 1962 et 1990.

En 1996, il s'agit :

- en 1^{ère} colonne, de la projection de 1991 à 1996 des données du recensement de 1991 ;
- en 2^{ème} colonne, des données du fichier du MAS en 1996 ;
- en 3^{ème} colonne, des données obtenues par la projection des diplômés entre 1962 et 1995.

En 2001, il s'agit :

- en 1^{ère} colonne, de la projection de 1991 à 2001 des données du recensement de 1991 ;
- en 2^{ème} colonne, des données du fichier du MAS en 2001 ;
- en 3^{ème} colonne, de la projection jusqu'en 2001 des données du MAS en 1996 ;
- en 4^{ème} colonne, des données obtenues par la projection des diplômés entre 1962 et 2000.

Une remarque préalable concerne les projections portant sur les trois sources après 1995. Les enquêtes que nous avons effectuées en 1996 et en 2001 nous permettent d'affirmer

³¹ Nous avons supposé dans la projection des diplômées que toute ASH recevait son brevet à 20 ans et que l'infirmière, brevetée ou graduée, était diplômée à 21 ans.

que, pendant cette période, une proportion importante des diplômés sont des étrangers non résidents en Belgique qui n'ont pas l'intention d'y exercer après avoir obtenu leur diplôme. Il s'agit de 27 à 38% des infirmiers brevetés et de 3 à 9% des gradués. Les maintenir dans les effectifs de diplômés potentiellement actifs en Belgique serait une erreur pesant lourdement sur l'évaluation des effectifs 2001 et de leurs projections ultérieures. Ils ont donc été défalqués des effectifs enregistrés de 1996 à 2000 en supposant que leur augmentation de 1996 à 2001 s'est effectuée de manière progressive.

La répartition par âge des diplômés tant lors du recensement que dans le fichier MAS 1996 et MAS 2001, comparée à celle des projections de diplômés de 1962 à 1990, 1995 ou 2000, fait apparaître un déficit important dans les classes d'âge jeunes. En 1996 on le constate tant chez les ASH que parmi les infirmières brevetées ou graduées. Pour les fichiers MAS, le temps écoulé entre l'acquisition du diplôme, son enregistrement par une Commission médicale provinciale, la transmission de l'information et son introduction dans le fichier pourrait fournir une explication satisfaisante. Pour le recensement, les raisons sont moins évidentes et sont probablement multiples. Les diplômés 1991 n'avaient peut-être pas encore terminé leurs études au moment où ils remplissaient leur formulaire de recensement. D'autre part, toutes les catégories d'âge lors du recensement sont sous représentées par rapport à la projection des diplômés 1962-1990. La structure d'âge du fichier MAS 96 se rapproche généralement bien de celle des diplômés, à l'exception des 20-24 ans (43 %) et dans une moindre mesure des 25-29 ans (64 %).

Pour la comparaison 2001, cette classe d'âge sera donc corrigée par les effectifs d'infirmiers diplômés de 1991 à 1994 et les ASH sortis de 1991 à 1995. Dans la classe d'âge de 25-29 ans, les diplômées infirmières de 1995 prendront la place de celles de 25 ans. On constate alors que la projection 2001 du fichier MAS 1996 (regroupement 20-59 ans, Tableau 2.1.3.2.4.2) se situe à 91% de la projection des diplômés et ce rapport varie peu selon les classes d'âge quinquennales (Tableau 2.1.3.2.4.3). La différence de 9% pourrait représenter le solde migratoire sur l'ensemble de la période 1962-2001.

Quant au fichier MAS2001 il diffère substantiellement des autres sources. La classe d'âge 20-24 y est très sous représentée par rapport aux diplômés (23%) ; par contre les 25-59 ans en comptent 31% en plus. Certaines classes d'âge sont deux et même trois fois plus nombreuses que les diplômés ! On peut se demander si ce fichier ne prend pas comme unité d'enregistrement le diplôme. Il enregistre ainsi 5467 ASH de 25 à 44 ans alors que les promotions concernées ne comptent que 1272 brevetées ASH qui n'ont pas obtenu un brevet infirmier en suivant une troisième année. On en conclut que ce fichier, dans son état actuel, n'offre pas une base d'évaluation fiable du nombre de diplômés, ni même de leur structure d'âge, certaines classes d'âge étant notablement sur représentées.

Tableau 2.1.3.2.4.1. Comparaison de différents effectifs de PAI en CFGB évalués au cours de la décennie 1991-2001, par catégorie professionnelle

Diplôme	Ages	1991			1996			2001		
		Recenst 1991	Projection Diplômés 1962-1990	Projection recenst 1991	Fichier MAS 1966	Projection diplômés 1962-1995	Projection Recenst 1991	Fichier MAS 2001	Projection MAS 1996	Projection diplômés 1962-2000
ASH	20-24		383		141	166		5		0
	25-29		691		340	381		568	141	465
	30-34		571		513	686		1314	339	380
	35-39		479		579	565		1969	512	684
	40-44		440		462	474		1616	576	563
	45-49		219		400	434		713	458	472
	50-54				244	216		544	395	430
	55-59				269			316	240	213
	60-64				4			380	262	0
	Total				2952	3223		7425	2923	3207
INF GRAD	20-24		3530		1675	2220		989	1617	1617
	25-29		4806		2802	4409		5193	4360	4364
	30-34		4720		4053	4777		5878	3122	4400
	35-39		2925		4221	4683		6499	4041	4769
	40-44		2169		2724	2897		6455	4200	4675
	45-49		866		1739	2144		3618	2702	2890
	50-54				649	855		2254	1717	2126
	55-59				922			904	638	841
	60-64				15			972	899	
	Total				18800	23097		32762	26320	28706
INF BRV	20-24		2037		648	1898		600	2220	2264
	25-29		2791		1514	2508		2469	2357	2363
	30-34		2176		2748	2775		2070	1689	2503
	35-39		1603		2392	2159		3102	2740	2769
	40-44		1333		1771	1588		3073	2380	2155
	45-49		638		1381	1318		2135	1757	1584
	50-54				591	630		1662	1364	1306
	55-59				117			850	581	24
	60-64				7			182	114	
	Total		10578		11169	12876		16143	15212	15565
Total PAI	20-24		2230		2464	5605		1504	6872	6006
	25-29		5843		4656	7298		8230	6858	7192
	30-34		5950		7314	8238		9262	5150	7284
	35-39		4230		7192	7408		11570	7293	8222
	40-44		3459		4957	4959		11144	7157	7393
	45-49		1597		3520	3896		6466	4917	4945
	50-54		1572		1484	1702		4460	3476	3862
	55-59		1344		1308	0		2070	1458	1674
	60-64		1043		26			1428	1275	
	Total	27277		31460	32921	39195		56330	44455	47478

Sources: - MAS (diplômés) - INS (population, mortalité) - SESA/UCL (traitement)

Les tableaux 2.1.3.2.4.2. et 2.1.3.2.4.3 ci après reprennent les effectifs de PAI (ASH, Infirmiers brevetés, Infirmiers gradués et graduées accoucheuses) évalués par les bases de données disponibles au 1-1-1991, 1996 et 2001, ou leur projection à cette date. Elles sont comparées en indice par rapport aux données du recensement ou à ses projections et ensuite par rapport à la projection des diplômés. Le premier tableau présente les rapports calculés sur des regroupements de classes d'âge comparables, le second sur les classes d'âge quinquennales.

Tableau 2.1.3.2.4.2. Comparaison de différentes approches évaluant le nombre de PAI en CFGB au cours de la décennie 1991-2001, par catégorie d'âge en Communauté française

Ages	1991		1996			2001			
	Recen- sement	Projection diplômés	Projection recenst	Fichier MAS	Projection diplômés	Projection recenst	Fichier MAS	Projection MAS	Projection diplômés
	1991	1962-1990	1991	1996	1962-1995	1991	2001	1996	1962-2000
REGROUPEMENTS DE CLASSES D'AGE									
EFFECTIFS									
20-29	8082	14248	8643	7120	12993	12825	9824	13730	14099
20-49	23318	32387	27172	30103	37493	31117	48266	38247	41942
20-54	24890		28737	31587	39195	34116	52726	41723	45804
20-59	26234		30225	32895		35633	54796	43181	47478
25-49	21079	26428	21477	27639	31798	24245	46672	31375	35036
25-54	22651		23042	29123	33500	27244	51132	34851	38898
25-59	23995		24530	30431		28761	53202	36309	40571
20-64	27277		31460	32921		37061	56330	44455	
INDICES EN RAPPORT AVEC LE RECENSEMENT ET SES PROJECTIONS									
20-29	100	176	100	82	150	100	77	107	110
20-49	100	139	100	111	138	100	155	123	135
20-54	100		100	110	136	100	155	122	134
20-59	100		100	109		100	154	121	133
25-49	100	125	100	129	148	100	193	129	145
25-54	100		100	126	145	100	188	128	143
25-59	100		100	124		100	185	126	141
20-64	100		100	105		100	152	120	
INDICES EN RAPPORT AVEC LA PROJECTION DES DIPLOMES									
20-29	57	100	67	55	100	91	70	97	100
20-49	72	100	72	80	100	74	115	91	100
20-54			73	81	100	74	115	91	100
20-59						75	115	91	100
25-49	80	100	68	87	100	69	133	90	100
25-54			100	100	100	70	131	90	100
25-59						71	131	89	100
20-64									

Sources: INS (recensement, mortalité), MAS, Cté française, SESA/UCL (traitement et calculs)

Tableau 2.1.3.2.4.3. Comparaison de différentes approches évaluant le nombre de PAI en CFGB au cours de la décennie 1991-2001 en Communauté française : classes d'âge quinquennales

Ages	1991		1996			2001			
	Recense- ment	Projection diplômés	Projection recenst	Fichier MAS	Projection diplômés	Projection recenst	Fichier MAS	Projection MAS	Projection diplômés
	1991	1962-1990	1991	1996	1962-1995	1991	2001	1996	1962-2000
CLASSES D'ÂGE QUINQUENNALES									
EFFECTIFS									
20-24	2239	5959	5695	2464	5695	6872	1594	6872	6906
25-29	5843	8289	2948	4656	7298	5953	8230	6858	7192
30-34	5950	7466	5846	7314	8238	2938	9262	5150	7284
35-39	4230	5007	5580	7192	7408	5817	11570	7293	8222
40-44	3459	3942	4049	4957	4959	5537	11144	7157	7393
45-49	1597	1724	3055	3520	3896	4000	6466	4917	4945
50-54	1572		1565	1484	1702	2999	4460	3476	3862
55-59	1344		1488	1308	0	1517	2070	1458	1674
60-64	1043		1236	26		1428	1534	1275	
INDICES EN RAPPORT AVEC LE RECENSEMENT ET SES PROJECTIONS									
20-24	100	266	100	43	100	100	23	100	101
25-29	100	142	100	158	248	100	138	115	121
30-34	100	125	100	125	141	100	315	175	248
35-39	100	118	100	129	133	100	199	125	141
40-44	100	114	100	122	122	100	201	129	134
45-49	100	108	100	115	128	100	162	123	124
50-54	100		100	95	109	100	149	116	129
55-59	100		100	88		100	136	96	110
60-64	100		100			100	107	89	
INDICES EN RAPPORT AVEC LA PROJECTION DES DIPLOMES									
20-24	38	100	100	43	100	100	23	100	100
25-29	70	100	40	64	100	83	114	95	100
30-34	80	100	71	89	100	40	127	71	100
35-39	84	100	75	97	100	71	141	89	100
40-44	88	100	82	100	100	75	151	97	100
45-49	93	100	78	90	100	81	131	99	100
50-54			92	87	100	78	115	90	100
55-59						91	124	87	100

Sources: INS (recensement, mortalité), MAS, Cté française, SESA/UCL (traitement et calculs)

En conclusion :

les effectifs de PAI au 01-01-2001 seront évalués en projetant les effectifs enregistrés par le fichier MAS1996 moyennant correction de la classe d'âge 20-24 ans, celle-ci est effectuée en prenant pour base les effectifs de diplômés 1991-1995. La projection est effectuée en tenant compte de la mortalité et en retranchant les étrangers non résidents en Belgique du nombre de diplômés 1996-2000.

Le tableau 2.1.3.2.4.4. présente les effectifs 1996 et 2001 ainsi évalués selon leurs qualifications, le pourcentage de chacune d'elles dans le total ainsi que leur indice de croissance en cinq ans. Les Infirmières graduées qui représentaient 57% des effectifs PAI en 1996 passent à 59% en 2001. Leur indice de croissance (27%) est plus élevé que celui des brevetées (21%), alors que les ASH, dont la formation a été stoppée, diminuent de 11%. Ces données font également l'objet de la figure 2.1.3.2.4.2. Au total, les effectifs de PAI ont augmenté de 22% en 5 ans, ce qui constitue une performance exceptionnelle.

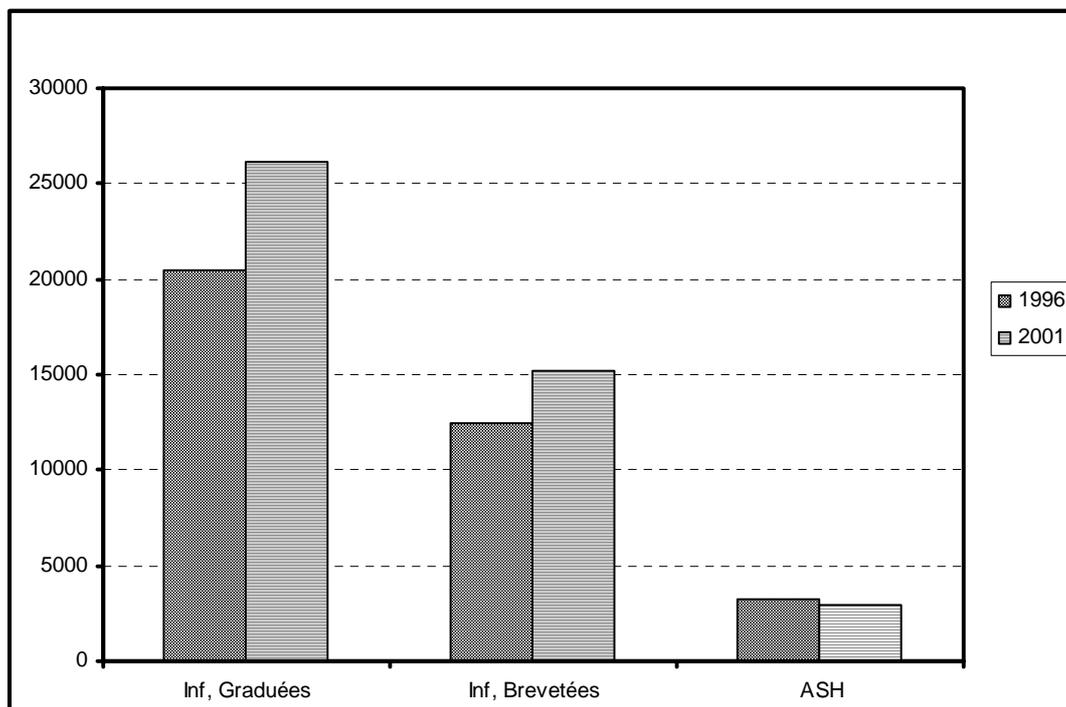
Tableau 2.1.3.2.4.4. Evolution des PAI de 1996 à 2001 selon leur qualification en CFGB

	1996*		2001		1996-2001
	Effectifs	%	Effectifs	%	Indice
Inf. graduées & Graduées acc.	20781	57%	26319	59%	127
Inf. brevetées	12597	35%	15212	34%	121
ASH	2952	8%	2923	7%	99
Total PAI	36330	100%	44455	100%	122

* Les effectifs 20-24 ans de 1996 sont corrigés par le nombre de diplômés 1991-1995.

Source : Fichier MAS 1996 (après correction des 20-24 ans) et calculs SESA/UCL.

Figure 2.1.3.2.4.2. Evolution des PAI selon leur qualification : CFGB, 1996-2001



Source : Fichier MAS 1996 (après correction des 20-24 ans) et calculs SESA/UCL.

Les effectifs de PAI selon la qualification, l'âge et le sexe ont été également évalués sur base du fichier MAS 1996, moyennant correction de la classe d'âge 20-24 ans en fonction des diplômes obtenus de 1991 à 1995. Leur projection en 2001 utilise les tables de mortalité par sexe propres à une population de niveau d'instruction supérieure. Les nouveaux diplômés entrants sont calculés en tenant compte de la non installation en Belgique des diplômés étrangers non résidents en Belgique. La catégorie « Infirmiers gradués » inclut les détenteurs d'une spécialisation, y compris les « accoucheuses » et « infirmières accoucheuses » ancien régime. L'expression « graduées accoucheuses » désigne celles qui ont obtenu leur diplôme depuis 1997. La section 2.2. ci-après envisagera plus globalement l'ensemble de la formation des accoucheuses.

Le taux de masculinité s'établit ainsi à 9,7% pour l'ensemble des PAI. Il est un peu plus élevé chez les gradués (11,9%) alors qu'il n'est que de 6,9% parmi les brevetés, 4,9% parmi les ASH et 3% parmi les graduées accoucheuses.

Tableau 2.1.3.2.4.3. Structure par âge et par sexe des PAI et des accoucheuses en 2001 en CFGB 2001

	Infirmières graduées			Infirmières brevetées			Graduées accoucheuses		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
20-24	751	3661	4412	294	1936	2230	7	223	230
25-29	647	3662	4309	177	2180	2357	1	48	50
30-34	371	2750	3122	124	1565	1689	0	0	0
35-39	468	3573	4041	179	2561	2740	0	0	0
40-44	475	3725	4200	143	2237	2380	0	0	0
45-49	214	2488	2702	72	1685	1757	0	0	0
50-54	119	1598	1717	34	1329	1364	0	0	0
55-59	26	611	638	22	558	581	0	0	0
60-64	20	878	899	4	110	114	0	0	0
Total	3092	22948	26039	1050	14163	15212	8	271	280

0,119

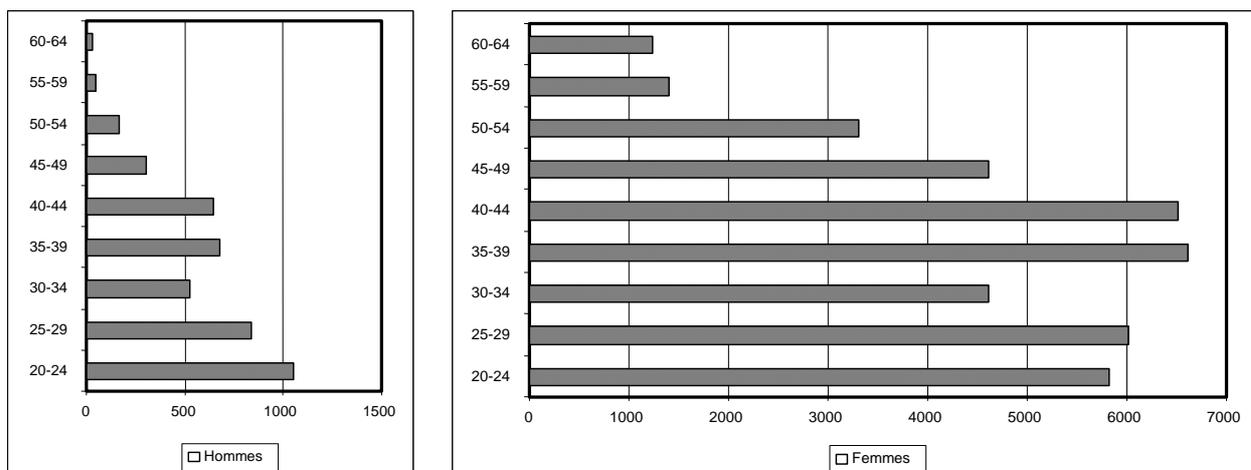
0,069

0,03

	ASH			TOTAL PAI		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
20-24	0	0	0	1052	5820	6872
25-29	16	125	141	841	6016	6857
30-34	35	304	339	530	4619	5150
35-39	32	480	512	679	6614	7293
40-44	25	551	576	642	6514	7157
45-49	15	444	458	301	4616	4917
50-54	12	383	395	165	3311	3476
55-59	3	237	240	51	1407	1458
60-64	6	256	262	30	1245	1275
Total	143	2780	2923	4292	40162	44455

Source : Ficher MAS 1996 (après correction des 20-24 ans) et calculs SESA/UCL.

La pyramide des âges des PAI met en évidence les conséquences des variations du taux d'attractivité de la profession. De manière globale, celui-ci a enregistré une forte croissance. Le caractère réduit des classes d'âge de 55 ans et plus n'est pas seulement la conséquence de la mortalité subie par ces cohortes. Elle découle principalement des faibles effectifs de ces anciennes promotions. Une première croissance observée de 1967 à 1976 se marque nettement dans les tranches d'âge ayant en 2001 de 45 à 54 ans. Au cours des 10 années qui suivent une seconde vague de croissance a été observée, suivie par quelques années de repli avant une reprise modérée marquant les dix dernières années.

Figure 2.1.3.2.4.3. Pyramide des âges des PAI : CFGB 2001

Source : Ficher MAS 1996 (après correction des 20-24 ans) et calculs SESA/UCL.

Si l'on envisage le vieillissement de cette population au cours des années à venir, on remarque en premier lieu que des cohortes plus nombreuses vont accéder aux classes d'âge supérieures. Or c'est à partir de la cinquantaine que le déclin du taux d'activité se manifeste. Ce phénomène sera momentanément accentué par la faiblesse relative de la classe d'âge 30-34 ans, qui elle se situera en période de plein emploi. Les perspectives calculées à partir de cette population devront donc être très attentives au taux d'activité en fonction de l'âge. En termes de politique des ressources humaines, tant pour les responsables politiques que pour les institutions, cette perspective souligne déjà l'importance du maintien en activité du personnel et donc des mesures qui peuvent l'y encourager.

2.1.3.3. L'activité des PAI selon le recensement de 1991

En attendant que le recensement de 2001 puisse produire de nouvelles évaluations, nous aurons recours aux données du recensement de 1991 pour traiter l'activité des PAI. Rappelons toutefois que cette base de données ne nous permet aucune distinction selon la qualification des professionnels.

Parmi les *PAI diplômés* nous distinguons les *PAI actifs*, autrement dit ceux qui exercent une activité professionnelle, quelle que soit celle-ci, et les *PAI actifs dans la profession infirmière (PAI - API)*, à savoir ceux qui ont une activité de soins ou une autre en relation avec leur compétence infirmière. Pour mesurer l'importance relative de ces deux groupes, on a établi trois indicateurs d'activité :

- le **taux d'activité** : il mesure la proportion de *PAI diplômés*, en âge de travailler qui sont *actifs*, c'est-à-dire de ceux qui exercent une activité professionnelle ou sont en recherche d'un travail ; les miliciens, alors que le service militaire était obligatoire, ont été considérés comme indisponibles sur le marché du travail et ont donc été retranchés du nombre de diplômés susceptibles de travailler. Par contre les diplômés encore aux études sont considérés comme potentiellement actifs mais sans emploi,
- le **taux d'occupation dans la profession infirmière** : il représente la proportion, parmi les *PAI actifs*, de *PAI - API*, c'est à dire de ceux dont l'occupation principale ou secondaire se situe dans le secteur sanitaire. Au dénominateur ne sont donc ici repris que les diplômés qui exercent effectivement une activité professionnelle, à l'exclusion donc des étudiants, des miliciens, des PAI à la recherche d'un emploi, ayant cessé de travailler ou n'ayant jamais travaillé et des handicapés,,
- le **taux d'activité dans la profession infirmière** : il mesure le rapport entre le nombre de *PAI - API* et celui des *PAI diplômés*.

Le tableau Annexe 2.1.3.3.1. regroupe, pour chaque Communauté linguistique, les trois sortes de taux par groupe d'âge et sexe pour l'ensemble des diplômés. Nous présentons ces taux dans la figure 2.1.3.3.1.

1. Les **taux d'activité** (figure 2.1.3.3.1.a) parmi les jeunes diplômés sont proches de 100%. Ces taux décroissent naturellement lorsque l'on se rapproche de l'âge de la pension. On peut également souligner un fait bien connu dans le domaine de l'activité : les femmes connaissent un déclin plus précoce de leur *taux d'activité* que les hommes appartenant aux même catégories d'âge. La différence entre les deux sexes est encore plus marquée en Communauté flamande où le taux d'activité des hommes se maintient à un niveau élevé jusque dans la classe d'âge 55-59 ans (84%) alors qu'il n'est plus que de 46% à cet âge en Communauté française.

Pour les deux communautés linguistiques, le *taux d'activité* global est de 98% pour les hommes et de 87% pour les femmes.

Figure 2.1.3.3.1. a. Taux d'activité des PAI par Communauté linguistique et selon le sexe: 1991

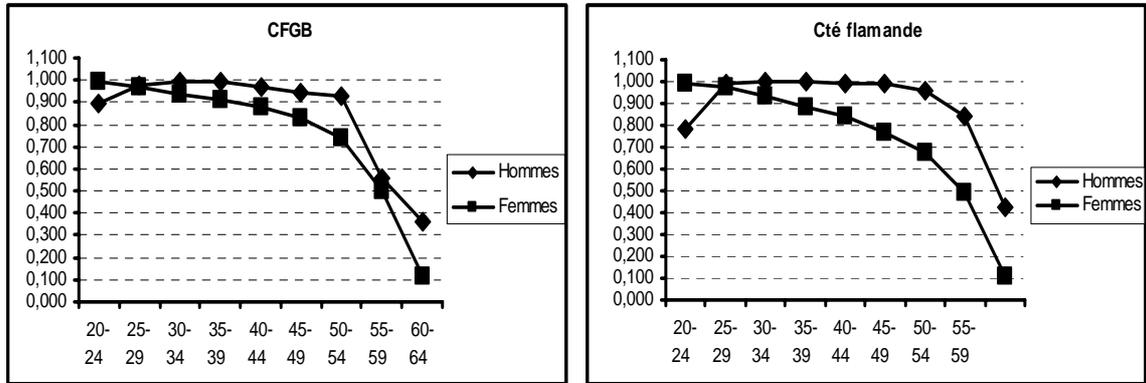


Figure 2.1.3.3.1. b. Taux d'occupation des PAI dans la profession infirmière par Communauté linguistique et selon le sexe : 1991

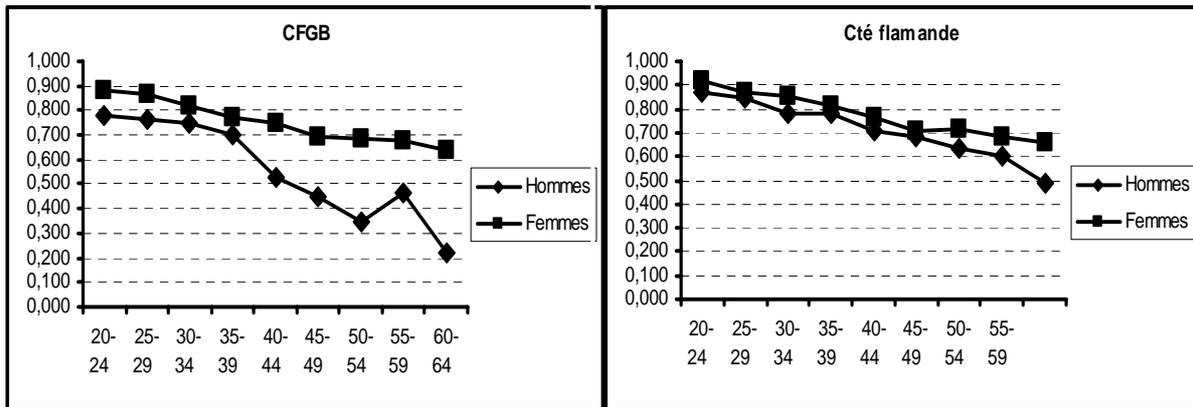
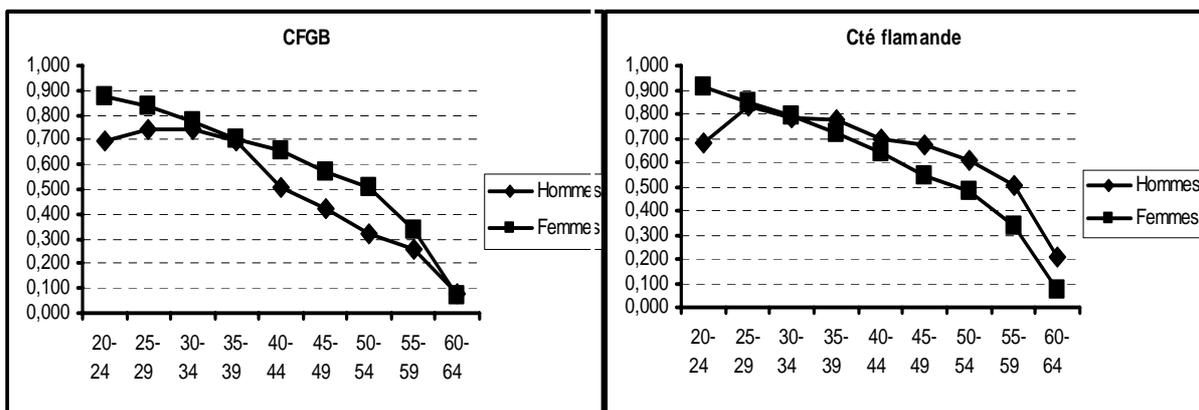


Figure 2.1.3.3.1. c. Taux d'activité dans la profession infirmière par Communauté linguistique et selon le sexe : 1991



Source : Recensement 1991, analyse SESA, UCL.

En analysant le *taux d'occupation des PAI dans la profession infirmière*, (Figure 2.3.3.1.b) on constate, dès l'obtention du diplôme, une réduction importante de ce taux d'occupation. Les hommes s'orientent plus rapidement vers une autre activité que les femmes dans les deux communautés. Chez les francophones, cette désaffection pour l'activité dans le secteur de la santé est particulièrement marquée chez les hommes : 22% des hommes actifs exercent encore leur profession à 60 ans, alors qu'en Flandre, cette proportion s'élève à 49%. On peut estimer à 83% le taux d'occupation de l'ensemble des PAI, âges et sexes confondus, dans la profession infirmière, 78% des hommes, 84% des femmes.

Quant au *taux d'activité dans la profession infirmière*, soulignons qu'il décroît très rapidement, tant chez les hommes que chez les femmes, et ce, peu de temps après l'obtention du diplôme. Vers 40-44 ans, 65% seulement des PAI diplômés de l'ensemble du pays travaillent ou recherchent une occupation dans le secteur de la santé. En Communauté française, relevons principalement le déclin du *taux d'activité* des hommes *dans la profession infirmière* à partir de 40-44 ans, bien plus important que celui des femmes. Le phénomène est beaucoup moins prononcé en Communauté flamande. Sans considération d'âge ou de sexe, on peut estimer à 69% la proportion de PAI - API parmi les diplômés de la Communauté française. Cette proportion est de 73 % en Communauté flamande.

Ces informations sur le taux d'activité et le taux d'occupation des PAI sont les seules dont nous disposons à l'heure actuelle; or, elles datent de 1991. Il est probable que des évolutions se sont produites depuis lors et qu'elles vont dans le sens d'un accroissement de la participation au travail. C'est un mouvement constant dans la population féminine depuis plusieurs décennies. Il est peu probable par ailleurs que le marché de l'emploi, hors secteur sanitaire, ait pu absorber beaucoup de PAI en un moment où il est lui-même en crise.

<p>L'utilisation que nous ferons de ces taux d'activité et d'occupation pour estimer l'offre future de PAI actifs et de PAI actifs dans la profession infirmière peut provoquer une sous estimation de l'offre disponible en 2001 et dans les projections ultérieures. Un scénario devra donc être construit en faisant l'hypothèse d'une participation plus grande des diplômés, en particulier des femmes, au marché du travail.</p>

2.2. Accoucheuses

2.2.1. Fonctions et formation ³¹

L'accoucheuse est une professionnelle relevant d'une des branches de l'art de guérir. L'OMS la définit comme suit : «Une sage-femme est une personne qualifiée pour pratiquer des accouchements. Elle a reçu une formation lui permettant de donner les soins et les conseils nécessaires à la mère pendant la grossesse, le travail et la période puerpérale, de procéder sous sa propre responsabilité aux accouchements normaux et de prendre soin des nouveau-nés. Elle doit être à tout moment capable de reconnaître les signes qui dénotent une anomalie ou un risque d'anomalie nécessitant l'intervention d'un médecin, ainsi que de prendre les mesures d'urgence qui s'imposent si elle ne peut obtenir un secours médical. Qu'elle exerce dans un hôpital, dans un centre de santé ou au domicile des intéressées, elle a un rôle important à jouer dans l'éducation sanitaire de la famille et de la collectivité. Dans certains pays, ces attributions s'étendent au domaine de la gynécologie, de la planification de la famille et de la protection infantile ».

En Belgique, la formation d'accoucheuse était réglementée par les arrêtés royaux du 17 août 1957, du 9 juillet 1960 et du 12 mars 1963. Deux orientations distinctes ont pu être suivies : « l'accoucheuse » obtenait ce titre après avoir suivi une année de formation spécifique après les deux premières années de formation d'infirmière graduée (2 + 1), alors que « l'infirmière accoucheuse » est le titre consécutif au suivi d'une année de spécialisation entreprise après l'obtention du diplôme d'infirmière graduée hospitalière (3 + 1).

En Communauté française, le Conseil supérieur de l'Enseignement supérieur paramédical a obtenu du ministère de l'Enseignement supérieur une réforme des études d'infirmière graduée et d'accoucheuse. L'AGCF (Arrêté du Gouvernement de la Communauté française) du 21 avril 1994 remplace, tout en les abrogeant, les arrêtés royaux d'août 1957. La mise en application de cette réforme des études a eu lieu en septembre 1994 pour la formation d'infirmière graduée et de graduée accoucheuse.

Afin de mieux répondre aux exigences de formation prévues par les Communautés Européennes et permettre la libre circulation des accoucheuses, la structure et l'organisation de la grille horaire des études d'accoucheuse ont alors été profondément modifiées. Après une année commune avec les infirmières graduées, les futures accoucheuses ont, dès la 2^{ème} année, un enseignement orienté et ensuite une 3^{ème} et 4^{ème} années spécifiques³². Cette révision de la formation permet aux futures professionnelles de répondre à la description de fonction de l'accoucheuse définie par l'OMS .

³¹ Simone DARDENNE, *Evolution historique de l'art infirmier et formation au sein du système éducatif de la Communauté française*, Kluwer Editorial, 1999, pp. 151-178.

³² La 2^{ème} année accoucheuse ne se différencie que très légèrement de la 2^{ème} année d'infirmière graduée en incluant 3 cours ayant trait aux soins obstétricaux (eutocie) et à la physiologie de la grossesse accompagnée d'un complément d'enseignement clinique orienté.

2.2.2. Population étudiante et diplômées accoucheuses

2.2.2.1. Méthodologie et sources

La population scolaire est analysée sur base de deux sources :

- Les tableaux des populations scolaires en formations paramédicales de la Direction Générale de la Santé du Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté française de Belgique.
- L'enquête effectuée par le SESA auprès des neuf écoles de PAI et d'accoucheuses de la Communauté française. Elle a porté sur les effectifs d'étudiants en 2000-2001, de diplômés en 2000 et sur la proportion de Belges, d'étrangers résidents et non-résidents dans cette population ; cette enquête a bénéficié d'un taux de réponse de 100%.

Le titre d'accoucheuse est uniquement libellé au féminin. Nous parlerons également d'étudiantes à leur sujet. Bien que cette filière de formation s'adresse indifféremment aux garçons et aux filles, moins de 3 % de la population scolaire des étudiantes accoucheuses est masculine. Ce pourcentage n'évolue pas d'une année scolaire à l'autre.

2.2.2.2. Evolution des inscriptions et des diplômes

Le nombre d'étudiantes s'inscrivant à l'année d'étude que comportait cette formation avant l'introduction de l'AGCF du 21 avril 1994 fluctue d'une année à l'autre. En 1977-78, il n'était que de 31, mais il s'élève jusqu'à 108 en 1986-1987. Depuis, une évolution en dents de scie se dessine, assurant toutefois une moyenne de 92 étudiantes inscrites par année scolaire (moyenne calculée sur les 10 dernières années scolaires ayant permis l'obtention de ces titres particuliers).

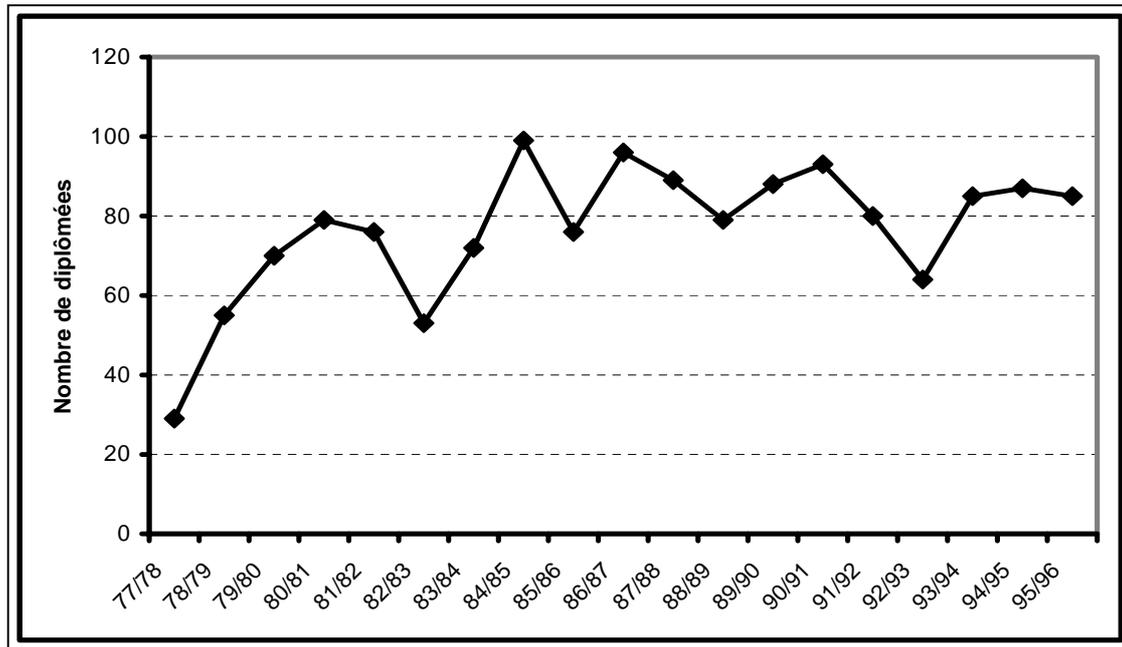
Depuis 1962 et jusqu'à l'année 1996, 1 798 diplômes d'accoucheuses et d'infirmières accoucheuses ont été délivrés, soit 53 diplômes par an ; la Figure 2.2.2.2.1. en présente l'évolution

Dès l'année scolaire 1994-1995, une nouvelle cohorte d'étudiantes entame le cycle d'études leur permettant d'accéder au titre d'accoucheuse (1 + 3) Elles sont 81 à commencer leur 2^{ème} année, laquelle est la 1^{ère} année spécifique à leur formation d'accoucheuse (Figure 2.2.2.2.1.). L'année suivante n'enregistre que 50 inscrites en deuxième année. Ensuite, les inscriptions augmentent progressivement jusqu'à atteindre le chiffre de 134 en 2001-2002, soit 2 fois plus qu'en 1997-1998.

Les étudiantes ayant débuté leurs études dans l'ancien programme ont pu poursuivre leur formation dans cette voie jusqu'au diplôme. Pendant quelques années, les deux filières coexistent et il est impossible de connaître avec précision le nombre d'étudiantes inscrites dans le nouveau programme.

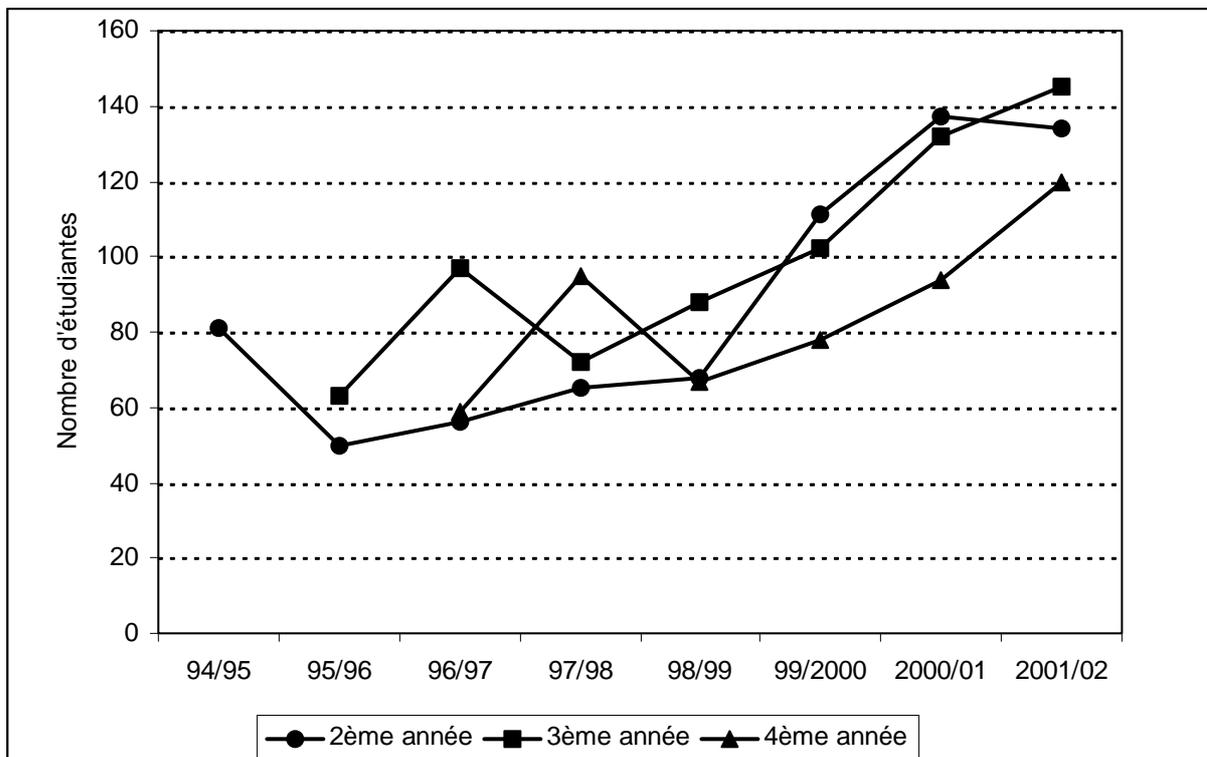
Cependant, on constate en lisant la Figure 2.2.2.2.1 que depuis 1995 les inscriptions en 2^{ème} année sont régulièrement inférieures à celles enregistrées en 3^{ème} année au cours de l'année scolaire suivante. Comment expliquer une telle anomalie ?

Figure 2.2.2.2.1 Evolution des diplômes d'accoucheuses et d'infirmières accoucheuses en CFGB : 1978-1996



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté Française

Figure 2.2.2.2.1. Population scolaire des accoucheuses selon l'année d'étude en CFGB: 1994-2001



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté Française.

Ni les redoublements, ni la transition d'un programme à l'autre ne suffisent pour expliquer la persistance d'une telle anomalie. L'explication est sans doute à chercher dans la présence d'étudiants étrangers non résidents ayant obtenu l'autorisation de commencer en 3^{ème} année en raison d'études antérieures. L'étonnante croissance des inscriptions en 2^{ème} année trouve également là son explication comme nous le verrons à la section 2.2.2.3

En conséquence, il n'est pas possible d'établir le taux de passage d'une année à l'autre, ni même de calculer un taux de réussite fiable entre la seconde année d'étude (la première année spécifique à cette filière de formation) et le diplôme.

Depuis l'application de l'AGCF du 21 avril 1994, 359 diplômes d'accoucheuses ont été décernés, soit 72 par an. En 2001, 89 diplômes d'accoucheuses ont été décernés.

2.2.2.3. Etudiantes étrangères

L'enquête menée par le SESA en 2001 révèle la distribution des diplômées en 2000 et des étudiantes accoucheuses en 2000-2001 selon leur nationalité et leur lieu de résidence (mais pas par année d'étude). Le tableau 2.2.2.3.1. répartit ces étudiantes selon la situation géographique de leur Haute Ecole (HE) et leur origine.

Tableau 2.2.2.3.1. Répartition des étudiantes accoucheuses selon leur origine et la situation géographique de leur Haute Ecole en CFGB : 2001

Situation géographique de la HE	Population scolaire en 2000-2001 (toutes années d'études confondues)					Total
	Belges	Ressortissantes UE		Etrangères hors UE		
		Résidentes	Non résidentes	Résidentes	Non résidentes	
Bruxelles	85	11	60	2	0	158
Zone frontalière	9	0	20	0	0	29
Autres régions	97	4	32	1	0	134
Total	191	15	112	3	0	321
% du total	59%	5%	35	1%	-	100%

Source : Enquête SESA 2001.

Les étudiantes sont majoritairement belges (59 %) ou ressortissantes d'un pays de l'Union européenne (40 %). Toutefois, parmi les 130 étudiantes étrangères, seules 14 % résident en Belgique. Au contraire, 86 % des étudiantes étrangères, - qui représentent 35 % de la population scolaire, - ne résident pas en Belgique et pourraient, après l'obtention de leur diplôme, décider de retourner dans leur pays d'origine. Ce qui signifie que les HE formeraient, en 2001, une bonne centaine d'accoucheuses destinées à exercer dans un pays autre que la Belgique (soit près de 30 par année d'étude).

Plus de la moitié des étudiantes étrangères sont inscrites dans une école bruxelloise (3 Hautes Ecoles y forment des accoucheuses). Les autres étudiantes se répartissent dans la HE de Gilly, en région frontalière, ou dans les 5 HE des autres régions du pays qui forment des accoucheuses.

La même enquête révèle que 55 des 71 diplômes d'accoucheuses décernés en 2000, soit 77,5%, ont été obtenus par des étudiantes de nationalité belge, 18,3% par des ressortissants de l'Union européenne et 4,2% par des étrangers hors union. Parmi les étrangers, 6 ne sont pas résidents, soit 8 % des diplômés.

On aura remarqué l'importante différence de pourcentage de belges et d'étrangers suivant qu'il s'agit des étudiantes accoucheuses, dont nous ne connaissons le résultat que pour l'ensemble des 3 années d'étude, et des diplômés. Le phénomène ne peut s'expliquer que si la présence d'EENR augmente d'année en année dans les écoles d'accoucheuses comme dans les écoles d'infirmières.

En résumé :

- Le nombre croissant d'étudiantes accoucheuses est la conséquence d'une présence grandissante d'EENR.
- Depuis 1997, en moyenne 72 diplômes d'accoucheuse sont attribués par an.
- Dans la promotion de 2000, la proportion d'EENR est de 8%.
- Il est donc raisonnable de penser que, dans les années à venir, quelque 66 diplômes d'accoucheuse seront décernés à des personnes susceptibles d'exercer leur art en Belgique.

2.2.3. Effectifs des accoucheuses diplômées

Trois sources permettent d'évaluer ces effectifs, le recensement de 1991, le fichier du Ministère des Affaires sociales et de la Santé (MAS2001) et les effectifs de diplômées fournis par le Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté française.

Le recensement de 1991 ne permet pas d'isoler cette catégorie professionnelle. Nous devons donc nous contenter de dénombrer les personnes ayant déclaré comme profession celle d'accoucheuse. Le tableau 2.2.3.1. donne la répartition par âge et par sexe de cette catégorie professionnelle selon les trois régions linguistiques.

Tableau 2.2.3.1. Effectifs des accoucheuses selon le recensement de 1991, par sexe et par catégorie

Ages	BRUXELLES			FLANDRE			WALLONIE			CFGB		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
20-24 ans		8	8	3	209	212		44	44	0	51	51
25-29 ans		42	42	5	427	432	2	92	94	2	127	129
30-34 ans		20	20	5	357	362	4	53	57	4	70	74
35-39 ans		5	5	2	179	181	1	23	24	1	27	28
40-44 ans		6	6		87	87		23	23	0	28	28
45-49 ans		5	5		36	36		3	3	0	7	7
50-54 ans		4	4		31	31		4	4	0	7	7
56-59 ans		3	3		30	30		8	8	0	10	10
60-64 ans		1	1		11	11		1	1	0	2	2
Total	0	94	94	15	1367	1382	7	251	258	7	329	336

Source : INS (données) et SESA/UCL (traitement).

Le tableau 2.2.3.2. fournit la répartition par âge et par sexe en Wallonie et à Bruxelles des accoucheuses en juin 2001 selon le fichier MAS2001. Rappelons que ce registre décompte les personnes décédées pour autant que cette information ait été communiquée aux services concernés. Ne sont présentées dans ce tableau que les accoucheuses en vie en juin 2001.

Tableau 2.2.3.2. Effectifs des accoucheuses francophones, par sexe et par catégorie d'âge selon le registre MAS2001

AGES	WALLONIE			BRUXELLES			Francophones de région inconnue			Communauté Française		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
20-24 ans	0	2	2	0	0	0	0	38	38	0	40	40
25-29 ans	8	190	198	1	31	32	1	88	89	10	309	319
30-34 ans	4	278	282	1	75	76	0	18	18	5	371	376
35-39 ans	6	315	321	2	116	118	1	30	31	9	461	470
40-44 ans	12	264	276	0	77	77	1	18	19	13	359	372
45-49 ans	3	141	144	0	41	41	0	5	5	3	187	190
50-54 ans	1	85	86	0	27	27	0	5	5	1	117	118
55-59 ans	0	34	34	1	15	16	0	3	3	1	52	53
60-64 ans	0	27	27	0	18	18	0	0	0	0	45	45
Total	34	1336	1370	5	400	405	3	205	208	42	1941	1983

Source : Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté Française, juin2001

La dernière source exploitable est celle du Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté française. Les effectifs de diplômées recensées par ce Ministère entre 1962 et 2000 ont été projetées jusqu'en 2001 en y appliquant les taux de mortalité, les résultats sont présentés au tableau 2.2.3.3.

Tableau 2.2.3.3. Effectifs d'accoucheuses diplômées, par catégorie d'âge : CFGB, 1991-2001

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Agés											
20-24	256	260	261	237	229	236	257	222	224	206	230
25-29	392	428	435	426	442	427	402	409	408	400	370
30-34	304	327	344	372	369	390	426	434	424	441	426
35-39	133	134	164	201	255	301	325	343	371	368	389
40-44	155	158	163	166	123	132	133	163	201	254	301
45-49	72	85	89	95	146	153	156	163	165	123	132
50-54	14	25	37	59	73	71	84	88	94	145	151
55-59	0	0	0	0	0	13	24	37	58	72	70
Total général	1325	1416	1494	1556	1637	1723	1807	1859	1945	2008	2069
total 20-49	1311	1392	1457	1497	1564	1639	1699	1735	1793	1791	1848
total 20-54					1637	1710	1783	1823	1886	1936	1999
total 20-59										2008	2069

Source : Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté Française, projection SESA/UCL

Il résulte de la comparaison des différentes sources que les effectifs enregistrés par MAS 2001 sont globalement assez proches (-4%) de la projection des diplômés. Dans le cas présent, le risque de double enregistrement, souvent rencontré dans le fichier MAS 2001,

est absent vu que le décompte se fait sur la base s'une seule qualification, celle d'accoucheuse. La concordance par classe d'âge est moins bonne.

Les effectifs du recensement sont par contre très en dessous de la réalité 1991 telle qu'évaluée par la projection des diplômés. On ne peut donc les retenir.

Rappelons ici que, pour déterminer les effectifs de PAI potentiellement actifs en CFGB au 01-01-2001, les diplômées accoucheuses « ancien régime » ont été regroupées avec les infirmières graduées hospitalières ou graduées spécialisées (Tableau 2.1.3.2.4.5). La projection au delà de 2001 ne traitera de manière distincte que les graduées accoucheuses « nouveau régime ».

Pour avoir cependant une image distincte de l'avenir de cette qualification, on a donc projeté jusqu'en 2020 les effectifs d'accoucheuses ayant obtenu leur qualification avant 1997. Le tableau 2.2.3.4. présente les résultats de cette projection jusqu'au 01-01- 2020.

On notera cependant que ces diplômés titulaires d'une qualification d'accoucheuse, n'occupent pas nécessairement un poste où elles exercent cette fonction. Le relevé du personnel hospitalier en 1997 recense 752 ETP travaillant en tant qu'accoucheuse. Si la croissance de 8% observée jusque fin 2000 s'applique également aux accoucheuses, elles seraient alors quelque 812 ETP en fonction.

Tableau 2.2.3.4. Projection du nombre de diplômés PAI ayant acquis la qualification d'accoucheuse avant 1997 en CFGB

	2001	2006	2011	2016	2020
20-24 ans	230	0	0	0	0
25-29 ans	370	230	0	0	0
30-34 ans	427	370	229	0	0
35-39 ans	391	426	369	229	0
40-44 ans	301	389	425	368	228
45-49 ans	132	299	387	422	366
50-54 ans	151	130	297	384	420
56-59 ans	70	149	129	294	380
60-64 ans	13	69	147	127	290
Total	2085	2062	1981	1823	1683

Ces effectifs étant déjà compris parmi les infirmières graduées, ils ne peuvent pas être ajoutés à ceux des PAI dont nous faisons la projection au chapitre 5. Ils ne sont présentés ici que pour permettre d'obtenir, si on le souhaite, une image complète de la profession d'accoucheuse. Il faut pour cela les agréger avec ceux des graduées accoucheuses issues de la nouvelle filière de formation.

2.3. Personnel soignant

2.3.1. Le soignant : objet de cette étude

Nous ne disposons pas à l'heure actuelle d'un terme univoque et précis pour désigner l'offre de personnel soignant qualifié. On ne peut certes ignorer la définition que la Loi du 10 août 2001 modifiant l'A.R. N°78 en a donné récemment : « *On entend par aide soignant, une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous leur contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier ou l'infirmière dans une équipe structurée.* ». Toutefois, dans l'attente d'arrêtés d'exécution précisant cette fonction et compte tenu des controverses que suscite la mise en œuvre de cette fonction, nous avons préféré ne pas utiliser ce vocable dont le contenu exact est encore en discussion..

L'offre de soignants reprendra l'ensemble des personnes ayant suivi l'une des diverses formations qualifiantes, acceptées comme telles ou reconnues comme équivalentes par les Communautés (cfr T1 pp 182-192) sans pouvoir préjuger ni de l'activité future des nouveaux diplômés, ni de l'évolution des exigences de formation en fonction des normes légales.

Parmi eux, les éducateurs forment une catégorie de travailleurs³⁵ dont la formation a été reconnue comme qualifiante par l'A.M. du 30-03-1993 pour le travail de soignant en MRPA. Dans le champ de la santé, on les retrouve également dans le secteur des handicapés, l'accueil de l'enfance et dans les hôpitaux psychiatriques. Néanmoins leurs champ d'activités les plus fréquents se situent dans le travail social et/ou pédagogique. En les considérant comme faisant partie de l'offre de travail soignant on risquait de gonfler artificiellement le nombre des candidats potentiels de ce champ d'activité. Nous recenserons néanmoins les certificats délivrés aux éducateurs ayant suivi une formation de l'enseignement secondaire technique ou professionnel de plein exercice ou de promotion sociale, lesquels correspondent au CQ6 qui est le niveau habituellement requis pour le travail soignant. Ils ne seront cependant pas inclus dans l'offre de personnel soignant dont nous établissons le relevé actuel et la projection en 2020.

Les formations retenues comme menant à une qualification de soignant relèvent de :

- l'enseignement technique secondaire supérieur : aspirant en nursing, éducation de l'enfance, assistant en gériatrie, éducation sanitaire et assistance à domicile,
- l'enseignement professionnel : puéricultrice, auxiliaire familiale et sanitaire, auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivités .

Les formations de moniteur pour collectivités d'enfant, éducation à la petite enfance peuvent également mener à une fonction soignante.

³⁵ Cfr le T3 du présent rapport : *Les travailleurs sociaux : situation en 2000.*

2.3.2. Offre : Population scolaire des soignants

Cette section s'attachera à présenter l'évolution des effectifs d'élèves et de titulaires de brevets ou de certificats (appelés ci-dessous : *certifiés*) qualifiants comme soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, par orientation professionnelle.

2.3.2.1. Méthodologie et sources

La population scolaire est analysée sur base de deux sources :

- Les Annuaire statistiques³⁶ relatifs aux populations scolaires et aux diplômes ou certificats homologués par la Communauté française de Belgique.
- L'enquête effectuée par le SESA auprès des écoles formant des soignants et portant sur les certifiés 1997-2000 et sur la proportion de Belges, d'étrangers dans cette population. Cette enquête n'a bénéficié que d'un taux de réponse de 58 %, 78 écoles ayant répondu sur un total de 134 établissements. En conséquence, les chiffres bruts ne seront pas repris tels quels mais uniquement sous forme de rapports

Les données concernant les certificats obtenus seront présentées en détail pour les différentes formations qualifiantes en tant que soignant. L'analyse par année d'étude de chacune des filières serait longue et fastidieuse. Elle ne sera faite, à titre d'exemple, que pour les puéricultrices.

2.3.2.2. L'évolution de la population scolaire de soignants en CFGB

Si nous avons choisi de décrire, par année d'étude, la filière de formation des puéricultrices seulement c'est qu'elle est l'une des plus anciennes de nos formations soignantes et est encore l'une des plus nombreuses. Pour les autres, nous concentrerons nos efforts sur le repérage et le dénombrement des diplômes et certificats délivrés.

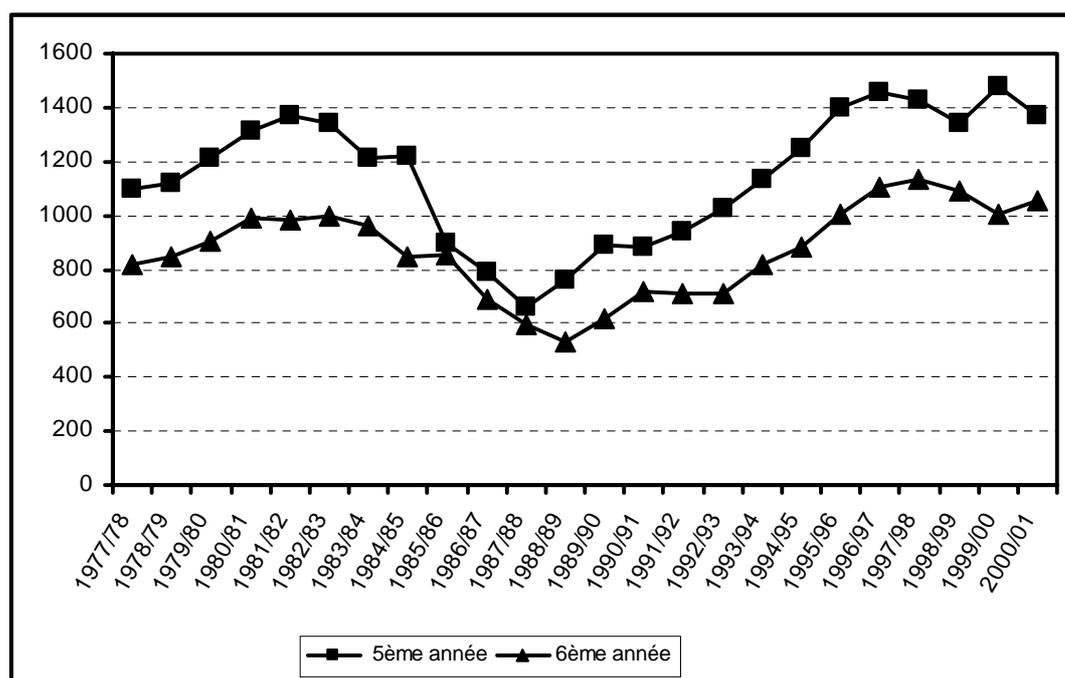
Les élèves

La formation de **puéricultrice** dure deux ans et relève de l'enseignement secondaire professionnel, subdivision : puériculture. L'orientation se choisit en 5ème année et se poursuit en 6ème année secondaire.

³⁶ *Statistiques des établissements d'enseignement des élèves et des diplômes*, Ministère de la Communauté française, Service général de l'informatique et des statistiques, Annuaire de 1988-89 à 1999-00, (interruption en 1998-99).

L'évolution des inscriptions enregistrées pour ces deux années d'étude de 1977 à 2000 est retracée par la Figure 2.3.2.2.1. Cette formation a toujours attiré de nombreuses candidates. Déjà en 1977, le nombre d'inscriptions en 5ème année dépassait les 1 000 étudiantes par an. De 1985 à 1987, on constate toutefois une chute importante du nombre d'inscriptions jusqu'à 659 élèves lors de l'année scolaire 1987-1988. Depuis 1988, cette formation recrute de nouveau un nombre d'élèves croissant chaque année. En 2001, celui-ci frôle les 1 400 inscriptions en 5ème année.

Figure 2.3.2.2.1. Evolution des inscriptions en 1ère année et 2ème année de puériculture (5ème et 6ème secondaire) (1977-2001)



Source : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires sociales, Communauté Française. Données au Tableau Annexe 2.3.2.2.1.

Le taux de passage brut de la 5ème à la 6ème année de puériculture, calculé sur 23 ans, est en moyenne de 76.8 %. Le taux de réussite brut, correspondant au rapport entre le nombre de certificats délivrés et le nombre d'inscriptions en 5ème année pour la même cohorte d'élèves, est de 69 %. Toutefois, ce taux diminue depuis 1996. Il n'est plus que de 50% en 1999.

Les certificats délivrés

Malgré l'augmentation du nombre d'étudiantes **puéricultrices**, le nombre de certifiées diminue depuis 1999, passant de 830 à 671 en 2000. En cause : la diminution du taux de réussite. Le taux de certifiées par rapport à la population féminine âgée de 18 ans en CFGB a évolué en dents de scie depuis 1978. Il était alors de 2,65 % ; en 1999, il s'élève à 2,43%.

Le tableau 2.3.2.2.1. présente les données relatives aux brevets et certificats décernés aux différentes catégories de **soignants** et assimilés dont le nombre a été relevé à travers les annuaires statistiques de la Communauté française de 1988 à 2000. Sous le vocable d'auxiliaires sanitaires, ont été regroupés : les assistants en gériatrie, les auxiliaires familiales et sanitaires, les auxiliaires polyvalentes des services à domicile et en collectivités, l'éducation sanitaire et assistance à domicile. Parmi les éducateurs, sont repris : l'éducation à l'enfance (ETSS), l'éducation à la petite enfance (EPSS) et les moniteurs pour collectivités d'enfant.

Tableau 2.3.2.2.1 Evolution du nombre de titres de soignants et éducateurs délivrés de 1988 à 2000 en CFGB

	Puéricultrices	Auxiliaires sanitaires *	Aspirants nursing	Total soignants	Educateurs Moniteurs* *	Soignants & éducateurs
1988	652	236	798	1686	297	1983
1989	467	230	717	1414	391	1804
1990	544	223	636	1403	484	1887
1991	610	271	717	1598	456	2054
1992	633	220	603	1456	729	2185
1993	606	215	611	1432	822	2254
1994	695	295	995	1985	889	2874
1995	728	330	1386	2444	900	3344
1996	837	355	1557	2749	1114	3863
1997	801	406	1545	2752	1171	3923
1998	830	457	1602	2889	1277	4166
1999	757	508	1627	2892	1295	4187
2000	671	487	1607	2765	1194	3960

Source : Ministère de la Santé française, Direction Générale de la Santé, Service général de l'informatique et des statistiques; dépouillement SESA/UCL.

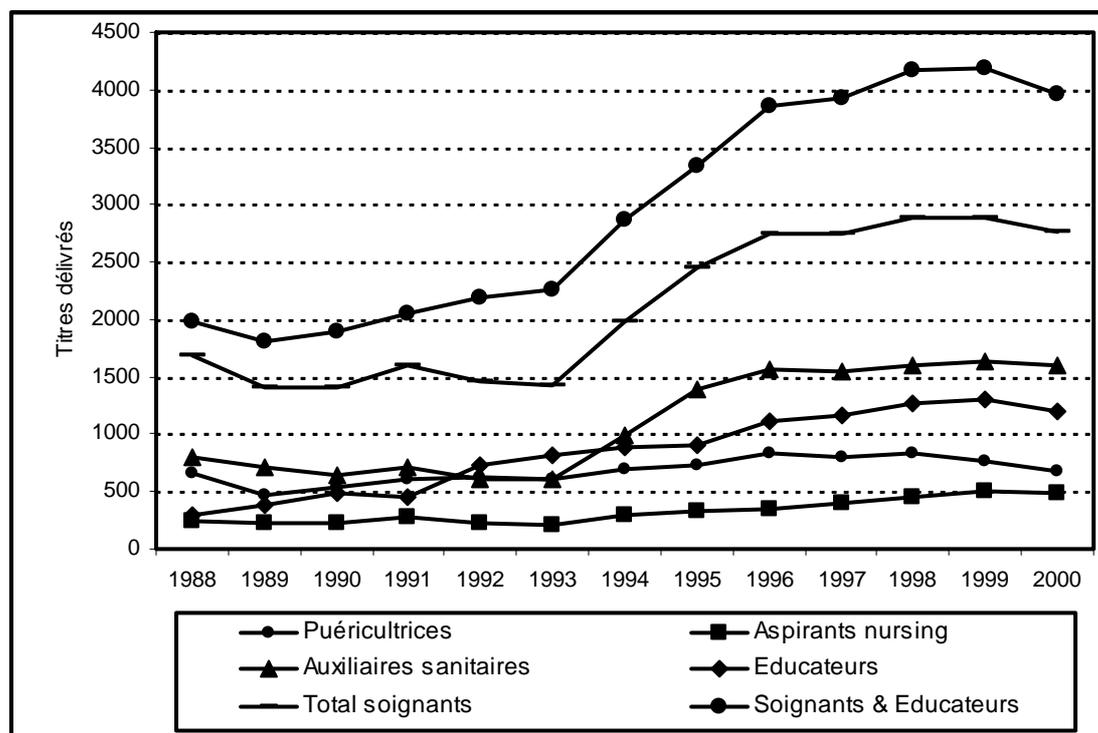
* Auxiliaires sanitaires : Auxiliaire familiale et sanitaire, Auxiliaire polyvalente en collectivité, éducation sanitaire et assistance à domicile, assistant en gériatrie.

** Educateurs, moniteurs : Education de l'enfance, Moniteur pour collectivité d'enfants, Education à l'enfance

Les soignants et éducateurs dénombrés ont considérablement augmenté depuis 1988. En 2000, les certifiés sont au total : 3 960, deux fois plus qu'en 1988 (Tableau 2.3.2.2.1.). Les éducateurs et moniteurs quadruplent leur effectif. Les auxiliaires sanitaires et aspirants en nursing le doublent, tandis que les puéricultrices restent au même niveau. Le groupe des soignants (sans les éducateurs) gagne 64%. La croissance rapide du nombre de soignants au cours des dernières années s'explique notamment par une forte demande de la part des MRPA et MRS. Ces dernières recherchaient des soignantes ayant une qualification conforme aux nouvelles exigences de l'A.M. du 19 mai 1992. On constate ainsi que, depuis 1993, la croissance du nombre de certificats soignants (+93%) bénéficie principalement aux aspirantes en nursing (+126%) et aux auxiliaires sanitaires (+163%), alors que les puéricultrices diminuent de 11%.

Le taux annuel de certificats de soignantes (sans les éducateurs) délivrés en CFGB par rapport aux jeunes filles de 19 ans est passé de 6,1% en 1988 à 11 % en moyenne entre 1995 et 2000 (Tableau Annexe 2.3.2.2.2).

Figure 2.3.2.2.2 Evolution des titres de soignants et éducateurs délivrés de 1988 à 2000 en CFGB



Source : Ministère de la Cte française, Direction Générale de la Santé, Service général de l'informatique et des statistiques; dépouillement SESA/UCL.

* Auxiliaires sanitaires : Auxiliaire familiale et sanitaire, Auxiliaire polyvalente en collectivité, éducation sanitaire et assistance à domicile, assistant en gériatrie.

** Educateurs, moniteurs : Education de l'enfance, Moniteur pour collectivité d'enfants, Education à l'enfance

La figure 2.3.2.2.2. illustre bien ces différentes évolutions, une poussée de fièvre débutant en 1994 et durant 3 ans, suivie d'une stabilisation, voire d'une diminution.

L'enquête SESA, conduite en 2001 auprès des établissements scolaires assurant la formation de soignants, a permis de mesurer la provenance des élèves selon la nationalité. La proportion de Belges reste stable au cours du temps et est de l'ordre de 85 %, tandis que les élèves étrangers sont principalement européens (13 %). La répartition Belges/étrangers est pratiquement identique quelle que soit l'orientation suivie, à l'exception toutefois, de la formation « auxiliaire familiale et sanitaire » qui compte plus de 20 % de ressortissants de l'Union européenne depuis 1997.

Cette enquête n'investigue pas la part d'élèves résidant ou non en Belgique. Il n'a donc pas été possible de savoir quelle était la proportion d'élèves étrangers susceptibles de retourner dans leur pays d'origine après leur période de formation. Les causes ayant provoqué l'afflux d'étudiantes françaises dans les écoles d'infirmières et d'accoucheuses sont d'ailleurs absentes pour les formations de soignantes. Il n'y a donc pas de raison que le taux de certifiées par rapport à la population féminine de 18 ans en CFGB souffre d'un biais causé par la présence d'EENR.

2.3.3. Les effectifs de soignants

Comme lors de notre précédent rapport, nous devons déplorer le manque de données précises sur l'ensemble des soignants qualifiés. La seule source récente disponible est le fichier enregistrant les soignants qui se sont fait reconnaître comme tels auprès de l'INAMI. Cet enregistrement n'étant pas obligatoire, cette source est incomplète. Les autres sources sont partielles et ne couvrent pas des populations distinctes l'une de l'autre. Nous devons, une nouvelle fois, recourir aux données du recensement de 1991.

Un sous-groupe de soignants, communément appelés « 54bis » retiendra notre attention en raison de l'importance des enjeux concernant leur évolution au cours des prochaines années

2.3.3.1. Projection des effectifs de soignants de 1991 à 2000

Pour évaluer les effectifs de soignants potentiellement actifs au 31-12-2000, nous effectuerons une projection dont les effectifs de départ seront les soignants qui ont été recensés en 1991 comme étant « actifs » dans le champ de la santé ou titulaires d'un certificat de soignant. Les entrants seront composés d'une fraction des nouveaux soignants certifiés. On testera plusieurs hypothèses concernant cette fraction de certifiés « entrants », en vue de déterminer l'hypothèse dont le résultat correspond aux effectifs de soignants actifs en 1996 et en 2000, demandeurs d'emploi inoccupés (DEI) inclus.

La projection utilise les taux de mortalité de la population féminine NIS³⁷. Comme il s'agit de soignants supposés actifs, il y a lieu de tenir compte de la diminution du taux d'activité d'une classe d'âge à l'autre. Ce calcul a été effectué en utilisant les taux d'activité par âge de la population féminine wallonne selon l'enquête sur les forces de travail de 1996 (INS)³⁸. En déterminant dans quelle mesure les certifiés accèdent au marché du travail soignant, on recueille aussi une information précieuse pour construire les scénarios de projection de 2001 à 2020.

Les soignants de 1991 à 1996

L'identification des soignants lors du recensement de 1991 souffrait de bon nombre d'imprécisions. Sur cette base, l'analyse effectuée par SESA lors de la recherche précédente³⁹ a évalué à 93 000 le nombre de soignants actifs en Belgique, dont **33 500 en CFGB**. Les caractéristiques de la structure d'âge, sexe, et durée du temps de travail en

³⁷ Pour plus de détail sur les taux de mortalité utilisés, cfr Chapitre 5.4.

³⁸ Citée et utilisée par : LECLERCQ A., LEROY X. *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010*. Tome 2 : Travail soignant et soignants qualifiés, SESA, 1998, p. 115.

³⁹ LECLERCQ A., LEROY X. *O.C.*, pp 103 et suivantes.

1991 ont été calculées en se basant sur les données identifiées avec le plus de certitude. Il s'agit à 92 % de femmes et 56 % ont moins de 35 ans. La proportion de travailleurs à temps partiel parmi les soignants, tant chez les hommes (6.5 %) que chez les femmes (42 %), est plus élevée que parmi les PAI. Elle culmine chez les soignantes entre 30 et 40 ans. La durée de ce temps partiel est en moyenne de 22 h/semaine.

Le titre le mieux identifié est celui des puéricultrices ; il est aussi le plus répandu puisqu'on recense 19 528 puéricultrices actives dont 4 302 travaillant à Bruxelles et 6 866 en Wallonie.

Les titres de soignants (sans les éducateurs) délivrés de 1991 à 1996, au terme des six années scolaires qui ont suivi le recensement, sont au nombre de 11 664. La projection de la population des personnes qui se déclaraient soignantes en 1991, compte tenu de ces nouveaux certifiés, s'élèverait à quelque 41 700 actifs à la fin de 1996.

L'offre ainsi estimée dépasse très largement le dénombrement des actifs à cette date : 25 600 auxquels viennent s'ajouter quelque 5 700 chômeurs, soit au total de 31 300 en 1996. Il faut donc conclure qu'une fraction seulement des nouveaux certifiés sont entrés sur le marché du travail, soit qu'ils aient effectivement un emploi, soit qu'ils soient demandeurs d'emploi en tant que soignants. Le *taux de pénétration* est sensé mesurer cette fraction.

Sur base d'une entrée d'un tiers des nouveaux diplômés, la projection de 1991 à 1996 aboutit à un effectif potentiel de 32 000 soignants actifs, soit un niveau proche de l'évaluation basse de l'offre en 1996.

Si on avait pris comme hypothèse un taux de pénétration de 50%, l'effectif de soignants actifs atteint par la projection fin 1996 s'élèverait à 34 500, ce qui semble exagéré. L'hypothèse la plus réaliste pour 1991-1996 est donc celle d'un taux de pénétration de 33%.

Les soignants de 1996 à 2000

La projection des effectifs de soignants a été poursuivie du 01-01-1997 au 31-12-2000 ; c'est en effet au 01-01-2001 que débutera la projection à l'horizon 2020. Les quatre nouvelles promotions comptent au total 11 298 certifiés en tant que soignants.

Au terme de la période, les effectifs résultant de la projection s'élèveraient à 51 200 soignants actifs si tous les nouveaux certifiés depuis 1991 (soignants sans les éducateurs) travaillaient ou désiraient travailler comme soignants. De nouveau, cette hypothèse est beaucoup trop optimiste par rapport au nombre d'actifs fin 2000. Leur nombre ne dépasse pas 23 à 25 000 ETP soit de 28 à 30 000 soignants (cfr Chapitre 3) auxquels s'ajoutent 6 500 DEI (cfr section 4.2), au total de 34 500 à 36 500 actifs.

En appliquant un taux de pénétration s'élevant à 33% des nouveaux certifiés durant toute la période 1991-2000, on obtient au terme de la projection une population de 34 000 actifs.

Si l'on faisait l'hypothèse d'un taux de pénétration de 50%, la projection aboutirait à des effectifs s'élevant à 38 400 actifs. On dépasserait ainsi le niveau haut de l'estimation des actifs 2000.

Il ne paraît pas raisonnable de penser que le taux de pénétration des formations de soignants ait dépassé 33%. Il existe en effet un apport, certain bien que non chiffrable, de soignants qualifiés ayant suivi d'autres formations : celles d'éducateur en particulier, mais aussi des étudiants ayant arrêté leurs études après une année réussie en soins infirmiers, en kinésithérapie ou en ergothérapie par exemple, ou encore des diplômés étrangers dont les études n'ont pas été reconnues comme telles en Belgique. C'est ainsi que bon nombre d'infirmières rwandaises ou congolaises travaillent comme soignantes en maisons de repos.

L'hypothèse d'un taux de pénétration de 33% des soignants ayant obtenu un certificat de l'une des formations soignantes, non comprises celles d'éducateur, au cours des années 1991 à 2000, rencontre bien les données d'offre réunies par ailleurs.

Les soignants actifs en 2000

L'offre de soignants, ainsi estimée pour les années 1996 à 2001, repose sur une série de calculs et d'hypothèses. Le recensement de 1991 constitue le point de départ. Il fournit un effectif global de soignants actifs ou supposés désireux de l'être ainsi qu'une structure d'âge. Leur projection est effectuée en tenant compte de la mortalité et d'une diminution de l'activité avec l'âge. Les nouveaux entrants sont les titulaires de certificats soignants, éducateurs non compris, dont on fait l'hypothèse que 33 % d'entre eux souhaitent travailler comme soignant..

Figure 2.3.3.1.1 Structure d'âge estimée des soignants actifs au 01-01-2001 en CFGB, taux de pénétration des nouveaux certifiés depuis 1991 égal à 33%

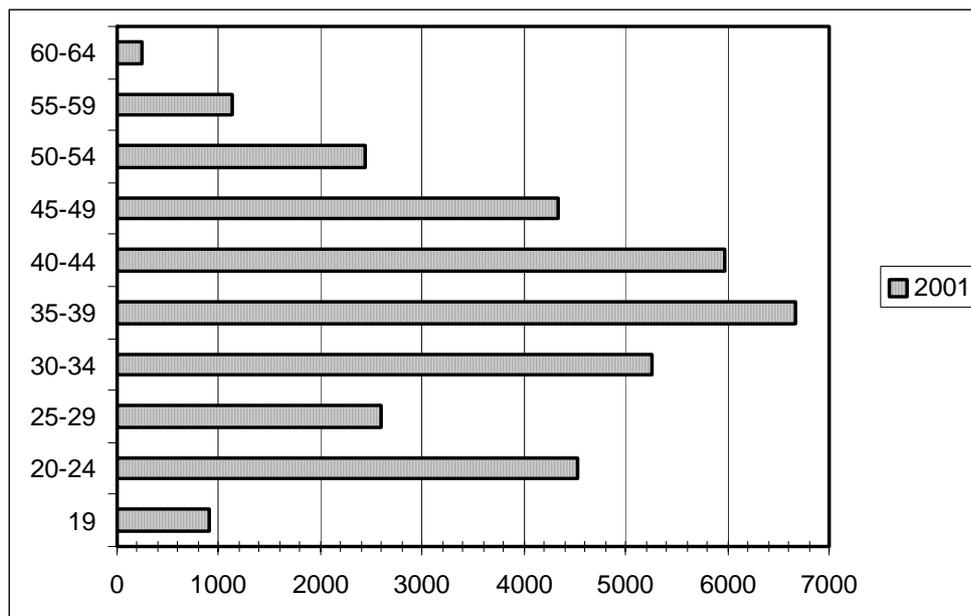


Tableau 2.3.3.1.1. Structure d'âge estimée des soignants actifs de 1996 à 2001, taux de pénétration des nouveaux certifiés égal à 33 %

Année : 01-01	1996	1997	1998	1999	2000	2001
19-24	3400	3844	4225	4698	5179	5436
25-29	5600	4777	4018	3214	2402	2590
30-34	6614	6466	6318	6171	6025	5255
35-39	5994	6199	6403	6608	6815	6666
40-44	4876	5097	5319	5540	5761	5966
45-49	3032	3308	3583	3857	4133	4330
50-54	1429	1625	1820	2014	2208	2431
55-59	568	673	777	880	982	1140
60-64	0	41	81	121	161	247
Total	31513	32029	32546	33104	33666	34061

Pourcentages

Année : 01-01	1996	1997	1998	1999	2000	2001
19-24	10,8%	12,0%	13,0%	14,2%	15,4%	16,0%
25-29	17,8%	14,9%	12,3%	9,7%	7,1%	7,6%
30-34	21,0%	20,2%	19,4%	18,6%	17,9%	15,4%
35-39	19,0%	19,4%	19,7%	20,0%	20,2%	19,6%
40-44	15,5%	15,9%	16,3%	16,7%	17,1%	17,5%
45-49	9,6%	10,3%	11,0%	11,7%	12,3%	12,7%
50-54	4,5%	5,1%	5,6%	6,1%	6,6%	7,1%
55-59	1,8%	2,1%	2,4%	2,7%	2,9%	3,3%
60-64	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	0,5%	0,7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : SESA/UCL

Les effectifs globaux ont augmenté régulièrement ; leur croissance totale est de 8 % en cinq ans. La structure d'âge est jeune : l'âge médian est de 34 ans en 1996 et de 36 en 2001. On peut toutefois s'étonner du fait que les classes d'âge 25-29 à 35-39 soient plus nombreuses que la classe 19-24 (qui compte cependant 6 années au lieu de 5) alors que le nombre de certifiés a été en augmentation rapide. La classe 19-24 est composée uniquement de certifiés alors qu'avant 1992 beaucoup de soignants obtenaient ce titre en suivant une formation qui n'était pas homologuée ou acquéraient leurs compétences en cours de travail. On observe par contre, comme on l'a noté précédemment, que les promotions de certifiés composant la classe 19-24 augmentent de 60 % pendant ces années.

La structure d'âge des soignants au 01-01-2001, qui fait l'objet de la Figure 2.3.1.1. met en évidence le fait que les classes d'âge de plus de 35 ans qui atteindront la cinquantaine ou qui la dépasseront de 2010 à 2020 sont très nombreuses. Leur départ à la retraite nécessitera un besoin de remplacement plus important que précédemment.

2.3.3.2. Les soignants reconnus par l'INAMI

Une demande de reconnaissance devait être adressée à l'INAMI par tout soignant désireux de travailler en MRPA ou MRS afin de pouvoir être pris en compte par l'institution dans la justification du personnel requis pour satisfaire aux normes (A.M. du 30-03-1993). Bon nombre de personnes ont fait valoir leurs droits à cette reconnaissance, à titre conservatoire, même s'ils n'en avaient pas besoin dans l'immédiat. Il est assez probable qu'il s'agit de travailleurs actifs travaillant ou désirant travailler comme soignants. Dans le cas contraire, il est improbable qu'ils aient eu connaissance de la marche à suivre pour se faire agréer et aient introduit un dossier d'agrément.

Les soignants habitant en Région wallonne ou à Bruxelles et ayant demandé leur agrément à l'INAMI sont au nombre de 21 000 au 31-12-2000. Ce chiffre est notablement inférieur à celui de l'emploi dans le champ de la santé (quelque 23 000 ETP), dont nous ferons l'analyse au chapitre 3. Les données concernant les reconnaissances de soignants par l'INAMI laissent donc dans l'ombre une part importante des effectifs de soignants actifs en santé et à fortiori des actifs dans d'autres secteurs et des inactifs.

Les données qui suivent, apportent néanmoins un éclairage utile sur cette catégorie professionnelle. Il apparaît notamment que la densité de soignants par rapport à la population est plus importante en CFGB qu'en Communauté flamande. Cette constatation avait déjà été faite lors de notre précédente étude.

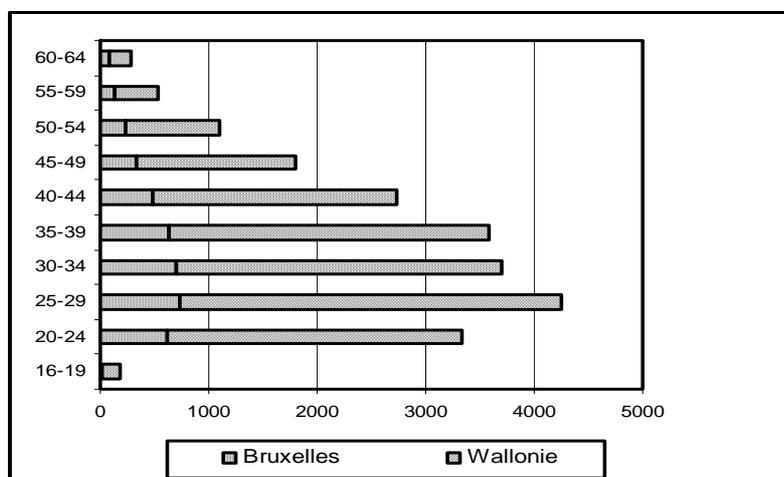
Tableau 2.3.3.2.1. Répartition des soignants reconnus par l'INAMI par région au 31-12-2000

	Définitivement	Provisoirement	En attente	Total
Bruxelles	3555	527	8	4090
Wallonie	15856	1950	7	17813
Flandre	21665	619	2	22286
CFGB	18806	2387	14	21207
Cté flamande	22270	709	3	22982
Pays	41076	3096	17	44189

Source : INAMI

Parmi ceux qui ont demandé leur agrément, 93% l'ont obtenu définitivement, 7% peuvent exercer avec un agrément provisoire et moins de 0.1% sont en attente pour différentes raisons, parmi lesquelles l'existence d'une formation en cours.

Pour obtenir cet agrément, soit le candidat était en possession d'un certificat ou titre (les certifiés), soit il avait exercé pendant au moins 5 ans dans une MRPA ou MRS avant le 26 mai 1992 et « était âgé de 45 ans au moins » (les assimilés), soit il ne satisfait pas totalement à ces dernières conditions et a suivi un recyclage (les recyclés). Les proportions d'assimilés et de recyclés en CFGB sont respectivement de 5 et 10 %. Elles sont plus importantes qu'en Communauté flamande (2 et 5%) où les soignants disposaient plus fréquemment de la formations requise. En un temps record, les recyclages ont été organisés et suivis, moyennant un effort considérable, tout particulièrement en CFGB, de la part des professionnels eux mêmes mais aussi des institutions qui les employaient.

Figure 2.3.3.2.1. Structure d'âge des soignants reconnus par l'INAMI en CFGB : 31-12-2000

Source : Inami

N.B. Pour Bruxelles, 83% des soignants reconnus par l'INAMI sont repris

La structure d'âge du personnel soignant ainsi agréé est un peu plus jeune que celle des effectifs que nous avons estimés précédemment (figure 2.3.3.2.1.). L'âge médian se situe également à 33 ans mais la répartition entre les classes d'âge de moins de 35 ans donne plus de place aux 25-29 qu'aux 20-24. Nos estimations supposent en effet que l'âge auquel le certificat est obtenu est de 19 ans. Cet âge théorique est probablement inférieur à la réalité, compte tenu des redoublements observés dans la section professionnelle de l'Enseignement secondaire supérieur en Communauté française.

2.3.3.3. Les soignants « 54bis »

Certains soignants se sont formés « sur le tas » et ont ainsi acquis les compétences nécessaires pour pratiquer des actes qui, selon l'A.R. du 18 juin 1990, nécessitent une formation de PAI. L'A.R. N°78 (cfr. Partie I, chap. 2.5.1) a donc prévu que des personnes ayant acquis une compétence effective dans l'exercice de la profession soignante bénéficieraient d'une reconnaissance de leur compétence qui leur permettrait de poursuivre cette activité, sans toutefois pouvoir porter le titre d'infirmier. Ce droit est néanmoins limité à des actes précis de la liste des actes infirmiers.

Art. 54bis. § 1^{er}.

Les personnes qui ne satisfont pas aux conditions de qualification prévues à l'article 21quater mais qui, à la date du 1er septembre 1990, ont été occupées pendant au moins trois ans dans un établissement de soins ou un cabinet médical ou dentaire peuvent continuer les mêmes activités dans les mêmes conditions que les praticiens de l'art infirmier effectuant ces prestations.

§ 2.

Sous peine de perdre le bénéfice de la disposition du § 1er du présent article, elles sont tenues de se faire connaître à la commission médicale compétente dans les délais et selon les modalités fixées par le Roi; à cette occasion, elles font connaître les activités pour lesquelles elles invoquent le bénéfice des droits acquis.

L'AR du 26/10/1993 qui a fixé les modalités d'exécution de cette décision, dont le principe avait été décidé vingt ans plus tôt, prévoit que les demandes doivent être adressées par la personne concernée à la Commission médicale provinciale du lieu où elle réside avant le 31/03/1996. 19.298 demandes ont ainsi été introduites. Le MSP qui collationne les informations en provenance des différentes Commissions médicales provinciales a bien voulu nous transmettre ce fichier après l'avoir rendu anonyme. Le Tableau 2.3.3.1. en donne la distribution par province et régime linguistique.

Tableau 2.3.3.1. Demandes de reconnaissance de compétence, sur base de l'AR N°78, art 54bis, par province et régime linguistique

CFGB		Communauté flamande	
Bruxelles et Brabant Wallon	1737	Bruxelles et Brabant flamand	1829
Hainaut	3981	Anvers	2460
Liège	2193	Flandre orientale	2189
Luxembourg	453	Flandre occidentale	2420
Namur	863	Limbourg	1173
Total	9227	Total	10071

Source : MSP et traitement UCL/SESA

Outre la décision prise au sujet de la demande, ce fichier comporte le régime linguistique, la date de naissance, le sexe et le type d'institution dans laquelle une expérience professionnelle a été acquise et pourrait donc être exercée à l'avenir. Les résultats du dépouillement qui a pu ainsi être effectué sont brièvement commentés ci-après et font l'objet du Tableau annexe 2.3.3.3.1. Lorsque l'enregistrement de la demande ne comportait aucune mention de décision, il n'a pas été possible de déterminer pourquoi celle-ci était absente : demande abandonnée ou examen encore en cours. Selon le MSP, 539 cas restent à l'examen.

Tableau 2.3.3.2. Demandes de reconnaissance de compétence sur base de l'AR N°78, art 54bis, par régime linguistique et selon la réponse donnée

	Refusés	Acceptés	Sans décision	Total
CFGB	2037	4185	2192	8414
Cté flamande	664	9279	2	9945
Cté indéterminée	22	837	80	939
Total	2723	14301	2302	19298

Source : MSP et traitement UCL/SESA

En Communauté flamande, une décision a presque toujours été prise (2 exceptions), positive ou négative selon les cas, alors que, en CFGB, un quart des demandes n'ont pas abouti à une décision. Les refus sont également beaucoup plus fréquents en CFGB : ils y représentent un tiers des décisions prises, alors qu'ils n'en constituent que 7% en Communauté flamande. Nous n'avons pas d'explication de ces différences dans l'aboutissement des demandes selon les Communautés.

Près des $\frac{3}{4}$ des reconnaissances du droit d'exercer certaines activités infirmières ont été obtenues sur base d'un travail à l'hôpital (77% en CFGB et 72% en Communauté flamande).

Tableau 2.3.3.3. Distribution des soignants francophones bénéficiant du 54bis, selon leur âge et le lieu où ils ont acquis leur compétence professionnelle en 2000

Age	Hors hôpital	En hôpital	Total
30-34	25	27	52
35-39	169	225	394
40-44	221	770	991
45-49	191	852	1043
50-54	160	711	871
55-59	99	383	482
60-64	73	206	279
Total	938	3174	4112

Source : MSP et traitement UCL/SESA

Note : L'âge est calculé, tel qu'il est atteint par les soignants en 2.000 ; 83 informations sont manquantes. Données détaillées pour les deux régimes linguistiques au Tableau Annexe 2.3.3..1

Il ressort de cette évaluation que, en CFGB, quelque 4 112 soignants peuvent actuellement effectuer des actes infirmiers. Parmi eux, les trois quarts (3174) travaillaient en hôpital. lors de leur demande. Comme leur expérience est très liée au service dans lequel ils ont travaillé, il est quasi certain qu'en règle générale, ils n'ont pas changé de secteur d'activité. En comparant leur nombre à celui des soignants actifs en hôpital (cf T1, Tableau 1.3.1.3.1) il apparaît que 42% des soignants travaillant en hôpital ont obtenu une reconnaissance de compétence sur base de l'art. 54 bis..

La distribution par âge de cette catégorie de soignants confirme, comme on pouvait le supposer en raison des années d'expérience requises, qu'il s'agit d'une population dont la structure d'âge est plus âgée que celle de l'ensemble des soignants. Près de la moitié (47%) ont de 45 à 54 ans et 19% de 55 à 64 ans alors que dans la structure d'âge des soignants agréés par l'INAMI en CFGB au 31/12/1999, ces catégories représentent respectivement 12 et 4%.

La plupart sont de sexe féminin, le pourcentage d'hommes étant de 9%.

L'importance numérique de cette catégorie de soignants et l'avancement de leur carrière imposent de prévoir avec beaucoup d'attention leur remplacement au cours des années à venir. Les responsables du nursing dans les hôpitaux considèrent généralement que la contribution que ces professionnels expérimentés apportent à l'administration des soins infirmiers leur est indispensable. Qui prendra leur succession ? Nous reviendrons sur cette question au chapitre 5, lorsque nous envisagerons la projection de l'offre et de la demande de personnel infirmier et soignant de 2000 à 2020.

La question du remplacement des soignants ayant acquis par l'expérience une compétence infirmière ne concerne cependant pas seulement l'avenir. Lorsque l'on constate, en particulier à l'hôpital, la diminution du nombre de soignants et l'augmentation de celui des PAI, on ne peut s'empêcher de penser que, déjà au cours des années 1995-2000, le départ de soignants expérimentés a pu nécessiter l'engagement de PAI supplémentaires.

En résumé

- Un grand nombre de formations entrent en ligne de compte lorsque l'on parle de soignants. Certaines sont spécifiques à une fonction, mais la plupart sont floues quant à la qualification qu'elles offrent.
- Les formations de soignants sont suivies par un très grand nombre d'élèves, dont une partie seulement atteignent le certificat. Ainsi, parmi les puéricultrices, le taux brut de réussite sur deux ans d'étude est de 50%.
- Les certificats délivrés chaque année sont très nombreux : 3 960 éducateurs et soignants en 2000, dont 2765 soignants. Le taux de certificats de soignants (éducateurs non compris) délivrés par rapport à la population des jeunes filles de 19 ans est passé de 6,1 % en 1988 à 11 % entre 1995 et 2000. D'autres filières de formation peuvent venir renforcer ces effectifs mais cet apport n'est pas chiffrable.
- Les soignants ont été évalués sur base du recensement à quelque 33 500 en CFGB. De 1991 à 1996, 11 164 certificats de soignants ont été délivrés et 11 298 de 1997 à 2000. Les résultats des projections effectuées à partir de 1991, comparés au nombre de soignants actifs (occupés en tant que soignants et DEI), situent autour de 33% le taux de certifiés accédant au marché du travail soignant.
- Sur cette base, les projections de soignants actifs atteignent le chiffre de quelque 32 000 au 31-12-1996 et de 34 000 au 31-12-2000.
- Depuis 1993, les soignants doivent, pour exercer en MRPA, faire reconnaître leur qualification par l'INAMI. Beaucoup se sont fait reconnaître à titre conservatoire, même s'ils ne travaillaient pas en maison de repos. Ils sont au nombre de 21 207 au 31-12-2000 en CFGB.
- Un grand nombre de soignants ont acquis, en cours de travail, une compétence qui peut leur être reconnue sur base de l'art 54 bis, leur donnant ainsi le droit de pratiquer certains actes infirmiers. Ils représentent 42% des soignants travaillant à l'hôpital. Leur remplacement, lorsqu'ils cesseront leur activité, constitue un enjeu important pour l'équilibre du marché de l'emploi.

CHAPITRE 4 : CONFRONTATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE PROFESSIONNELS : 1995-2000.

Le présent chapitre confronte l'offre et la demande de professionnels PAI et soignants ; et cela, de plusieurs points de vue. Un point de vue macro-économique sera abordé tout d'abord, mettant en relation l'emploi réel d'une part et les effectifs de diplômés d'autre part avec, en corollaire le chômage éventuel et les demandeurs d'emploi. Le point de vue des employeurs ou de la demande de travail sera envisagé ensuite, avec l'épineuse question des difficultés de recrutement, communément évoquée sous le terme de « pénurie ». La situation de l'emploi infirmier en Belgique sera analysée à la lumière des quelques études qui se sont efforcées de faire le point en la matière et un bilan sera dressé des mesures gouvernementales déjà prises ou à prendre pour améliorer la situation⁴⁰. Elle sera mise en perspective avec des observations effectuées dans des pays étrangers. Le point de vue des professionnels eux-mêmes ne sera pas oublié, en particulier l'attractivité de la profession et la propension des professionnels à l'exercer.

4.1. L'offre et la demande de PAI et soignants de 1995 à 2000 : les chiffres en question

Les chapitres précédents ayant réuni les informations disponibles concernant l'évolution de l'offre et de l'emploi de professionnels au cours des années 1995-2000, nous les confrontons maintenant les uns aux autres, pour introduire l'analyse qui va suivre concernant la situation du marché.

L'offre de PAI a été évaluée à partir des diplômes et brevets et certificats obtenus au cours du temps, dont on a suivi l'évolution à travers le recensement de 1991 et le fichier du Ministère de la Santé publique de 1996 (MAS96). Les effectifs au 01/01/1996 repris au tableau 4.1.1. sont ceux du fichier MAS96, moyennant une correction de la tranche d'âges 20-24 ans, effectuée en fonction des promotions de diplômés sortis de 1991 à 1995 (cfr section 2.1.3.2.4). Quant aux effectifs au 01/01/2001, ils ont été calculés en projetant cinq ans plus tard les effectifs précédents et en leur appliquant des taux de survie. Rappelons qu'au cours de ces cinq années les promotions ont atteint un sommet historique culminant en 1999 avec 2 130 premiers diplômés et brevets. Il a cependant été tenu compte des

⁴⁰ Nous remercions tout particulièrement l'ACN et Mme S. Hans pour les nombreux documents qu'elles nous ont transmis pour effectuer cette synthèse.

résultats des enquêtes SESA de 1996 et de 2001 portant sur la fréquentation des écoles francophones par des étudiants étrangers non résidents en Belgique ; les effectifs de diplômés/brevetés depuis 1996 ont été diminués en due proportion : de 3% en 1996 à 4% en 1999 pour le graduat et de 28 à 34% pour le brevet.

A partir du recensement de 1991, des taux *d'activité quel que soit le travail* et des *taux d'occupation dans la profession* ont été calculés par sexe et par classe d'âge⁴¹ ainsi que la proportion de travailleurs à temps partiel et la durée de leur temps de travail. Ces taux ont été appliqués aux effectifs estimés au 1/01/1996 et au 01/01/2001. Nous nous demanderons s'il est légitime d'appliquer des taux de 1991 à des situations de 5 et de 10 ans postérieures et, si oui, dans quelle mesure.

La demande de PAI a, par ailleurs, été évaluée via l'emploi recensé dans les différents secteurs d'activité : nombres de postes de travail et d'ETP. Ces deux estimations ont été effectuées indépendamment l'une de l'autre.

Tableau 4.1.1. Confrontation de l'offre et de la demande de PAI en CFGB : 1996-2001

PAI	01 - 01 - 1996		01-01-2001	
	Offre	Demande (emploi)	Offre	Demande (emploi)
N. Diplômés / brevetés	36330		44456	
N. Diplômés actifs	32920		38999	
Indice 1996=100 : offre de diplômés actifs			118,0	
N. Diplômés actifs dans la profession	26616		31466	
N. ETP de Diplômés actifs dans la profession	23835	26245	28116	30852
Indice 1996=100 : demande en santé				117,5

Source : SESA/UCL

Les croissances observées en 5 ans, tant pour l'offre de diplômés actifs que pour la demande de PAI ETP dans le champ de la santé, sont très importantes: l'une et l'autre sont proches de 18%.

Il est surprenant de constater que la demande (approchée par l'emploi réel) soit supérieure à l'offre de professionnels ETP, tant en 1996 qu'en 2001. Cette discordance ne met-elle pas en cause l'application des taux d'activité de 1991 ? L'analyse des résultats du recensement apporte cependant une autre explication. Il apparaît en effet que les institutions de santé situées à Bruxelles emploient un personnel infirmier et soignant néerlandophone bien supérieur au pourcentage de la population néerlandophone à Bruxelles (17%). En 1991, on évaluait à quelque 2 200 l'apport supplémentaire à Bruxelles d'ETP PAI venant de Flandre⁴². La différence observée en 1996 (2 410) et en 2001 (2 727) est du même ordre de grandeur, bien que croissante.

Jusqu'à preuve du contraire, l'application des taux d'activité, d'occupation dans la profession et de leur évaluation en ETP, tels qu'évalués en 1991, aboutit à des résultats cohérents avec l'emploi réel. Il se pourrait en effet que plusieurs mouvements concomitants se soient produits en sens opposés si bien qu'ils se seraient neutralisés; le taux d'activité professionnelle pourrait avoir augmenté, mais, d'autre part, une proportion

⁴¹ Le taux d'activité des femmes après 60 ans était nul en 1991. En 2000, on a assimilé le taux des 60-64 ans à celui observé dans la classe d'âge 55-59 ans.

⁴² LECLERCQ et LEROY, O.C., CFGB, T1, pp. 94 et 214 à 216.

croissante de temps partiels pourrait avoir diminué l'emploi effectif à l'hôpital. Nous n'avons donc aucune base solide étayant l'hypothèse qu'en CFGB l'exercice effectif de la profession infirmière par les PAI ait augmenté au cours des dix dernières années. Inversement, l'opinion selon laquelle les PAI travailleraient « *de moins en moins* » dans le champ de la santé n'a aucun fondement. Néanmoins, il est vrai que les taux d'activité et d'occupation des PAI dans le champ de la santé (en effectifs et en ETP) étaient peu élevés en 1991. S'ils le sont restés, les améliorer serait certes un objectif légitime et important.

L'offre et la demande de soignants sont plus difficiles à cerner que celles de PAI. La diversité des titres et des niveaux de compétence auxquels aboutissent les différents cycles de formation rendent difficiles leur repérage dans les différentes sources statistiques et, plus encore, leur comparaison avec les fonctions exercées dans les institutions. Un exemple frappant de cette difficulté de définition est l'apparente contradiction entre l'importance du chômage des soignants, qui sera abordé dans la section suivante de ce chapitre, et la difficulté qu'éprouvent les institutions à recruter les soignants dont ils ont besoin.

Pour évaluer l'offre au 01-01-96, une démarche similaire à celle utilisée pour les PAI a été suivie, à cette différence près que l'on n'a aucune estimation fiable de ce que deviennent les titulaires de diplômes ou certificats pouvant mener à une fonction soignante. On a pris pour base les effectifs de personnes qui se déclaraient de profession soignante et/ou étaient occupés comme tels lors du recensement de 1991 et ne disposaient pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de l'EPSC. Y ont été adjoints les effectifs d'élèves ayant terminé et réussi, depuis 1991 jusqu'en 2000, une formation dont le diplôme ou le certificat de niveau CQ6 est censé donner accès à une fonction soignante.

Mais combien d'entre eux sont-ils effectivement actifs ou désireux de travailler dans le champ de la santé ? Nous ne disposons pour en juger que des statistiques en provenance des institutions qui les emploient et du chômage.

Il ressort de l'analyse dont on a présenté les résultats au chapitre précédent que 22 962 certificats qualifiant en tant que soignant (éducateurs non compris) ont été délivrés de 1991 à 2000, dont 11 298 de 1997 à 2000, mais un tiers seulement de leurs titulaires se sont orientés vers une fonction soignante. Parmi eux, nombreux sont ceux qui sont demandeurs d'emploi. Le nombre de chômeurs augmente ainsi de 1 000 unités de 1997 à 2000.

Un soignant diplômé sur 3 seul s'oriente vers le travail soignant.

Toutefois, notre estimation de l'emploi réel (diplômés actifs) et de sa croissance (7%) est probablement sous estimée. Une partie de l'iceberg reste immergé. Ainsi, l'emploi des soignants en MRPA/MRS demeure une nébuleuse où la distinction selon la catégorie de personnel comporte un flou certain.

Tableau 4.1.2 Confrontation de l'offre et de la demande de soignants en CFGB : 1996-2000

	31-12-1996		31-12-2000	
	Offre	Demande (emploi)	Offre	Demande (emploi)
Nouveaux certifiés soignants (sans les éducateurs)	De 1991 à 1996 11664		De 1997 à 2001 11298	
Offre de diplômés actifs (avec un taux de pénétration des nouveaux certifiés de 33%)	32029		34061	
Indice de croissance	100		106	
Dont : Chômeurs complets indemnisés et DEI	5438		6562	
Indice de croissance	100		120	
Emploi de soignants qualifiés		25619		27923 - 30066
Indice de croissance	100		109	
ETP de soignants qualifiés		21303		23218 - 25540
Indice de croissance	100		109	

Source : SESA/UCL

En résumé

On retiendra que la période 1995-2000 est marquée par une croissance exceptionnelle de la demande de **personnel infirmier**, heureusement accompagnée par une croissance tout aussi explosive (la plus forte de notre histoire) de l'offre. Les effectifs de PAI actifs de même que l'emploi de PAI augmentent de 18 % en 5 ans.

Cette évolution correspond pour l'essentiel à l'hypothèse haute des projections effectuées pour la période 1995-2000 lors de notre précédente étude publiée en 1998.

La situation du **personnel soignant** est plus difficile à cerner en raison de l'imprécision du concept lui-même. A leur sujet, plusieurs points ont pu être établis :

- les formations soignantes sont suivies par un nombreux public et les certificats sont attribués à 9% des jeunes filles de 18 ans en CFGB,
- un tiers seulement des certifiés s'orientent vers une fonction soignante,
- de 1996 à 2000, le nombre de soignants actifs a augmenté de 6%,
- l'emploi recensé par le SESA a augmenté de 9%,
- le nombre de chômeurs CCI et DEI a augmenté de 20%.

Cependant les institutions se plaignent de difficultés de recrutement tant pour les PAI que pour les soignants.

Après avoir détaillé les statistiques du chômage dans la section 4.2., on s'efforcera de mieux comprendre les raisons de ce paradoxe (sections 4.3. et suivantes).

4.2. Le chômage

4.2.1. Définitions

Dans quelle mesure les professionnels PAI et soignants sont-ils au chômage ? Avant de répondre à cette question, rappelons que, selon le BIT, le chômeur est *une personne ayant dépassé un âge spécifié et qui, au cours d'une période de référence, est :*

- a) *sans travail ;*
- b) *disponible pour travailler ;*
- c) *à la recherche d'un travail.*

En Belgique, le nombre de chômeurs est calculé en recensant les chômeurs complets indemnisés (CCI). Il s'agit de chômeurs complets non liés par un contrat de travail et bénéficiant d'allocations de chômage ou d'attente. Afin de cerner au mieux l'inactivité, le FOREM et l'ORBEM recensent également le nombre de demandeurs d'emplois inoccupés inscrits (DEI). Cette série reprend en plus des CCI, les jeunes travailleurs inoccupés en période de stage ou en obligation scolaire à temps partiel, les demandeurs d'emploi librement inscrits et certains chômeurs temporairement exclus du bénéfice des allocations, etc. Nous nous limiterons à l'examen de ces deux indicateurs afin de cerner l'inactivité des professions infirmières et soignantes.

Nous recenserons ensuite les offres d'emploi s'adressant à des candidats PAI ou soignants disponibles sur le marché. Enfin, nous verrons dans quelle proportion ces offres ont été satisfaites et le statut auquel elles donnent accès.

4.2.2. Evolution du nombre de CCI et DEI

L'étude réalisée par le SESA sur l'offre et la demande de travail infirmier et soignant en Communauté française⁴³ avait déjà souligné que le chômage des PAI en CFGB, tel qu'on avait pu l'observer jusqu'en 1996, était très faible et pouvait être qualifié de frictionnel, c'est-à-dire un chômage incompressible, lié au délai nécessaire pour retrouver un emploi lorsque l'on quitte le précédent, volontairement ou non. Celui des soignants, par contre, était apparu comme assez important, avec cette réserve toutefois que la qualification de « soignant » sous laquelle ils sont inscrits au chômage ne signifie pas nécessairement qu'ils

⁴³ LECLERCQ A., LEROY X. *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique*, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 1 : Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier, Socio-Economie de la Santé, UCL, 1998, pp 96-104 ; Tome 2 Travail soignant et soignants qualifiés, pp 40-55.

répondent aux attentes des employeurs pour occuper une fonction de « soignant » et être reconnu comme tel selon les critères utilisés par l'INAMI pour les MRPA.

L'évolution du chômage de 1996 à 2001 est présentée dans les sections suivantes en regroupant les qualifications des groupes professionnels en Wallonie et à Bruxelles. Le Tableau annexe 4.2.2.1. en donne le détail par qualification pour la Wallonie, la région de Bruxelles-Capitale et la CFGB. Ce résultat a pu être obtenu grâce à une harmonisation de la codification des professions dans les bases de données des opérateurs ORBEM et FOREM.

4.2.2.1. Evolution du nombre de chômeurs complets indemnisés et de demandeurs d'emploi inscrits en Région de Bruxelles-Capitale

Tableau 4.2.2.1.1. Evolution du nombre de chômeurs : PAI, accoucheuses et soignants en Région de Bruxelles-Capitale, selon qu'ils sont ou non indemnisés et inoccupés : 1996-2001

		PAI Total	Infirmières	ASH	Accoucheuses	Soignants	Soignants non diplômés
1996	CCI	66	60	6	n.d.	253	n.d.
	Autres DEI	20	18	2	n.d.	56	n.d.
	Total DEI	86	78	8	n.d.	309	n.d.
	DEO	187	179	8	n.d.	215	n.d.
	DE	273	257	16	n.d.	524	n.d.
1997	CCI	57	49	8	3	567	57
1998	CCI	79	72	7	7	693	58
1999	CCI	60	56	4	10	691	61
	Autres DEI	11	10	1	1	61	9
	Total DEI	71	66	5	11	752	70
	DEO	43	42	1	3	92	25
	DE	114	108	6	14	844	95
2000	CCI	46	44	2	6	682	48
	Autres DEI	11	10	1	1	65	11
	Total DEI	57	54	3	7	747	59
	DEO	57	52	5	1	100	56
	DE	114	106	8	8	847	115
2001	CCI	42	39	3	2	634	45
	Autres DEI	8	7	1	0	83	10
	Total DEI	50	46	4	2	717	55
	DEO	32	26	6	3	161	54
	DE	82	72	10	5	878	109

Source : ORBEM, Office Bruxellois du Marché du travail et des qualifications ; calculs SESA/UCL
Statistiques établies au 30/06

n.d. : DEI 1997 et 1998 : données non-disponibles,

Autres DEI 1999-2001 : calculés en appliquant le % d'autres DEI de 1996.au total DEI de l'année concernée.

Le tableau 4.2.2.1.1. ci-dessus reprend la situation des CCI et autres demandeurs d'emploi de 1996 à 2001 ; pour 1997 et 1998, les statistiques de CCI sont seules disponibles.

Le nombre de CCI parmi les PAI, déjà faible en 1996, baisse encore à partir de 1999, de même que celui des DEI et des demandeurs d'emploi occupés (DEO). Le chômage des accoucheuses est quasi inexistant. Signalons également que près des trois quarts des praticiens de l'art infirmier au chômage ont moins de 40 ans.

Le nombre de CCI parmi le personnel soignant est important. En 1996, on en dénombrait 253, mais l'année suivante leur nombre a doublé et il a continué à augmenter ensuite. Comme le montre le Tableau annexe 4.2.2.1., ce sont les « aides sanitaires »⁴⁴ et les puéricultrices qui sont les plus nombreuses, - à elles seules, elles représentent plus de 40% du chômage des soignants - suivies par les aides familiales et les aides seniors .

Dans la catégorie « Personnel soignant non-diplômé, ne sont enregistrées que les personnes ayant exercé antérieurement un emploi de ce type et n'ayant pas de qualification. Elles sont relativement peu nombreuses par rapport aux « diplômées ». Le manque de qualification pour accéder à l'emploi n'est pas seulement lié à l'absence de certificat !

Parmi les aides sanitaires CCI, 58% ont moins de 30 ans. La structure d'âge des puéricultrices au chômage est encore plus jeune : un tiers ont de 20 à 24 ans et un autre tiers de 25 à 29 ans. Parmi les soignants sans qualification, on compte par contre un pourcentage plus élevé de CCI âgés de plus de 50 ans (15% contre environ 5% parmi les soignants « qualifiés »).

4.2.2.2. Evolution du nombre de chômeurs complets indemnisés et de demandeurs d'emploi inscrits en Région wallonne

Les tendances qui se dégagent des statistiques du chômage en Région wallonne sont les mêmes que celles que nous venons de relever en Région bruxelloise. Le chômage en tant que CCI des PAI croît en 1997 et 1998, puis ne cesse de décliner : un tiers en moins en 2001. Il touche de manière similaire les brevetés et les gradués. Dans cette faible proportion d'infirmiers gradués au chômage, on enregistre qu'un tiers des chômeurs n'a pas atteint l'âge de 30 ans, alors qu'un autre tiers se situe dans la tranche d'âge 40-45 ans.

Le nombre de DEO parmi les PAI présente une augmentation momentanée en 1998 et 1999, passant ainsi de 405 à 564 unités, et diminue ensuite.

De même qu'en Région bruxelloise, le chômage des soignants est très important, en particulier celui des puéricultrices qui représente 45% des soignants CCI diplômés en 2001.

Parmi les puéricultrices, plus de 50% ont moins de 30 ans alors que le chômage des plus âgées est faible.

La catégorie des gardes d'enfants (qui comprend un mélange de diplômés et de non diplômés) ainsi que celle du personnel soignant non diplômé voient le nombre de CCI augmenter sensiblement au cours de cette période, respectivement de 62 et 17%.

⁴⁴ Le code 3825 des statistiques de l'ORBEM et du FOREM est un sous groupe de la catégorie « Aide soignant ». Il est tantôt dénommé « Aide sanitaire », tantôt (depuis 1997) « Assistant en logistique », du nom de cette catégorie de personnel de support instaurée dans le cadre des programmes de résorption du chômage (PRC) par l'A.M. du 17=06=1997 (cfr T1, p. 234).

Parmi le personnel soignant qualifié, les CCI ont atteint en 1998 un sommet historique. Au cours des années suivantes, on observe une tendance à la baisse. Ce sont alors les DEO qui augmentent (18% en 3 ans) grâce, sans doute, à l'action des PRC.

Parmi les soignants non qualifiés, la progression des DEO est plus importante encore (52%) mais elle n'empêche pas les CCI d'augmenter également (17%).

Tableau 4.2.2.1. Evolution du nombre de CCI/DEI en Région wallonne : PAI, accoucheuses et personnel soignant, selon qu'ils sont ou non indemnisés et inoccupés : 1996-2001

		PAI Total	Infirmières	ASH	Accoucheuses	Soignants	Soignants non diplômés
1996	CCI	148	125	23	n.d.	4580	n.d.
	Autres DEI	86	81	5	n.d.	602	n.d.
	Total DEI	234	206	28	n.d.	5182	n.d.
	DEO	430	367	63	n.d.	3857	n.d.
	DE	664	573	91	n.d.	9039	n.d.
1997	CCI	179	152	27	4	4921	1044
	Autres DEI	41	35	6	1	542	106
	Total DEI	220	187	33	5	5463	1150
	DEO	405	350	55	15	2755	453
	DE	625	537	88	20	8218	1603
1998	CCI	223	181	42	10	5248	1050
	Autres DEI	55	48	7	2	597	109
	Total DEI	278	229	49	12	5845	1159
	DEO	553	501	52	21	3193	487
	DE	831	730	101	33	9038	1646
1999	CCI	172	147	25	5	5040	1205
	Autres DEI	52	47	5	2	609	125
	Total DEI	224	194	30	7	5649	1330
	DEO	564	513	51	17	3582	570
	DE	788	707	81	24	9231	1900
2000	CCI	141	122	19	11	5157	1234
	Autres DEI	41	38	4	1	617	129
	Total DEI	182	160	23	12	5774	1363
	DEO	443	409	33	8	3582	585
	DE	625	569	56	20	9356	1948
2001	CCI	134	116	18	10	5212	1224
	Autres DEI	43	39	4	2	634	135
	Total DEI	177	155	22	12	5846	1359
	DEO	469	434	35	13	3755	689
	DE	646	589	57	25	9601	2048

Source : FOREM, Service d'Etudes et statistique ; calculs SESA/UCL

Les statistiques sont établies au 31/12

4.2.3. Evolution des offres d'emploi de PAI et de personnel soignant en CFGB

En Région bruxelloise, le volume des offres d'emploi de PAI adressées à l'ORBEM est élevé (297 en 1999), mais il diminue de 39% entre 1999 et 2000 (pour 2001, les données sont incomplètes mais suggèrent une évolution négative). Les offres PRC représentent 20% de l'offre totale d'emplois recensés en 1998 et 28% en 2000. Le taux de satisfaction des offres PAI, - la proportion des offres soumises à l'ORBEM qui sont satisfaites par lui - est variable; il oscille entre 40% (1997) et 78% (2000).

En ce qui concerne les soignants à Bruxelles, on constate également un nombre élevé d'offres d'emploi, allant jusqu'à près de 500 en 2000, dont près de 2/3 sont des PRC. Le taux de satisfaction des offres est nettement meilleur que pour les PAI ; de 2/3 en 1998, il progresse jusqu'à 95% en 2000.

Tableau 4.2.3.1. Evolution des offres d'emploi ouvertes et satisfaites à l'ORBEM (Région de Bruxelles-Capitale) : 1997-2000, PAI et personnel soignant

	1998		1999		2000	
	Postes ouverts	Postes satisfaits	Postes ouverts	Postes satisfaits	Postes ouverts	Postes satisfaits
PAI						
CDI & CDD	190	73	253	122	142	110
PRC	47	24	44	19	40	33
Total PAI	237	97	297	141	182	143
SOIGNANTS						
CDI/CDD	272	166	261	189	303	291
PRC	200	149	179	158	195	181
Total soignants	472	315	440	347	498	472

Source : ORBEM, Statistiques des offres au 31/12 * 2001 arrêté au 31-07-01 ; calculs SESA/UCL

Les accoucheuses sont incluses dans les PAI

CDI = Contrat à durée indéterminée, CDD = Contrat à durée déterminée

En 1998, l'ORBEM a entrepris de dresser un inventaire des professions pour lesquelles l'agencement entre l'offre et la demande se révèle problématique. La profession infirmière y est mentionnée comme présentant un caractère « critique », soit par manque quantitatif de main d'œuvre, soit par manque d'attractivité de l'emploi proposé. En 2000, l'ORBEM maintient les fonctions d'infirmiers gradués (hospitaliers) et d'infirmiers brevetés (hospitaliers) au rang des fonctions critiques parce qu'elles sont difficiles à satisfaire, soit que le taux de satisfaction des offres d'emploi est inférieur à la moyenne, soit que le temps nécessaire pour pourvoir le poste est plus long. *La profession d'infirmier hospitalier gradué présente un taux de satisfaction de 70.2% et se trouve donc juste à la limite des critères statistiques, mais selon le service Conseil Emploi, il est également difficile de trouver des candidats pour cette fonction. Tout comme les deux années précédentes, on relève une pénurie quantitative mais les conditions pénibles de travail telles que la pression, les horaires irréguliers, la charge physique et mentale expliquent également cette difficulté à trouver des candidats*⁴⁵.

⁴⁵ Cit. In ORBEM, Analyse des fonctions critiques en Région de Bruxelles-Capitale en 2000, décembre 2001

On remarquera néanmoins que les données transmises par l'ORBEM au SESA en 2002 ne correspondent pas exactement à l'analyse faite par l'ORBEM en 2001 concernant l'année 2000. Le taux de satisfaction par l'Office régional des postes ouverts durant cette année s'établit à 78,6% pour les PAI et à 94,8% pour les soignants. Le maintien des infirmiers parmi les professions critiques ne peut donc s'appuyer sur le taux de satisfaction des offres en 2000. Quant à la « *difficulté de trouver des candidats pour cette fonction* », elle pourrait s'interpréter par le fait que, dans la situation actuelle du marché, les infirmiers en vacance d'emploi ne jugent pas toujours nécessaire ou même utile de se déclarer à l'ORBEM.

Tableau 4.2.3.2. Evolution des offres d'emploi ouvertes et satisfaites au FOREM (Région wallonne) : 1997-2001, PAI et personnel soignant

	1997		1998		1999		2000		2001	
	Postes ouverts	Postes satisfaits								
PAI										
CDI/CDD	31	20	31	28	15	10	44	28	42	20
PRC	4	5	4	5	0	0	5	2	14	2
Total PAI	35	25	35	33	15	10	49	30	56	22
P. SOIGNANT										
CDI/CDD	90	81	90	91	48	36	70	59	96	58
PRC	71	74	76	76	167	167	67	65	89	86
Total soignants	161	155	166	167	215	203	137	124	185	144

Source : FOREM, Statistiques des offres au 31/12, calculs SESA/UCL

Note : Les accoucheuses sont incluses dans les PAI

CDI = Contrat à durée indéterminée, CDD = Contrat à durée déterminée

En Région wallonne, le nombre de postes PAI ouverts, déjà peu élevé en 1997 et 1998 (31), chute de moitié en 1999, mais remonte ces dernières années. Il est cependant frappant que ces ouvertures de postes PAI soumises au FOREM sont plus faibles, même en nombres absolus, qu'à Bruxelles (1/6 en 1997, 1/3 en 2000). A quoi attribuer cette différence ? Meilleure disponibilité de PAI ? Autre culture de recrutement de personnel ? Autres priorités des Offices régionaux du marché du travail ?

La proportion d'emplois PAI en PRC parmi les offres de travail au FOREM est quasiment insignifiante de 1997 à 2000 ; il faut attendre 2001 pour la voir s'élever quelque peu, représentant alors 1/4 des emplois offerts (mais peu d'entre eux ont pu être satisfaits au cours de cette année : 2 sur 14). Le taux de satisfaction des offres d'emploi PAI se situe autour de 70% jusqu'en 2000 où il tombe à 2/3 (2001 n'est pas représentatif en raison des PRC).

Le nombre total de postes de soignants ouverts au FOREM est beaucoup plus important que celui des PAI mais, comme ce dernier, il reste très inférieur au nombre enregistré en Région bruxelloise. Il culmine en 1999 grâce à une offre exceptionnelle de PRC (78% des postes ouverts) laquelle est intégralement satisfaite ! Le nombre d'offres PRC est beaucoup plus important que pour les PAI, même si la proportion régresse à partir de 2000. Le taux de satisfaction de l'offre d'emploi est excellent (de 90 à 100%, sauf en 2001 où il est de 78%).

4.2.4. Le chômage des PAI et du personnel soignant en CFGB : synthèse

L'analyse comparée du chômage des professions de la santé et de l'aide sociale en fonction des secteurs qui les emploient aurait pu apporter un éclairage intéressant. Mais les statistiques disponibles ne permettent pas cette comparaison. Celles de l'ORBEM utilisent une nomenclature interne des secteurs, incompatible avec toute classification standardisée, et surtout avec la classification mise à disposition par le FOREM. Même si la classification s'inspire de la nomenclature NACE, la comparaison au niveau sectoriel reste, pour l'instant, impossible.

Les données du chômage de chaque Région ayant été présentées en fonction des qualifications des PAI et soignants, une brève synthèse en sera faite maintenant pour l'ensemble de la CFGB.

Tableau 4.2.4.1. Evolution du nombre de CCI/DEI en CFGB : PAI, accoucheuses et personnel soignant, selon qu'ils sont ou non indemnisés et inoccupés : 1996-2001

		PAI Total	Infirmières	ASH	Accoucheuses	Soignants	Soignants non diplômés
1996	CCI	178	152	26	n.d.	4790	n.d.
	Autres DEI	100	93	7	n.d.	648	n.d.
	Total DEI	278	245	33	n.d.	5438	n.d.
	DEO	564	497	67	n.d.	4035	n.d.
	DE	842	742	100	n.d.	9474	n.d.
1997	CCI	236	201	35	7	5488	1101
1998	CCI	302	253	49	17	5941	1108
1999	CCI	232	203	29	15	5731	1266
	Autres DEI	63	57	6	3	670	134
	Total DEI	295	260	35	18	6401	1400
	DEO	607	555	52	20	3674	595
	DE	902	815	87	38	10075	1995
2000	CCI	187	166	21	17	5839	1282
	Autres DEI	52	48	4	2	682	139
	Total DEI	239	214	25	19	6521	1421
	DEO	500	461	39	9	3682	642
	DE	739	675	64	28	10203	2063
2001	CCI	176	155	21	12	5846	1269
	Autres DEI	50	46	5	2	716	145
	Total DEI	226	201	26	14	6562	1414
	DEO	502	460	41	16	3917	743
	DE	728	661	67	30	10479	2157

Source : ORBEM et FOREM; calculs SESA/UCL

Statistiques établies au 30/06 par l'ORBEM au 31/12 par le FOREM.

Les données DEI 1997 et 1998 sont indisponibles à l'ORBEM.

Dans les deux Régions, le chômage des PAI est faible. Le nombre de CCI atteint un maximum de 302 PAI en 1998 et retombe à 176 en 2001. Le taux de chômage CCI calculé par rapport aux diplômés actifs ne dépasse pas 0,5% en 2001. Il peut être qualifié de

frictionnel. Les PAI repris comme DEO sont presque trois fois plus nombreux que les CCI. Ce phénomène est lié aux PRC et se manifeste surtout en Région bruxelloise.

Le chômage des soignants est par contre important et permanent. Les puéricultrices en sont particulièrement touchées. Le taux de chômage calculé par rapport à l'emploi des soignants + CCI atteint 17%. Les soignants DEO sont nombreux dans les deux Régions, mais leur mise au travail n'a pu empêcher la croissance numérique des CCI (+22% en 5 ans).

Les offres d'emploi soumises aux Offices régionaux du chômage sont plus nombreuses à Bruxelles qu'en Wallonie. Le taux de satisfaction de celles-ci par les Offices régionaux eux-mêmes est élevé, tant pour les PAI que pour les soignants, à l'exception toutefois des PAI à Bruxelles en 1998 et 1999 et en Wallonie en 2000 et 2001.

4.3. Les difficultés de recrutement

4.3.1. Problématique

Pour mieux comprendre la perception que les acteurs de terrain ont de leur situation, un dépouillement des articles et ouvrages publiés par des infirmiers a été effectué. Les soignants ne prenant guère la parole, leur point de vue est rarement exprimé. Il ressort de ce tour d'horizon que, depuis une cinquantaine d'années, la profession infirmière estime être confrontée, de façon récurrente et aiguë, à une « pénurie » de professionnels infirmiers tant en Europe et Outre-atlantique. Une enquête récente effectuée par le Conseil International des Infirmières a confirmé que sur les 125 associations nationales d'infirmières membres, une minorité seulement, soit 23%, ont rapporté un équilibre entre l'offre et la demande d'infirmières, alors que 52% faisaient état d'une pénurie de main-d'œuvre infirmière (soit plus de 60 pays)⁴⁶.

La préoccupation exprimée par beaucoup de travaux abordant ce sujet est celui de la qualité des soins. Le recrutement et la rétention de professionnels compétents et motivés représentent donc des défis majeurs pour la profession infirmière⁴⁷.

Les difficultés rencontrées pour poursuivre cet objectif peuvent-elles se résumer sous le terme de « pénurie » ? Vit-on en Belgique, un réel problème de « pénurie » d'infirmières ? Avant d'ébaucher une tentative de réponse, il est primordial de s'attarder un peu à définir la pénurie.

⁴⁶ GODTLAND P., secrétaire internationale de l'Association des infirmières norvégiennes, 22ème Congrès quadriennal du Congrès international des infirmières, Copenhague, juin 2001.

⁴⁷ Canadian Nurses Association, Canadian Hospital Association. Nurse retention and quality of work life : a national perspective. Ottawa: CNA; 1990.

4.3.2. Définition de la pénurie

La « pénurie » exprime le manque de ce qui est nécessaire. Cette notion n'existe pas dans l'absolu, mais seulement en regard de certains paramètres, tels qu'une norme hospitalière définissant l'effectif infirmier jugé nécessaire pour dispenser des soins de qualité aux patients hospitalisés.

La pénurie en personnel infirmier peut être abordée sous l'angle de "l'offre" ou sous l'angle de "la demande", bien que les deux phénomènes puissent être concomitants. D'une part, l'offre de praticiens infirmiers peut être limitée, en raison d'un *numerus clausus* imposé aux écoles d'infirmières, qui contingente de manière normative le nombre d'inscriptions de candidats (France ou Québec, par exemple) ou en raison de règles (arbitraires ?) qui limitent l'exercice de la profession dans certains secteurs d'activités (en France, pour qu'une infirmière puisse exercer en tant qu'infirmière libérale, elle doit préalablement témoigner d'une expérience professionnelle de 3 ans dans un établissement de soins). D'autre part, une évolution rapide de la demande peut entraîner un accroissement des besoins en soins, susceptible de générer le déséquilibre offre – demande. Il peut même y avoir « pénurie » alors que tous les postes d'infirmières sont pourvus.

Les facteurs contribuant à la pénurie infirmière sont bien connus et peuvent aussi être analysés selon deux perspectives : celle de la demande et celle de l'offre.

4.3.3. Facteurs favorisant la pénurie infirmière

- *Du point de vue de l'accroissement de la demande, on peut citer les facteurs suivants:*
 - Les progrès fulgurants de la médecine et des procédures de soins appellent un personnel infirmier de plus en plus qualifié et expert ;
 - La réduction de la durée des séjours hospitaliers entraîne une rotation plus importante des patients hospitalisés, requérant des soins aigus ;
 - Le transfert des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires, communautaires ou à domicile, crée pour les infirmières qui exercent en dehors des structures hospitalières, un marché du travail en croissance rapide ;
 - Le vieillissement de la population nécessite des soins de santé de longue durée, tant à domicile qu'en institution, sans oublier l'augmentation de la population elle-même qui pourrait être de 6% de 1999 à 2019 ;
 - Le travail médical, se spécialisant de plus en plus, demande du personnel hautement qualifié ;
 - Les normes légales se font plus exigeantes en matière d'effectifs requis pour dispenser des soins de qualité en milieu hospitalier ou dans le secteur des MRPA/MRS;
 - La diminution du nombre de médecins stagiaires, suite au *numerus clausus* en médecine, et plus tard des spécialistes, crée de la part des médecins une pression certaine en vue de déléguer des tâches vers d'autres professionnels de santé, à l'instar de ce qui se fait aux Etats Unis.

Selon les indications disponibles, la demande de soins de santé en Europe continuera d'augmenter au cours de la prochaine décennie : croissance et vieillissement démographiques, progrès des technologies médicales, effets des "nouvelles" maladies (telles que le SIDA, la maladie d'Alzheimer et autres démences), évolution des attentes des consommateurs à l'égard des personnes et services dont dispose le système de santé.

– *Du point de vue de la baisse de l'offre, on peut citer:*

- L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité sévère ;
- La réduction de la réserve d'étudiants après l'effet rebond de la dénatalité dans les pays riches ;
- Les décisions prises par les gouvernements de certains pays de réduire le nombre d'inscriptions dans les écoles d'infirmières ;
- Le vieillissement de la main-d'œuvre qualifiée dans le champ de la santé ;
- L'accroissement des opportunités de carrière offertes en dehors du champ de la santé, à de meilleures conditions de travail et de salaire ;
- Les opportunités de carrière accrues pour les femmes, notamment dans le secteur des services ;
- L'impact de l'exercice à temps partiel dans une profession essentiellement féminine ;
- Les initiatives gouvernementales en faveur des arrêts temporaires d'activité (congé de maternité, congé d'allaitement, congé parental, congé pour l'aide à un tiers, congé sans solde,...) ;
- L'arrêt prématuré (avant l'âge normal de la pension) de l'exercice de la profession infirmière ;
- La mauvaise image de marque de la profession.

Les facteurs peuvent évidemment varier en fonction des pays concernés. Pour plusieurs auteurs, la perception négative des conditions de travail et le peu de valeur sociale accordée à la profession infirmière, qui se traduit notamment par l'absence de plan de carrière et de stratégie de formation continue, contribuent également à la difficulté de recrutement⁴⁸. Une situation semblable est actuellement vécue dans l'enseignement et le secteur social, où l'agressivité et le manque de reconnaissance de leur « clientèle » spécifique aggravent ce sentiment de dévalorisation sociale. Plusieurs professions offrent une meilleure perspective de carrière avec un salaire plus élevé, du respect, de l'autonomie dans la prise de décision, et des opportunités d'exercer son leadership.

Les recherches sur la perception qu'ont les infirmières de leur qualité de vie au travail rapportent qu'elles ont un moral bas et une grande insatisfaction au travail⁴⁹. Une lourde charge de travail, la perception de ne pas offrir des soins de qualité aux patients,

⁴⁸ Canadian Nurses Association. *Registered Nurse, human resources: recruitment and retention issues*. Ottawa : CNA; 1998.

⁴⁹ STORDEUR S, VANDENBERGHE C, D'HOORE W., *Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff*, Journal of Advanced Nursing, 2001, 35(5), 1-10.

l'épuisement professionnel, l'absence de soutien de la direction et de contrôle sur le travail, les horaires de travail rigides, le sentiment d'impuissance, les salaires considérés comme médiocres sont des sources d'insatisfaction⁵⁰. L'insatisfaction au travail est un élément très important, car elle conduit à l'absentéisme, à la rotation du personnel, entraînant un accroissement important des coûts de personnel. Une étude réalisée par l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) souligne que les travailleurs insatisfaits sont plus portés que les autres à quitter leur emploi⁵¹; la satisfaction au travail est donc un moyen important de prédire les départs volontaires et son effet est aussi puissant que celui du salaire. La satisfaction professionnelle contribue d'ailleurs à expliquer la décision même de travailler : un emploi insatisfaisant ou déplaisant décourage l'activité.

4.3.4. Les stratégies d'amélioration du recrutement et de la rétention du personnel infirmier

Une politique efficace en matière de ressources humaines en soins infirmiers nécessite un recueil constant des données d'offre et de demande de personnel dans un environnement démographique, technique, économique et social en mutation. Un équilibre du marché doit être recherché en mesurant les conséquences des évolutions en cours et des décisions prises ou envisagées. Certes, la planification ne donne pas de réponse aux dilemmes auxquels le politique et les partenaires sociaux sont confrontés. Elle mesure des scénarios, éclaire les décisions, mais n'échappe pas à l'imprévisible. Des éléments impondérables interviennent : la décision politique elle-même mais aussi les comportements et les choix des individus.

Plusieurs stratégies sont proposées dans la littérature pour améliorer le recrutement et la rétention des professionnels⁵². Les plus fréquemment mentionnées sont :

- (a) une meilleure évaluation des besoins en personnel ;
- (b) une meilleure intégration des nouvelles infirmières en milieu de travail ;
- (c) une amélioration des conditions de travail, incluant un style de gestion plus participatif, une plus grande flexibilité au niveau des horaires de travail et une amélioration des conditions normatives⁵³, l'implantation de mesures facilitant la vie familiale, et de meilleurs salaires et avantages sociaux ;

⁵⁰SABISTON JA, LASCHINGER HKS., *Staff nurse work empowerment and perceived autonomy: testing Kanter's theory of structural power in organizations. Journal of Nursing Administration* 1995; 25 : 42-50. ATTRIDGE C, CALLAHAN M., *Nurses perspectives of quality work environments. Canadian Journal of Nursing Administration*, 1990; 3 : 18-24.

⁵¹CLARK AE., *Les indicateurs de la satisfaction au travail. Quelles sont les caractéristiques d'un bon emploi ? Observations recueillies dans certains pays de l'OCDE. Politiques du marché du travail et politique sociale – Documents hors série N° 34, OCDE, 1998, 29 p.*

⁵²BOJANOWSKI L, DUSSAULT G, FOURNIER M-A, ZANCHETTA M-S, KEROUAC S, DENIS J-L, CARPENTIER M ET GROSSMAN M, (Université de Montréal, Montréal, Canada) – *La main-d'œuvre en soins infirmiers au Canada - Actes du Congrès de l'ALASS – Lyon, 2001.*

⁵³STORDEUR S., *Leadership transformationnel des infirmières en chef et contexte de travail : impact sur l'équipe infirmière et la satisfaction des patients - Thèse de doctorat en sciences de la santé publique, Université Catholique de Louvain – juin 2001.*

- (d) une révision de la législation régissant les professions, afin de tenir compte des nouveaux rôles des infirmières en leur assurant une plus grande autonomie professionnelle ;
- (e) un soutien pour l'avancement professionnel et un meilleur plan de carrière ;
- (f) le développement et la promotion de la formation, afin de rendre la profession plus attrayante aux nouvelles infirmières.

Une plus grande implication des infirmières dans la formulation de la politique sanitaire pourrait aider la profession à faire face aux nouveaux enjeux. Mais pour qu'une telle initiative porte réellement ses fruits, il faudrait qu'elle s'appuie sur une forte coalition du secteur, regroupant tant les membres des milieux académiques que des milieux de pratique, administratif et politique.

Les problèmes auxquels la pratique des soins infirmiers est confrontée sont reliés entre eux, autant que le sont leurs solutions. La mise en œuvre de ces solutions exige donc une grande coordination et doit considérer les interactions de la profession infirmière avec les autres catégories de prestataires impliquées dans l'offre des services⁵⁴.

4.4. Etat de la situation en Belgique

A l'heure actuelle, la Belgique ne peut toujours pas affirmer si sa dotation globale en personnel infirmier permet ou non de rencontrer les demandes en soins infirmiers exprimées dans les différents secteurs de la santé (hôpitaux, MRPA et MRS, soins et aide à domicile,...). Il faudrait, pour établir l'existence et l'ampleur d'une éventuelle pénurie, disposer d'un enregistrement fiable des PAI dans une banque de données fédérale, régulièrement actualisée⁵⁵ et recensant leur activité professionnelle. Il serait nécessaire également de disposer d'un relevé exhaustif des difficultés de recrutement des institutions de soins.

En l'absence de telles données, plusieurs recherches ont été effectuées, l'une par deux associations professionnelles et l'autre, par des fédérations d'institutions. La réussite n'a pas été à la mesure des efforts déployés. L'absence fréquente de définition précise des termes utilisés (p.ex. personnel soignant, vacance de poste,...), l'imprécision des questions posées (qualifications, postes vacants en personnes physiques ou en ETP, durée de la vacance, ...), les différences de méthode et la faible participation des institutions empêchent toute généralisation et tentative de comparaison à partir de ces données. L'unité de recherche SESA (UCL) a également initié une recherche après avoir élaboré un questionnaire et choisi une méthode appropriées. Un faible taux de réponses a également handicapé cette recherche. La présentation succincte des résultats obtenus par 3 études permet néanmoins d'apporter au lecteur un certain éclairage mais aussi de mesurer l'étendue de notre ignorance !.

⁵⁴ BOJANOWSKI et al., *op cit.*

⁵⁵ HANS S., *Mémento de l'Art Infirmier 2002*, Editions Kluwer, 2002, Partie II, Chapitre 2, p. 161-183.

4.4.1. Résultats d'études visant à objectiver l'équilibre offre-demande de personnel infirmier et soignant

4.4.1.1. L'enquête conjointe de la CBI, la FIH-W et la FNAMS⁵⁶, septembre 2000

Echantillon concerné : tous les établissements affiliés aux associations précitées

83 établissements ont participé (en ce compris les initiatives d'habitations protégées)

Analyse de la situation de 74 établissements (hôpitaux et MR-MRS – Wallonie et Bruxelles) = 10 810 lits

Taux de réponse selon le secteur de 52 à 62%

Biais : meilleure participation des sous-secteurs les plus touchés (surévaluation des problèmes)

Problèmes évoqués

L'ORBEM et le FOREM considèrent la profession infirmière comme étant une fonction critique, en pénurie quantitative tant pour les infirmières brevetées que graduées. En 1998, l'ORBEM a reçu 209 offres d'emploi pour des infirmières brevetées ou graduées alors que seuls 111 demandeurs d'emploi inoccupés sont enregistrés avec un tel diplôme⁵⁷. Le nombre d'offres d'emploi soumis à l'ORBEM est inférieur au nombre d'offres d'emploi infirmiers sur le marché du travail. Par ailleurs, tous les travailleurs inoccupés ne conviennent pas pour les employeurs de ce secteur.

Les MRPA et MRS souffrent davantage d'un manque quantitatif de PAI que les hôpitaux. Ces derniers éprouvent plus de difficultés à rencontrer leurs besoins en termes de qualification et de titre professionnel particulier (personnel infirmier gradué, infirmières graduées en santé mentale, accoucheuse, infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence, infirmière de salle d'opération, infirmière en imagerie médicale,...).

⁵⁶ CBI (Coordination Bruxelloise d'Institutions sociales et de santé), la FIH-W (Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie) et la FNAMS (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales)

⁵⁷ Les données qui nous ont été communiquées par l'ORBEM font effectivement état d'un faible taux de satisfaction, par l'Office Régional lui-même, des postes de PAI qui lui ont été soumis en 1998 et 1999. En 2000, la situation s'est redressée : 78% des postes PAI ouverts et 95% des postes de soignant ont été satisfaits (cfr Tableau 4.2.3.1.). Une fonction est jugée critique par l'ORBEM lorsque son taux de satisfaction est inférieur à 70%.

La position des secteurs de soins à Bruxelles est nettement plus défavorable qu'en Wallonie. Les raisons incriminées en défaveur de Bruxelles sont : l'exigence du bilinguisme, le temps de déplacement, le coût du logement.

Des facteurs internes (salaires supérieurs aux barèmes, avantages extra-légaux, réputation, plan de carrière, prestations irrégulières,...) et environnementaux favorisent certaines institutions lors du recrutement.

Estimation d'une pénurie

Parmi les institutions ayant participé à l'étude, les MRPA et MRS relèvent un déficit de 10% du personnel effectif (PAI en ETP) ; les hôpitaux généraux relèvent un déficit de 1.9% et les hôpitaux psychiatriques, de 3%.

Une autre étude concernant les hôpitaux publics bruxellois (réseau IRIS) témoigne d'un manque de 7.2%⁵⁸ ;

Dans leur recherche de personnel nécessaire pour combler les places vacantes, les maisons de repos parviennent à rencontrer 50% de leurs besoins, alors que le secteur hospitalier rencontre 75% de ses besoins en personnel lors de la même période (1er semestre 2001).

Interprétations

Les *normes de personnel* sont rencontrées par l'ensemble des établissements affiliés (hormis quelques rares exceptions). Toutefois, des demandes accrues en PAI résultent pour une grande part :

- a) de la modification de la physionomie des secteurs de soins (prise en charge des patients ou résidents, structure du personnel d'encadrement, augmentation des qualifications, médicalisation accrue dans les MRS,...),
- b) de l'augmentation des normes en personnel, et des mesures favorisant l'interruption du temps de travail (interruption de carrière, congé-éducation payé, pré-pension, écartement de grossesse, congé parental ou pour convenance personnelle,...).

Pour répondre à l'évolution de cette demande, parer aux départs inattendus ou aux absences temporaires, les directions d'établissements adoptent souvent un comportement d'engagement proactif en complément des normes qu'ils jugent insuffisantes pour assurer la dispensation continue de soins de qualité.

Le manque de personnel ne se distribue pas linéairement sur tous les établissements : par exemple, certaines MR-MRS éprouvent des difficultés de recrutement mais ne souffrent pas de « pénurie ». D'autres, au contraire, ne parviennent même pas à rencontrer les normes.

⁵⁸ De Financieel Economische Tijd, « Tekort verpleegkundigen wordt genuanceerd », 15/07/2000

**Solutions palliatives utilisées par les employeurs =
« pansements sur une jambe de bois »**

Les solutions évoquées par les établissements pour résoudre leur problème actuel de recrutement sont :

L'engagement de personnel moins qualifié ;

Un report de la charge de travail sur le personnel présent (durée de travail plus longue des travailleurs à temps partiel, prestation d'heures supplémentaires,...). Cette solution est reconnue comme dangereuse à moyen et long terme ;

La réduction des services rendus aux patients et la fermeture de lits ou services sont des solutions marginales ;

Selon cette enquête, l'interim est peu utilisé (1.17% du personnel présent), surtout en raison du coût élevé de son utilisation⁵⁹ ;

Les contrats de remplacement, moins attractifs, ne couvrent que 23% des absences de longue durée dans les MR-MRS (33% dans les hôpitaux généraux et 46% dans les hôpitaux psychiatriques).

4.4.1.2. Enquête ACN-FNIB : 31/05/2000⁶⁰

Pour les besoins de l'enquête, un questionnaire est adressé à 162 hôpitaux généraux et psychiatriques et 452 MR et MRS. Le questionnaire porte sur :

- Les places vacantes en personnel infirmier et soignant au 31 mai 2000
- L'augmentation prévisible des besoins de ce personnel à partir de juin 2000
- Les besoins en personnel infirmier et soignant pour les remplacements

Taux de questionnaires valides :

12% pour les MR-MRS (56 établissements)

23% pour les hôpitaux (38 établissements)

⁵⁹ Cette constatation est confirmée par les données des bilans sociaux 1999 ; le nombre moyen d'intérimaires en service se limiterait à 128 en Flandre, 37 en Wallonie et 262 à Bruxelles (soit 1,19% des effectifs).

⁶⁰ DUCHATEAU F, MENGAL Y. Mémento de l'Art infirmier 2002, Editions Kluwer, 2002, Partie I, chapitre 1, p. 25-35.

Constats :

Hôpitaux : les places vacantes concernent essentiellement les infirmières graduées ; les besoins non rencontrés en personnel soignant sont très faibles. Font défaut les infirmières graduées, mais aussi les infirmières spécialisées et, par ordre d'importance, les spécialisations suivantes : soins intensifs et aide médicale urgente, salle d'opération, psychiatrie, pédiatrie, accoucheuses, gériatrie, imagerie médicale, oncologie, soins palliatifs, santé communautaire.

MR-MRS : les places vacantes concernent de façon équivalente les brevetées et les graduées ; les besoins non rencontrés en personnel soignant sont moindres (6,7 fois moins que les besoins en PAI).

Parmi les institutions ayant participé à l'enquête, 7% des MR-MRS et 75% des hôpitaux déclarent devoir augmenter leur cadre de personnel à partir du 1er juin 2000, soit une augmentation globale de 254 ETP. Le profil des postes à pourvoir est le même que celui des postes non pourvus au moment de l'enquête, soit essentiellement des postes d'infirmières graduées et d'infirmières graduées spécialisées.

L'augmentation prévisible du personnel de cadre résulte de l'application de nouvelles réglementations ou de normes de reconnaissance, de l'augmentation de la charge de travail ou encore de modifications internes.

4.4.1.3. Enquête SESA/UCL – Décembre 2001

L'enquête a été réalisée dans le secteur hospitalier. Elle comportait un double but : évaluer l'importance du personnel infirmier et soignant travaillant dans les institutions et investiguer les spécificités du recrutement du personnel soignant et infirmier : méthodes employées, difficultés rencontrées... Pour répondre à ce double objectif, le SESA, avec l'appui de diverses fédérations ou associations d'institutions, a procédé à une enquête s'adressant aux institutions hospitalières de la Communauté française. Les documents d'enquête étaient conçus de manière à obtenir un cliché des effectifs à un moment précis de l'année. Pour établir ce cliché, des indicateurs précis ont été recherchés: nombre de lits, nombre de personnes physiques occupées, volume d'emploi en ETP, qualifications du personnel, augmentation ou réduction d'activité récente, nombre de postes à pourvoir par fonction et service, motif et durée de la vacance, qualification recherchée ou admise, régime de travail et horaire proposés, modalités de recrutement, solution(s) envisagée(s) pendant la recherche.

Dans cette perspective, un échantillon a été tiré sur base de l'annuaire 1999 du MSP après avoir stratifié les hôpitaux selon quatre critères : le lieu de localisation : la province, la taille de l'institution (entités fusionnées), le type d'hôpital⁶¹ et le statut public ou privé. Le nombre total d'entités hospitalières représente environ 30% des institutions francophones du pays.

⁶¹ Nous avons distingué 3 catégories : les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux gériatriques ou Sp.

Force est de constater que peu d'institutions ont répondu à l'appel, le taux de réponse atteignant à peine 40% des hôpitaux sollicités. En outre, on observe des disparités géographiques, - les provinces de Liège, Brabant et la Région de Bruxelles-Capitale sont peu ou pas représentées, - et sectorielles : le secteur public (déjà en minorité) a enregistré moins de réponses que le secteur privé. Peu de refus ont été motivés ; les quelques raisons évoquées l'ont été à l'occasion de demandes d'explication pour compléter le questionnaire : lourdeur du questionnaire, manque de temps, incompatibilité avec le format des données existantes, lassitude en raison de la répétition des enquêtes. Toutefois, les quelques résultats obtenus méritent l'attention.

La modification récente du nombre de lits de l'institution n'apparaît pas comme ayant un lien avec d'éventuelles difficultés de disponibilité en personnel. Plus de la moitié des institutions répondantes ont subi une diminution du nombre de lits de l'ordre de 4%, située généralement entre 2000 et 2001 et l'une d'entre elles a vu sa capacité d'accueil diminuer de 15%. Beaucoup d'institutions, par contre, sans augmentation de leur nombre de lits ont connu des restructurations de services susceptibles de modifier la charge de travail et partant, le profil des qualifications requises. Etant donné la faible représentativité de nos résultats, nous globaliserons leur présentation.

Caractéristiques des situations rencontrées

A l'hôpital, les infirmiers constituent de 75 à 80% du personnel de soins et le personnel soignants, de 20 à 25%. La répartition des qualifications parmi les praticiens de l'art infirmier est très variable. En arrêtant notre sélection aux infirmières graduées (avec ou sans spécialité) et aux infirmières brevetées - les autres catégories (ASH, accoucheuses) étant résiduelles (soit 10%), on obtient des proportions de 80% de A1 pour 10% de A2. Cependant, ce rapport varie sensiblement d'une institution à l'autre allant même jusqu'à un équilibre 45% de graduées et 45% de brevetées. Dans les hôpitaux psychiatriques ou psycho-gériatriques, le rapport peut être inversé ; le nombre d'infirmières brevetées dépassant celui des graduées.

En ce qui concerne le personnel soignant, là encore, nous trouvons des différences. Plusieurs institutions ne peuvent nous préciser les qualifications de leur personnel. Lorsque la distinction est faite, la proportion de personnel soignant qualifié varie de 25 à 75%. Le rapport peut donc être complètement inversé selon les situations. Lorsque les aides soignantes possèdent une qualification, il s'agit surtout d'aides familiales, d'auxiliaires polyvalentes et plus rarement, de puéricultrices. 90% des répondants affirment donner la préférence aux aides soignantes en possession d'une qualification. Toutefois, la moitié d'entre eux déplorent l'inadéquation des qualifications disponibles sur le marché au travail en milieu hospitalier.

Sur le plan des personnes occupées, une institution sur deux ne serait pas en conformité avec les normes prévues. C'est du moins ce qui résulte des commentaires émis par les directions qui ont été contactées après l'envoi des résultats ; leur constat porte sur la situation du moment, c'est à dire fin 2001. Le questionnaire ne permettait pas de vérifier leur déclaration et rien ne permet de dire qu'il s'agit d'un manque permanent. Les déficits mentionnés concernent principalement le personnel infirmier ETP mais aussi le personnel soignant. Pour ce dernier, c'est surtout le niveau de qualification voire sa spécificité qui pose problème.

L'autre moitié des répondants estime la situation en « équilibre précaire », jugeant que l'équilibre actuel peut se confirmer avec l'arrivée de nouveaux diplômés en 2002 ou basculer vers une situation plus difficile. Plusieurs facteurs sont évoqués pour expliquer cette situation. Les candidatures d'infirmières graduées de la dernière promotion ont été moins nombreuses et n'a pas toujours pu être compensées par l'engagement d'infirmières brevetées. La localisation à proximité d'un établissement scolaire dispensant les formations n'est plus un gage de réussite d'engagement à la sortie des diplômées. Le nombre de candidatures spontanées a diminué en 2001, en comparaison avec l'année précédente (dans 60% des cas, cette réduction est de 75% par rapport à l'année académique précédente). Pour deux institutions proches de la frontière française, le nombre de candidatures a été 4 fois moins élevé en 2001 qu'en 2000.

Pour pallier le déficit de qualification, plusieurs institutions favorisent la formation de candidates internes. Les postes spécialisés seront ainsi assurés à terme, moyennant une certaine souplesse temporaire d'horaires et d'organisation et en accordant des congés-éducation à des candidats volontaires pour entreprendre une spécialisation. Une telle pratique semble « fidéliser » le personnel vis-à-vis de l'organisation qui lui a permis de se spécialiser. Certains hôpitaux se tournent vers d'autres profils professionnels, tels que les paramédicaux, mais ils déplorent alors la désorganisation des équipes qui en résulte et ils estiment qu'une nouvelle répartition de la charge de travail est nécessaire.

Trois institutions affichent une diminution, variant de 7 à 11%, de leur effectif entre 2000 et 2001⁶², sans que cette diminution n'ait résulté de départs volontaires de membres du personnel en poste⁶³. Pour deux d'entre elles, le nombre d'ETP a diminué mais dans des proportions moindres. La troisième augmente son volume d'ETP de plus de 6% tout en enregistrant une baisse de 7% du nombre de personnes occupées. Les autres établissements font état d'une faible augmentation de leur force de travail. L'augmentation du nombre de personnes et celle du nombre d'ETP n'est cependant pas proportionnelle, le nombre de personnes croît plus vite que le volume d'ETP, ce qui laisse supposer un recours plus fréquent au temps partiel.

Le rapport entre le nombre de personnes physiques et celui des ETP se situe dans les hôpitaux entre 1.15 et 1.30. Les statistiques de 1995 situaient ce rapport à 1.21 et celles de 2000 à 1.25.

Les proportions de temps partiel dans les institutions sont des plus diverses. Certaines institutions suivent une politique de facilitation du temps partiel, répondant positivement à chaque demande. Les demandes émanent des PAI plus âgés ou ayant une dizaine d'années d'ancienneté. Parmi le personnel soignant, les demandes de temps partiel sont moins liées à l'âge ou à l'ancienneté, mais plutôt à la lourdeur de la charge. Certains responsables craignent que les facilités ainsi offertes mettent en péril l'équilibre en personnel. D'autres institutions pratiquent au contraire une politique volontariste du temps partiel, proposant celui-ci dès l'engagement des candidats.

Forts d'un potentiel stable de main d'œuvre préférant le temps plein, ces hôpitaux veillent à respecter un équilibre et disent gagner en stabilité du personnel. Ils profitent également de ce que des « sacrifices » peuvent être plus facilement et temporairement consentis par les temps partiels lors d'une augmentation de la charge de travail ou de manque de

⁶² Pour ce calcul et ceux qui suivent, tout le personnel de soins (PAI et soignants) a été pris en compte.

⁶³ Une seule institution bruxelloise nous a mentionné des départs volontaires de personnel infirmier saisissant l'opportunité d'une offre de travail plus proche du domicile.

personnel pour motifs divers. Une troisième catégorie, peu nombreuse, d'institutions ne donne le choix qu'entre le temps plein et le $\frac{3}{4}$ temps. Celles-ci tiennent à réunir la charge de travail sur un nombre limité de personnes, ce qui permettrait d'assurer une meilleure organisation du travail.

Peu d'indications nous ont été rapportées concernant les postes à pourvoir. Les motifs de vacances de postes les plus souvent avancés sont les écartements pour raison de grossesse ou congés de maternité, de maladie et les diminutions volontaires du temps de travail. Le temps pendant lequel le poste reste inoccupé est jugé particulièrement long par la direction infirmière, sans qu'aucune indication ne soit donnée sur sa durée.

Les stratégies de gestion des ressources humaines

Les stratégies qui permettent à l'employeur de faire face aux situations décrites ci-dessus sont aussi diversifiées que les situations elles-mêmes, de sorte qu'il est difficile d'en dégager un ou plusieurs scénarios d'adaptation. Nous dégagerons plutôt une typologie des actions envisagées en les regroupant selon trois attitudes très contrastées par rapport à la gestion des ressources humaines.

Anticiper les besoins de personnel

Engagements surnuméraires

Accès aux formations visant à la spécialisation du personnel en fonction

Constitution d'une réserve de recrutement « active »

Scission de la charge de travail globale et répartition de tâches non liées aux soins (hôtellerie, buanderie, brancardage) sur des effectifs engagés dans le cadre des programmes de résorption du chômage (plan Rosetta, Maribel social, etc.)

Réduire les besoins de personnel

Fermeture temporaire de certaines unités à certaines périodes de l'année avec ré-affectation du personnel

Favoriser la répartition des compétences grâce à une organisation multi-sites

S'adapter aux besoins de personnel

Réorganisation ponctuelle des unités en fonction du taux d'occupation des lits

Augmentation du volume de prestations horaires / semaine

Délégation de tâches au personnel soignant

Recours au personnel intérimaire, aux étudiants, aux équipes mobiles.

De l'avis des responsables, « l'anticipation des besoins » devient difficile par le manque de marge de manœuvre. La « réduction des besoins » n'est acceptable qu'en veillant au maintien, et si possible à l'amélioration de la qualité des soins donnés. Ces deux orientations demandent de repenser l'organisation du travail, tandis que la troisième, en agissant au « coup par coup » nécessite des ajustements réguliers, coûte cher et crée un climat d'insécurité.

Il ressort de l'enquête que les institutions panachent les solutions et qu'elles sont conscientes de la précarité de celles-ci et partant, de leur manque de fiabilité sur le long terme.

4.4.2. L'intérim : solution de choix pour l'employeur et l'employé ?

Le contrat de travail intérimaire est un contrat par lequel un travailleur intérimaire s'engage vis-à-vis d'un bureau d'intérim, contre rémunération, à effectuer chez un utilisateur un travail temporaire rémunéré. Il peut être conclu à temps plein ou à temps partiel. Il n'est autorisé que dans les cas suivants :

- Remplacement d'un travailleur fixe dont le contrat de travail a été suspendu ou a pris fin ;
- Surcroît temporaire de travail chez l'utilisateur ;
- Travail exceptionnel.

La SUSPENSION peut survenir pour cause de : Maladie, accident de travail, accident survenu dans la vie privée, grossesse ou accouchement, vacances annuelles, petit chômage, absence pour chercher un nouvel emploi, absence dans le cadre d'un congé d'éducation ou suspension suite à un accord des parties.

Si la FIN DE CONTRAT survient du chef de l'employeur, le remplacement est limité à une période de 6 mois avec une prolongation possible de 6 mois.

Le SURCROIT TEMPORAIRE DE TRAVAIL désigne tous les travaux qui augmentent le volume de l'activité normale. La durée doit être fixée de commun accord avec la délégation syndicale ; à défaut, elle est de 6 mois, renouvelable.

Le TRAVAIL EXCEPTIONNEL désigne tous les travaux qui ne font pas partie des activités habituelles de l'entreprise. Il s'étend à la création de nouvelles fonctions ou peut être évoqué dans l'attente d'un recrutement, lorsque l'entreprise n'a pu trouver de travailleurs disponibles sur le marché de l'emploi, même après avoir fait appel au service régional de l'emploi. Si la durée de l'intérim excède 3 mois, il faut l'accord préalable de la délégation syndicale ou à défaut de sa présence, la communication de l'engagement au Fonds social pour les intérimaires. La durée maximale est de 12 mois.

« L'intérim est un mal nécessaire. Notre objectif serait de fonctionner sans, même si nous savons que ce n'est pas possible. » Tels sont les propos recueillis auprès de directions de soins infirmiers dans le secteur hospitalier.

En matière d'utilisation de l'intérim dans le champ de la santé, l'UPEDI (Fédération des entreprises de travail intérimaire - représente le secteur privé de l'intérim) avance le chiffre moyen de 350 ETP infirmiers par jour en mission d'intérim pour le pays⁶⁴. Toutefois, ces données ne sont que peu étayées de relevés précis. L'enquête menée par SESA auprès des

⁶⁴ Extrait de "L'intérim médical en quête de dialogue", Le Soir, 20-21/10/2001 - Les données consignées dans l'article ne nous ont pas été confirmées par l'Upedi, mais ont cohérentes avec les données du bilan social.

institutions hospitalières⁶⁵ a montré que seules 30 % des institutions hospitalières avaient recours à cette formule en cas de difficulté à pourvoir un poste infirmier vacant. Les institutions font rarement appel d'emblée à l'intérim. C'est une solution qui n'intervient qu'en deuxième ou troisième recours, soit quand aucune autre solution (équipe mobile, étudiants, autre répartition de la charge de travail, etc.) n'a pu être trouvée et que la vacance prolongée de la fonction porterait préjudice à l'organisation de l'unité de soins. Dans ce cas précis, on peut voir jusqu'à 7 postes vacants sur 10 confiés temporairement à des intérimaires. Les institutions sont réticentes à l'idée d'un engagement temporaire sous prétexte de manque de cohésion des équipes de travail et de la difficulté de poursuivre une politique de formation continue avec du personnel mouvant.

La situation régionale est cependant très différente. En Région bruxelloise, la mobilité des travailleurs est plus grande qu'en Région wallonne et une « tradition » du recours à l'intérim s'étant instaurée dans beaucoup de métiers, elle affecte également la profession infirmière. En Région wallonne, l'intérim est un phénomène plus récent.

Ce n'est pas encore une habitude professionnelle et le personnel intérimaire se sent encore mal intégré dans les équipes de travail.

Du point de vue des candidats intérimaires, l'hôpital attire plus par la technicité des fonctions, par les barèmes plus élevés, par les horaires fixes réservés aux intérimaires. Toutefois, tous les secteurs sont demandeurs : maisons de repos, soins et aide à domicile, accueil de la petite enfance (...). Dans ces deux derniers cas, l'intérim recueille également les candidatures du personnel soignant (auxiliaires de soins, aides familiales, garde à domicile). Le secteur marchand est également à la recherche de candidats. Il s'agit surtout de l'industrie pharmaceutique, pour laquelle le profil infirmier correspond à certaines fonctions commerciales ou de recherche.

Le candidat intérimaire présente plusieurs profils ; on retrouve des débutants qui utilisent l'intérim comme tremplin pour se forger une première expérience et « tester » les employeurs potentiels, des temps partiels en possession d'un contrat fixe qui souhaitent le compléter par des prestations intérimaires ou des femmes qui ont interrompu leur carrière et reviennent à l'exercice de la profession par le biais de l'intérim après 5 ou 10 ans d'arrêt de travail.

En matière de barème, la législation stipule que le salaire qui devra être accordé à l'intérimaire est celui que l'utilisateur donnerait à ce travailleur s'il l'engageait lui-même en appliquant le barème fixé en fonction de la convention collective de travail en vigueur. Il en va de même pour les primes et autres avantages, qui doivent être accordés⁶⁶.

Le secteur intérimaire vient de mettre fin à certaines pratiques d'attraction des candidats jugées déloyales en vertu des avantages offerts. En partenariat, les agences d'intérim spécialisées cherchent à obtenir un alignement des barèmes infirmiers dans les différents secteurs d'emploi sur ceux du secteur hospitalier.

Sur le plan de leur coût proprement dit, une récente comparaison⁶⁷, montre qu'en cas de prestations normales de jour, le salaire horaire d'un PAI intérimaire est majoré de 2.5 % à 5

⁶⁵ Enquête concernant le recrutement du personnel infirmier et du personnel soignant dans les hôpitaux, SESA, 2001, voir chap.4.2, section 2.

⁶⁶ Le montant payé par l'utilisateur à la société d'intérim est déterminé par cette rémunération à laquelle est appliqué un coefficient multiplicateur fixé à 2.12 (10/2001)

⁶⁷ *Comparaison du coût du personnel intérimaire par rapport au coût du personnel fixe*, Document de travail, mise à jour 10/2001, Assist Interim, diffusion avec l'aimable autorisation de Mme Meunier.

% par rapport au salaire lié à l'engagement de personnel fixe. Cette majoration peut atteindre un maximum de 12 % en cas de prestations de nuit ou de week-end.

Enfin, l'intérim, est aussi considéré comme un phénomène de tremplin, non seulement pour les candidats, mais aussi pour les employeurs qui y voient un nouveau mode de recrutement, le temps pour chacun de faire son choix.

4.4.3. Bilan des mesures gouvernementales déjà prises pour améliorer la situation

Dans le cadre de ce chapitre, nous nous attacherons principalement à développer les mesures concrètes prises en exécution du plan pluriannuel pour le secteur des soins de santé et les diverses propositions faites par le Gouvernement pour répondre aux difficultés de recrutement du personnel infirmier :

- Plan pluriannuel pour le secteur de la santé
- Note politique déposée le 11 juillet 2001 et approuvée le 18 juillet 2001 par le Gouvernement

4.4.3.1. Plan Pluriannuel pour le secteur de la santé et bilan des mesures déjà prises

L'année 2000 a été marquée par la conclusion d'un plan pluriannuel pour les secteurs des soins de santé du secteur privé (1er mars 2000) et du secteur public (novembre 2000). Ces accords injectent dans le secteur fédéral des soins de santé 335 millions d'euros (13.4 milliards de BEF) étalés sur une période de 6 ans. Ces deux accords sont l'amorce de meilleures perspectives pour le secteur des soins de santé en général et pour le personnel infirmier en particulier.

Les partenaires sociaux (employeurs et organisations syndicales) se sont engagés à exécuter ces principes sous forme de conventions collectives de travail à conclure dans les Commissions Paritaires au plus tard pour le 1er octobre 2000.

Dans cette perspective et compte tenu des possibilités budgétaires, le Ministre des Affaires Sociales, la Ministre de la Santé Publique et la Ministre de l'Emploi proposent un plan comportant onze mesures en faveur du personnel du secteur de la santé.

a) L'harmonisation des barèmes

Dans le secteur fédéral des soins de santé, différents barèmes sont d'application. Dans le secteur des MRPA/MRS, des soins infirmiers à domicile et dans les services de transfusion sanguine de la Croix Rouge, il faut aligner les barèmes sur ceux appliqués dans les hôpitaux à tout le personnel. Cette harmonisation porte sur le barème proprement dit,

l'allocation de foyer et de résidence, la rémunération des prestations irrégulières et la prime de fin d'année. Cette harmonisation doit être organisée étape par étape à partir d'octobre 2000 et aller jusqu'en 2005.

A cet effet, l'autorité prévoira, par une augmentation des forfaits, 192.5 millions d'euros (7.7 Milliards BEF) de moyens supplémentaires dans les secteurs des MRPA et des MRS. Cette augmentation des barèmes doit être réalisée en concomitance avec les mesures structurelles qui seront préparées dès à présent, comme la reconversion de places MRPA en MRS, le contrôle effectif du respect des normes de personnel et l'élaboration d'un autre système de financement pour les MRPA et MRS.

Pour l'harmonisation des barèmes dans les services de transfusion sanguine de la Croix Rouge, il est prévu un montant de 5 millions d'euros (200 millions FB).

Afin de conserver l'avantage du financement sus-mentionné, les employeurs du secteur concerné transmettront à l'INAMI ou au Ministère des Affaires sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement une attestation prouvant la réalisation de l'harmonisation des barèmes, indiquant aussi le coût de la mesure et la répartition entre les différentes catégories de personnel.

Bilan des mesures prises :

Cette harmonisation est en cours actuellement pour tous les secteurs concernés. Toutefois, dès le début de l'année 2002, la CCT a été dénoncée par Cobeprivé et la FIH-W qui jugent insuffisants les moyens financiers supplémentaires qui seront accordés.

b) La révision des barèmes

A partir d'octobre 2001, une augmentation générale des salaires sera accordée à concurrence de 1 % pour tous les secteurs fédéraux des soins de santé. Dans les hôpitaux, l'augmentation du salaire sera également financée pour le personnel hors prix de journée.

Bilan des mesures prises :

la révision générale des barèmes est entrée en application au 1er octobre 2001.

c) Statuts précaires

Le seul problème posé à l'autorité fédérale est celui du personnel FBI (Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi) dans les hôpitaux. En effet, 5 670 ETP payés au moyen d'une prime versée par l'ONSS-APL doivent attendre tous les 2 ans une décision en matière de poursuite du financement. Afin que chacun des membres du personnel puisse se voir offrir un contrat à durée indéterminée, il est décidé de convertir la décision temporaire de financement en décision unique et permanente de financement.

Bilan des mesures prises :

L'A.R. du 28 juin 2000 a prorogé le FBI pour une durée indéterminée.

d) La réduction du temps de travail et la fin de carrière.

Des mesures adéquates devraient rendre la fin de carrière plus attractive et viser soit à ce que les personnes poursuivent leur carrière plus longtemps, soit à ce qu'elles puissent travailler plus aisément à temps plein. Aussi est-il prévu pour tout le personnel infirmier, soignant et assimilés travaillant à temps plein, l'octroi d'une prime à l'âge de 45 ans. Cette prime peut être octroyée sous la forme d'un supplément de temps libre avec maintien du salaire (réduction sélective de la durée du travail) ou sous la forme d'une prime supplémentaire venant s'ajouter au salaire normal pour les personnes qui optent pour la poursuite d'un emploi à plein temps.

Concrètement, les mesures suivantes sont prévues :

- à partir de 45 ans : soit travailler 36 h (- 2 h) avec maintien du salaire, soit continuer à travailler à temps plein avec octroi d'un bonus supplémentaire ou prime salariale ;
- à partir de 50 ans : soit travailler 34 h (- 4 h) avec maintien du salaire, soit continuer à travailler à temps plein avec octroi d'un bonus supplémentaire ou prime salariale ;
- à partir de 55 ans : soit travailler 32 h (- 6 h) avec maintien du salaire, soit continuer à travailler à temps plein avec octroi d'un bonus ou prime salariale.

A cet effet, les moyens sont exclusivement affectés soit à l'augmentation des salaires des travailleurs qui ne diminuent pas leur temps de travail, soit à l'embauche compensatoire des travailleurs qui optent pour une diminution de leur temps de travail. En principe, la prime ci-dessus, liée à l'ancienneté, devra chaque fois être égale au coût de la diminution de la durée du temps de travail. Pour ces mesures relatives à la problématique de fin de carrière, il est prévu un montant de 62.5 millions d'euros (2.5 Milliards BEF) en vitesse de croisière.

Pour la conclusion de la Convention collective de travail et dans le cadre du budget défini, on règlera la situation des personnes qui, respectant les conditions d'âge et d'années d'ancienneté dans la carrière, sont occupées à temps partiel, au moins à mi-temps. Enfin, pour préparer la mise en œuvre du cadre général signalé à l'alinéa 1, des expériences pilotes sur la réduction du temps de travail seront financées via les fonds de récupération du Maribel Social.

Bilan des mesures prises :

A partir du 1er août 2001, le personnel infirmier et le personnel soignant qui effectuent des tâches de soins, ainsi que le personnel qui les encadre (comme les infirmières en chef) et le personnel assimilé peuvent bénéficier des mesures de fin de carrière prévues dans le cadre des conventions collectives de travail conclues au sein de la Commission paritaire compétente et dans les protocoles d'accords conclus au sein des comités de négociation compétents organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de cette autorité.

Par personnel assimilé, il faut entendre: les travailleurs (employés et ouvriers) qui effectuent chaque mois, et ce durant la période de référence de 12 mois précédant le mois pendant lequel la demande est faite, 2 des 5 prestations irrégulières (dimanche, samedi, jour férié, service de nuit ou services ininterrompus), pendant laquelle les périodes de maladies ou de vacances sont neutralisées.

Dès lors, à partir du 1er août 2001, tout ce personnel a droit, à partir de 45 ans et indépendamment de leur régime de travail, à 12 jours de compensation payés supplémentaires ou à une prime égale à 5.26 %, calculée sur son temps plein. Au plus tard, à partir du 1er décembre 2002, le même personnel qui aura atteint l'âge de 50 ans aura droit à 24 jours de compensation payés supplémentaires ou à une prime égale à 10.52 % calculée sur son salaire temps plein et au plus tard au 1er décembre 2003. Ceux qui auront atteint l'âge de 55 ans auront droit à 36 jours de compensation payés supplémentaires ou à une prime de 15.78 %. Pour les temps partiels, les avantages sont accordés proportionnellement.

Le Ministre des Affaires Sociales, Franck Vandebroucke, informe les gestionnaires des hôpitaux, dans une lettre-circulaire du 18 mai 2001, que s'il apparaît, après évaluation, qu'il reste encore une marge budgétaire, les dates d'entrée en vigueur du 1er décembre 2002 et du 1er décembre 2003 seront avancées.

e) Accompagnement des débutants et des personnes qui reprennent leur carrière

On constate un manque de disponibilité des infirmières en place pour accompagner les jeunes gens qui entament leur carrière ou les personnes qui veulent reprendre leur carrière après des années d'interruption. Cette situation suscite des déceptions et peut conduire ces travailleurs à cesser rapidement leur carrière. Aussi, dans chaque hôpital, un travailleur ETP supplémentaire sera financé à cet effet. Il aura pour fonction d'accompagner les stagiaires, les débutants et les personnes qui reprennent leur travail. Les membres du personnel qui sont désignés pour cet accompagnement devront, de préférence, disposer d'une grande expérience sur le terrain et de qualités pédagogiques.

Sept millions et demi d'euros (300 Millions BEF) sont prévus pour cet accompagnement.

Bilan des mesures prises

L'Arrêté Ministériel du 29 septembre 2000 (M.B. du 25 octobre 2000) augmente le budget de la sous-partie B2 des hôpitaux généraux et psychiatriques d'un montant de 32 500 euros (1 300 000 BEF) afin de couvrir le coût relatif à l'engagement d'un travailleur infirmier équivalent temps plein chargé spécifiquement d'accompagner :

- _ les débutants qui appartiennent à la catégorie du personnel infirmier ;
- _ les personnes qui reprennent leur travail ;
- _ les étudiants infirmiers et accoucheurs.

Le temps de travail de l'infirmier(e) accompagnateur(trice) peut être réparti sur plusieurs temps partiels. Ces personnes doivent être en possession d'un diplôme ou d'un titre d'infirmière graduée et avoir des qualités pédagogiques. Une préférence sera accordée aux personnes qui disposent d'une formation ou d'une expérience dans une fonction dirigeante ou pédagogique.

Le ou les remplaçants doit (doivent) être occupé(s) dans les unités de soins pour une durée totale d'un équivalent temps plein.

Ces 2 catégories relèvent de la responsabilité du chef de département infirmier.

Pour conserver le financement, les hôpitaux transmettent avant le 1er octobre 2000 :

- L'identité des personnes chargées de l'accompagnement ;
- Une copie du contrat de la ou des personne(s) embauchée(s) ;
- L'avis écrit du Conseil d'Entreprise (pour les hôpitaux privés) ou du Comité de concertation compétent (pour les hôpitaux publics) sur la désignation de la ou des personne(s) chargée(s) de l'accompagnement et sur l'embauche compensatoire.

f) Projet de formation pour les praticiens de l'art infirmier

Ce projet vise à offrir à 600 personnes qui ont les qualifications nécessaires pour entamer la formation, travaillant dans le secteur, avec maintien du salaire, la possibilité de suivre une formation de 3 ans pour devenir praticien de l'art infirmier.

Bilan des mesures prises :

Ce projet a été lancé en juin 2000. En l'espace de 2 semaines, 1 863 candidatures ont été réceptionnées, 619 ont été sélectionnées (263 francophones et 356 néerlandophones) et parmi les candidatures sélectionnées, 470 personnes poursuivent leur formation (situation au 30/06/01).

Ce projet a été renouvelé en 2001 en faisant appel aux moyens encore disponibles au sein des Fonds Maribel Social. Suite aux nombreux abandons de la promotion précédente, les membres du Fonds décidèrent de réajuster le mode de mise en œuvre du projet (édition d'une brochure d'information, amélioration des délais, contrôle préalable des diplômes, standardisation de la procédure de sélection dans les trois régions, notification des sélections avant la période des congés annuels, ...).

Le Gouvernement demande de ne plus tenir compte d'un âge limite dans la procédure de sélection; la sélection est ouverte aux candidats jusqu'à 55 ans.

Le Fonds intersectoriel des Services de Santé a communiqué les résultats au 15/11/2001 pour le secteur privé ; pour la promotion 2000-2001 (soit pour 619 candidats sélectionnés, francophones et néerlandophones), 58 % des étudiants sont encore inscrits au cours (2ème ou 3ème année), 12 % ont obtenu leur diplôme infirmier, 4 % ont échoué et 26 % des candidats ont annulé ou abandonné leur formation. Pour la promotion 2001-2002 (soit pour 318 candidats sélectionnés, francophones et néerlandophones), 75 % sont inscrits au cours, 19 % doivent envoyer la preuve d'inscription au cours et 6 % ont annulé ou abandonné leur formation.

Au total, pour ces 2 promotions, 74 personnes ont été diplômées et 580 sont en cours d'étude. L'impact à court terme sera donc plutôt modeste. Des répercussions plus importantes peuvent être attendues pour les années 2003 et 2004. Cette donnée devra être suivie de près.

g) Concertation sociale

En vue d'améliorer le dialogue social et la représentation des interlocuteurs, il est proposé de réorganiser les commissions paritaires (CP) :

- _ créer dans la CP 305 (soins de santé) 5 sous-commissions (hôpitaux, MRS/MRPA, centres de rééducation, soins à domicile et divers) ;
- _ créer une CP 330 avec différentes sous-commissions par autorité subsidiaire pour les services qui dépendent de la sous-commission 305.2 (établissements et services de santé).

En ce qui concerne les problèmes ponctuels posés au sein des CP, notamment les 318 et 319 (aides familiales et aides seniors), un groupe de travail spécifique et ponctuel sera organisé. Une réunion commune des différentes CP sera organisée ultérieurement, si nécessaire, pour examiner les superpositions éventuelles des champs de compétence. Pour encourager la concertation sociale, il est prévu d'abaisser le seuil pour la création de la délégation syndicale.

Bilan des mesures prises :

Cette concertation ne semble pas être effective en juin 2002.

h) Statut d'ouvrier

L'écart entre le statut d'ouvrier et le statut d'employé doit être progressivement comblé. Pour cette raison, il est proposé de supprimer dans un premier temps le jour de carence. Simultanément, le paiement de la rémunération des ouvriers se fera par échéances mensuelles, sans modification des règles permettant d'établir cette rémunération. Une période de transition sera prévue. En ce qui concerne les délais de préavis, il est renvoyé au contenu de l'accord interprofessionnel.

i) Formation des praticiens de l'art infirmier

Les deux formations de praticiens de l'art infirmier existantes sont maintenues :

- _ la qualification d'infirmière graduée après 3 ans de formation organisée dans le cadre de l'Enseignement Supérieur d'un seul cycle ;
- _ la qualification d'infirmière brevetée ou diplômée - cette formation est organisée dans le cadre de l'enseignement professionnel du 4ème niveau.

En concertation avec les Communautés, création d'une passerelle entre les infirmières brevetées et les infirmières graduées, tenant compte de l'expérience professionnelle du candidat. Cette formation ne doit pas nécessairement être organisée en enseignement de jour à temps plein, mais pourrait être développée par le biais d'un système modulaire. Cette solution permet de tenir compte de l'expérience pratique du personnel infirmier.

L'organisation de cette formation doit permettre la poursuite du travail. Pour les infirmières brevetées avec au moins dix ans d'expérience professionnelle, des mesures transitoires seront mises sur pied pour une durée limitée.

L'appellation « Titre Professionnel Particulier » est transformée en « compétence professionnelle particulière ». Dans le futur, les compétences professionnelles particulières ne seront accessibles qu'aux infirmières graduées.

Dans ce cadre, deux possibilités sont prévues, à savoir :

- soit 5 ans d'expérience effective sur le terrain dans ce domaine et une année d'études supplémentaire, après la 3ème année;
- soit 5 ans d'expérience effective sur le terrain et une formation complémentaire via la formation permanente, organisée et donnée par l'enseignement supérieur.

En ce qui concerne les droits acquis, une réglementation particulière sera mise au point pour les infirmières brevetées. Pour l'exécution des mesures précitées, une concertation sera nécessaire avec les Communautés compétentes pour l'enseignement et la formation. Une concertation avec les Communautés sera menée afin de maintenir la formation à un niveau élevé de qualité. Par ailleurs, un groupe de travail devra examiner la classification des fonctions. Un co-financement des pouvoirs publics permettra de réaliser une étude en la matière.

Bilan des mesures prises :

Les deux filières de formation d'infirmière graduée et d'infirmière brevetée sont maintenues. Une passerelle entre le brevet et le graduat infirmier a été mise en place en Flandre par le Décret de la Communauté flamande d'août 2000 et, en Communauté française, par le Décret du 20 décembre 2001 (MB 01/01/2002).

j) Formation permanente

Le Gouvernement fait appel à tous les employeurs du secteur des soins de santé afin qu'ils offrent à chaque membre du personnel le maximum de formation permanente. La formation permanente est une nécessité absolue en raison de l'évolution de la demande de soins et de l'évolution de la technologie. La formation collective fera l'objet d'un débat périodique au Conseil d'entreprise ou, à défaut, avec la délégation syndicale. Les employeurs sont invités à faire des propositions en CP avant la fin de l'année 2002.

k) Attractivité de la profession

L'attractivité de la profession ne tient pas seulement à l'harmonisation, à l'augmentation des salaires, à la réduction du temps de travail ou à d'autres mesures relatives à la problématique de fin de carrière. Des mesures spécifiques complémentaires sont nécessaires pour maintenir, voire augmenter cette attractivité: une organisation de travail plus humaine, des horaires mieux adaptés, une meilleure description des tâches de toutes les catégories de personnel, la clarification de l'application des prescriptions légales et

réglementaires, l'amélioration des mesures relatives à l'accueil des enfants pour les travailleurs du secteur non-marchand, les services de garde.

Les trois Ministres s'engagent à accompagner ce processus. La Ministre de la Santé Publique, le Ministre des Affaires Sociales et la Ministre de l'Emploi organiseront avant les grandes vacances une campagne d'information visant à améliorer l'image du secteur. Les trois Ministres font appel aux partenaires sociaux, afin qu'ils collaborent à rendre une image du secteur plus positive, de manière à ce que suffisamment de jeunes apprennent « les métiers de soins ».

Bilan des mesures prises :

Un groupe de travail « Attrait de la profession infirmière » a été créé au sein du Cabinet de la Ministre de la Santé Publique, à l'époque Mme Aelvoet. Il a dressé un inventaire des points importants permettant de rendre la profession infirmière plus attrayante en ciblant trois perspectives d'action: les horaires irréguliers, la charge physique et la charge psychique inhérentes à l'activité professionnelle.

La campagne publicitaire, lancée en mars 2001, a été largement diffusée au moyen de spots télévisés, de dépliants, d'annonces dans les hebdomadaires, d'un numéro d'appel gratuit, d'une adresse électronique et d'un site Internet. Elle suscita de nombreuses prises de contact (plus de 39 000 entre le 21 mars et le 21 mai, 31 000 via internet et 7 900 par téléphone). Elle essuya également de nombreuses critiques de la part des milieux professionnels, jugeant peu crédible et mal orientée la présentation des arguments visant à encourager les jeunes à suivre une formation d'infirmière. Une campagne similaire est mise en place pour l'année 2002-2003.

4.4.3.2. Note politique déposée le 11 juillet 2001 et approuvée le 18 juillet 2001 par le Gouvernement

Cette note politique, proposée par les Ministres fédéraux de la Santé Publique, de l'Emploi et des Affaires Sociales, a été déposée au Conseil des Ministres le 11/07/2001 et approuvée par le Gouvernement le 18/07/2001. Elle place le personnel infirmier au centre des préoccupations en faisant un bilan des mesures déjà prises en exécution du plan pluriannuel pour le secteur de la santé et en proposant de nouvelles mesures encore à prendre pour le secteur.

a) Bilan des mesures déjà prises

La Loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé apporte de nombreuses précisions à l'AR N° 78 qui portera désormais le nom de « Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. ». Il vise notamment à permettre de conclure des accords clairs sur la répartition des tâches au sein du secteur des soins de santé. Il définit notamment la fonction d'aide-soignante en appui de l'infirmière. La mise en œuvre opérationnelle de cette fonction nécessite un travail important pour en fixer le cadre et les limites, les compétences qu'elle requiert ainsi que la manière de les reconnaître. Les controverses à ce sujet n'ont pas manqué et des associations professionnelles (FNIB et UFII) ont déposé auprès de la Cour d'arbitrage un recours en annulation portant sur plusieurs articles de la Loi, notamment les articles 42 à 45 qui concernent l'aide soignante. En ce qui concerne lesdits articles, l'arrêt N° 78/2003 du 11

juin 2003 a rejeté ce recours. Les dispositions nécessaires pourront donc être prises, en espérant qu'un large accord puisse être trouvé en ce domaine difficile mais combien nécessaire pour assurer un travail de qualité dans les équipes de soins.

La création d'un cadastre du personnel infirmier répondra à la nécessité de disposer de statistiques relatives aux praticiens infirmiers et aux personnes ayant obtenu le diplôme y afférent. Les pouvoirs publics ne peuvent d'ailleurs mener une politique de ressources humaines digne de ce nom dans le secteur des soins que s'ils disposent de ce genre de données.

b) Conclusions relatives aux mesures encore à prendre

1. Un suivi efficace des projets en cours, en ce compris la campagne visant à améliorer l'image de marque de la profession et les efforts sur le plan de la formation, l'élaboration de projets complémentaires, ... sont indispensables. Un groupe de travail sera également constitué en vue d'examiner les sujets suivants: la procédure d'homologation de diplômes infirmiers obtenus à l'étranger, l'opportunité de mettre des assistants logistiques à la disposition des unités de soins et le marché d'interim. Pour ces raisons, un groupe restreint pourrait élaborer deux fois par an (au mois de mars et au mois d'octobre) un rapport de suivi global pouvant servir de base à l'ajustement des projets en cours et à la prise en considération de propositions complémentaires.. Le cadastre du personnel infirmier est l'un des instruments dont devrait disposer ce groupe de travail.
2. Un contrat d'étude a été conclu entre le Ministère des Affaires sociales, de la santé publique et de l'Environnement et la « Universitaire Instelling Antwerpen » concernant la « reconnaissance des compétences acquises ailleurs » (RCA). Cette initiative a été prise en raison de la pénurie de personnel qui caractérise le secteur des soins de santé et vise à étudier les possibilités que peut offrir le principe de la reconnaissance des compétences acquises ailleurs (RCA). « Ailleurs » vise les compétences acquises en dehors de l'enseignement formel et celles acquises par l'expérience, c'est-à-dire dans le milieu professionnel, dans certaines organisations, dans le milieu familial. Les compétences en matière de soins peuvent être transférées de l'environnement informel vers le contexte formel. Pour cela, il s'agit d'identifier et de reconnaître ces compétences. Après identification, elles peuvent être développées par le biais de l'éducation et de la formation. La certification leur donne un caractère officiel. L'application du principe des RCA implique que l'on offre la possibilité de suivre des formations abrégées et sur mesure. Il s'agit là d'une possibilité intéressante de recyclage pour des personnes qui ont entamé des formations dans le secteur des soins mais ne les ont pas achevées ou qui ont opté pour une autre formation ou profession à orientation humaine. Les RCA sont donc un instrument destiné à privilégier l'entrée de nouveaux praticiens dans la profession. Tenir compte des compétences offre davantage de chances d'épanouissement aux personnes concernées, favorise leur passage à d'autres fonctions et freine les départs anticipés. Quelques éléments des RCA sont déjà appliqués en Belgique. Exemples: la formation en alternance et la formation « passerelle ».
3. Les interlocuteurs sociaux du secteur des soins de santé pourraient, comme cela se fait d'ailleurs à l'étranger (France, Pays-Bas, ..) développer ces possibilités. Les résultats de cette recherche ne pourront être retenus comme perspective qu'à partir de 2003. Le rapport de l'étude sera transmis à tous les partenaires sociaux.
4. Des formules de formation en alternance doivent être développées.

5. Les initiatives des services de l'emploi (VDAB, FOREM, ORBEM) relatives à la formation des personnes qui réintègrent une profession devraient être développées.
6. Les études d'infirmières sont reprises dans la liste des professions pour lesquelles il y a pénurie (liste dressée chaque année par l'ONEM, en collaboration avec FOREM, VDAB et ORBEM). Dès lors, le chômeur indemnisé qui entame les études visées, conservera ses allocations de chômage pendant la durée des études. Les Ministres signataires de la présente note demanderont aux Ministres compétents des Communautés et des Régions d'autoriser les services de l'emploi à promouvoir cette possibilité.
7. Le développement de formations modulaires permettra aux personnes actives dans les secteurs de la santé de s'insérer, après avoir apporté la preuve des compétences déjà acquises, dans le parcours de formation infirmière à un stade déterminé.
8. A court terme, une aide spécifique est proposée pour les kinésithérapeutes qui optent pour la profession d'infirmière graduée, un titre professionnel qu'ils peuvent acquérir après deux ans de formation. Cette mesure sera limitée dans le temps. Par analogie au plan de formation 600, on propose que les kinésithérapeutes occupés dans le secteur fédéral des soins de santé puissent accéder à un programme d'études de deux ans en vue de l'obtention du titre d'infirmière graduée. Le remplacement serait financé par les moyens non récurrents qui sont encore disponibles dans le cadre des Fonds du Maribel Social. Les kinésithérapeutes engagés à titre de remplaçants devraient pouvoir accéder à ce programme de formation.
9. Le financement des hôpitaux et des maisons de repos pour personnes âgées est notamment lié aux normes concernant le personnel. Pour les hôpitaux, les normes de base en matière d'encadrement sont mêmes coercitives. Il y a cependant une plus grande souplesse en matière de financement complémentaire. Pour les MRS et les maisons de repos, les normes sont tellement restrictives qu'il n'est pas rare que les établissements mettent davantage de personnel infirmier à la disposition des résidents. Dans le secteur des soins à domicile, une certaine flexibilité pourrait être proposée, permettant, dans certaines limites, au personnel infirmier d'être remplacé par d'autres professionnels soignants. Cette flexibilité pourrait être introduite dans les normes.
10. En matière de financement des investissements non médicaux dans les hôpitaux, il est proposé de réserver une partie de ce financement à des mesures d'amélioration des conditions de travail. L'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers sera demandé au sujet du nombre de lits réglables en hauteur et des équipements ergonomiques dont doit disposer un établissement. Il lui sera demandé de se prononcer quant au fait de savoir si, à partir d'une date déterminée, une construction nouvelle ou un bâtiment rénové ne pourrait être mis en exploitation que si tous ses services pour adultes sont équipés de lits réglables en hauteur.
11. Un groupe de travail interdépartemental définira un cadre réglementaire visant à améliorer la politique de prévention des maux de dos du personnel soignant. Ce groupe examinera également la possibilité d'intervention du Fonds des Maladies Professionnelles.
12. Mesures quantitatives spécifiques
 - a) Il est proposé de rédiger une circulaire précisant que le travail en nuits fixes est autorisé pour autant qu'il y ait chaque année un cycle de formation permanente prenant la forme de la participation au service de jour et ce pendant une certaine période.

- b) Il faudra tenter de mettre au point un système associant le RIM à la lourdeur de la charge de travail infirmier dans un service déterminé. Les résultats de ce système seront discutés au sein de l'organe de concertation approprié de l'établissement.
 - c) Un collège d'évaluation de l'activité infirmière (art 17 quater de la loi sur les hôpitaux) sera constitué pour les domaines imposés (dossier infirmier, FANA = fautes, accidents et « near-faults », infections nosocomiales et prévention des plaies de décubitus). Des directives nationales devront être élaborées pour améliorer la qualité de l'activité infirmière.
 - d) L'avis du CNEH sera sollicité dans le but d'accroître le nombre minimum d'infirmières dans les comités locaux d'éthique.
 - e) On tentera de favoriser l'obtention des qualifications particulières dans le système de formation en alternance. Une qualification particulière ne pourra, dans tous les cas, être obtenue qu'après 5 ans d'expérience professionnelle.
 - f) On veillera à faire en sorte que le nombre d'heures de formation à suivre pour l'obtention d'une qualification professionnelle particulière ne soit pas supérieur au nombre maximal d'heures de formation pris en considération dans le cadre de la législation relative au congé éducation payé. Dans ces conditions, un travailleur pourra suivre une formation de longue durée sans devoir y consacrer des jours de congé ou de compensation. Cela requiert une adaptation du nombre d'heures de formation à suivre pour obtenir une qualification professionnelle.
 - g) On examinera, en vue de réduire la charge émotionnelle, les possibilités d'offrir au personnel un soutien psychologique lors d'expériences traumatisantes et émotionnelles. De cette manière, l'on anticipe le besoin de réduire la charge émotionnelle en permettant de développer une plus grande aptitude à utiliser ces expériences et l'on prévient ainsi le burn-out suffisamment tôt. A cet effet, on procèdera à l'évaluation des structures existantes et l'on réexaminera la formation en fonction des risques actuels.
13. Mesures appartenant à la compétence des interlocuteurs sociaux. Les souhaits suivants ont été formulés :
- a) Les horaires du personnel infirmier et soignant devraient être connus au moins 15 jours à l'avance.
 - b) Il faudrait aussi veiller à mieux respecter la réglementation du travail lors de l'établissement des horaires.
 - c) La création d'un groupe de travail « horaire de travail » au sein du conseil d'entreprise ou à défaut dans le cadre de la délégation syndicale ou de l'organe de concertation approprié devrait également être envisagée. Ce groupe de travail devrait aborder les points suivants : la législation sur le temps de travail, les principes de santé à prendre en considération lors de l'élaboration des horaires, la structure du personnel, les temps de travail en combinaison avec les soins à donner aux patients, les remarques des travailleurs, des cadres et des infirmières en chef sur le temps de travail et les changements d'horaire.
 - d) Les horaires coupés ne devraient pas être organisés systématiquement sauf avec l'accord du travailleur concerné ou au cas où l'organisation du service le nécessite.
 - e) Les employeurs devraient motiver leurs décisions si elles dérogent aux avis du comité pour la prévention et la protection du travail.

- f) Les membres du personnel qui obtiennent un diplôme d'un niveau plus élevé par le biais de la formation complémentaire devraient conserver leur ancienneté dans la mesure où ce diplôme supérieur est utile pour l'exécution de leur fonction. Une même règle pourrait trouver à s'appliquer aux personnes qui réintègrent la profession en tenant compte de l'expérience effectivement acquise.
- g) Il faudra examiner de quelle manière les inspections peuvent être organisées efficacement. L'inspection des lois sociales du Ministère de l'emploi et du Travail assurera en particulier le suivi de la réglementation du travail.
- h) L'on vérifiera aussi de quelle manière les différentes visites d'inspection peuvent être davantage harmonisées.

4.5. Etat de la situation dans trois pays européens et au Canada

Les informations nécessaires à une comparaison internationale des effectifs de personnel infirmier et soignant et de leur planification sont dispersées et très souvent incompatibles d'un pays à l'autre. Ainsi, l'étude, commanditée par la Commission européenne en 1995, portant sur le personnel infirmier et les accoucheuses et confortée par d'autres sources internationales récentes (OCDE, OMS,...), a montré clairement que les bases de données des Etats Membres étaient souvent incomplètes, dépassées ou imprécises. Ces faiblesses rendent difficile toute comparaison entre les différents pays. Le terme 'infirmières' lui-même ne désigne pas les mêmes professionnels au travers de l'Europe. La présentation *transversale* de la situation de quatre pays doit donc être envisagée en tenant compte de cette difficulté.

Soulignons que nous sommes tributaires des informations communiquées par les différents pays pour établir un état des lieux. Certains d'entre eux, tels le Canada, publient leurs statistiques sur le Web, afin d'assurer une grande transparence, d'autres se limitent aux revues de presse plus ou moins complètes, plus ou moins fiables.

4.5.1. En France

En France, la profession infirmière est une profession paramédicale. Son rôle est défini par ce statut et par un décret du 13 mars 1993, communément appelé « décret de compétence ».

Evaluation de la pénurie et raisons évoquées

Selon Rongères, il manque de 15 000 à 20 000 infirmières, dont 6 000 sur 35 000 dans l'hospitalisation privée - où les salaires sont plus faibles. Une énorme erreur de planification est à l'origine de cette carence: une politique malthusienne de formation a été appliquée dans les écoles d'infirmières, alors que le mouvement de baisse globale de cette

catégorie de personnel était enclenché. En 1996, le numerus clausus est passé de 18 000 places à 16 000. En 1999, les directions des hôpitaux ont du se battre pour arracher 1 000 places de plus. L'année suivante, en 2000, la bévue était enfin réparée, et le nombre de places dans les écoles d'infirmières a été doublé pour arriver à 26 000 par an ; la réforme des 35 heures, fixée par la loi au 1er janvier 2001, risque toutefois d'aggraver la situation de pénurie.

Problèmes évoqués

1. La grille barémique entrave l'avancement des infirmières. L'accès du grade "normal" à la "classe supérieure" est réservé à 15 % de l'effectif infirmier. De toute façon, le passage d'un grade hospitalier à un autre n'offre qu'un mince avantage. Ainsi pour une infirmière de la voie générale, le traitement mensuel de base est, au maximum, de 2 085 euros (13 896 FF) dans la classe supérieure contre 1 970 euros (13 145 FF) au plafond du grade normal .
2. La pyramide des âges des professionnels infirmiers est trop jeune (liée à des départs en retraite importants).
3. Le métier a perdu de son aura et les écoles ont du mal à recruter.
4. Les horaires sont inconfortables, les charges physiques et psychiques très lourdes.
5. Les infirmières libérales font face à une contrainte de taille : pour s'installer en tant qu'infirmière libérale, l'infirmière doit avoir au préalable travaillé au moins trois ans dans un établissement (selon la convention nationale). Ce principe est en soi contestable, puisque le diplôme d'Etat devrait être la seule condition pour exercer partout (l'exercice en établissement n'est pas non plus un bon entraînement pour préparer l'infirmière à l'exercice libéral). Dans le contexte actuel de pénurie, les infirmières libérales n'en ont que plus de difficultés à trouver une remplaçante ou une associée⁶⁸.
6. Il y a trop d'inégalités selon les régions. Le pays est coupé en deux quant au recours aux soins de ville. Les régions Rhône-Alpes, Côte d'Azur, Midi Pyrénées, Aquitaine font état d'une densité professionnelle de soignants très forte et d'une activité individuelle très élevée.

Solutions proposées

1. Les syndicats réclament un accès plus large aux échelons supérieurs ou une révision générale des grilles barémiques.
2. De grandes campagnes de publicité sont organisées pour attirer les étudiantes et le retour de diplômées inactives. Exemple : campagne de retour à l'emploi destinée aux 50 000 infirmières diplômées qui ont cessé leur activité pour élever leurs enfants ;

⁶⁸ TOUBA A., Actu Soins, Soins n°661, décembre 2001, p.7

3. Des conventions multilatérales avec les Ministères de la Santé des pays voisins sont signées et plus particulièrement avec l'Espagne, permettant de recruter les infirmières espagnoles au chômage.
4. En mars 2000, 1.5 milliards d'euros (10 milliards FF) sur trois ans ont été dégagés pour l'hôpital, afin "de régler des problèmes immédiats et engager des actions structurelles".
5. La ministre de l'Emploi et de la Solidarité (à l'époque, Elisabeth Guigou) a annoncé des mesures en faveur des infirmiers spécialisés (anesthésistes, blocs opératoires).
6. La ministre a fait état de la création "d'une grille spécifique" pour prendre en compte les "responsabilités particulières" des infirmiers anesthésistes (Iade) et des blocs opératoires (Ibode) ;
7. "Un décret d'actes infirmiers" a été transmis à la commission consultative compétente puis à l'Académie de médecine, enfin au Conseil d'Etat pour publication.
8. Des projets sociaux innovants avec gardes le mercredi, crèches ouvertes aux horaires de travail, mi-temps ou temps partiels choisis, alternance possible à l'hôpital sans sanction de carrière devraient être envisagés pour rencontrer les besoins d'une population professionnelle majoritairement féminine ;
9. A l'occasion du passage aux 35 heures, 50 000 postes devraient être créés en trois ans dans la fonction publique hospitalière (mais pourront-ils l'être ?).

Problèmes parallèles

1. Du côté des médecins, le problème de pénurie pointe à l'horizon. Le nombre de postes de praticiens hospitaliers vacants ou occupés par des non titulaires est évalué à 2 400. Dans le public, la psychiatrie ou l'anesthésie sont les disciplines les plus sinistrées. De plus, l'implantation des médecins est très hétérogène. Le sud du pays est mieux doté que le nord ;
2. Un arrêt de la Cour européenne de justice du 3 octobre 2000 fixe le temps de travail d'un médecin hospitalier à 48 heures par semaine, gardes comprises, alors qu'il est actuellement de 53 heures en France. L'obligation de s'adapter à cette décision va entraîner la création de 1 800 nouveaux postes, à quoi vont s'ajouter environ 3 500 autres postes, liés à l'application des 35 heures aux médecins.
3. Au total, il va falloir recruter "8 000 médecins, chirurgiens, psychiatres ou pharmaciens des hôpitaux dans les années à venir", selon la Coordination médicale hospitalière. Comme pour les infirmières, les prévisions ont été prises en défaut. A l'horizon d'une décennie, la France, qui a établi, dès 1971, un *numerus clausus* à l'entrée de la deuxième année de Faculté et poussé nombre de médecins vers la retraite, pourrait fort bien en manquer. Après avoir progressé de 4.2 % par an pendant les années '80, la population médicale (libéraux et salariés) n'a augmenté que de 1.6 % en rythme annuel entre 1990 et 2000, selon l'Ordre des médecins. La gynécologie obstétrique, l'anesthésie réanimation ainsi que l'ophtalmologie voient leurs contingents stagner ou régresser. La France comptait, au 1er janvier 2000, 196 968 médecins en exercice (330 praticiens pour 100 000 habitants). Cette densité, généralement considérée comme "satisfaisante", se mettra inexorablement à baisser à partir de 2008 en raison du

vieillissement de la population médicale (âge moyen 45.7 ans) et du maintien des quotas (même si ceux-ci ont été élargis).

4. 5 100 étudiants en médecine seront admis en 2002-2003. Ceci constitue certes un assouplissement alors que, de 1971 à 1998, leur nombre ne dépassait pas 3600, mais, compte tenu de la durée des études médicales, il n'aura d'effet que dans une dizaine d'années.
5. D'autre part, l'influence de la féminisation de la profession n'est pas sans conséquence. En effet, selon l'Ordre des médecins, "à âge égal, l'activité des femmes est inférieure d'un tiers environ à celle de leurs confrères masculins". D'ores et déjà, un médecin sur trois est une femme, et cette tendance devrait s'accroître.
6. Pour pallier le manque de médecins dans les hôpitaux, le statut des médecins étrangers, les PAC (praticiens adjoints contractuels), a été amélioré. La CMH (coordination médicale hospitalière) demande que l'on fasse "revenir les médecins spécialistes de ville à l'hôpital".

4.5.2. Au Canada

Evaluation de la pénurie et raisons évoquées

1. Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, il manque environ 1 500 infirmières dans le réseau, et ce déficit risque de s'accroître si le nombre de nouvelles venues demeure inférieur au nombre de départs.
2. Une étude, commandée par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) en 1997, prévoit que l'on connaîtra en 2011 une pénurie de 59 000 à 113 000 infirmières.
 - hypothèse basse : l'emploi d'infirmières autorisées augmente simplement au rythme de la population et la pénurie de « limiterait » à 59 000 infirmières;
 - hypothèse moyenne : l'emploi d'infirmières autorisées augmente au rythme de la population et permet de répondre à la moitié des besoins supplémentaires créés par le vieillissement de la population, ce qui pourrait donner une pénurie de 86 000 infirmières;
 - hypothèse haute : l'emploi d'infirmières autorisées augmente au rythme de la population et permet de répondre à tous les besoins supplémentaires créés par le vieillissement de la population, ce qui pourrait conduire à une pénurie de 113 000 infirmières.
3. En 2000, le Canada comptait 228 450 infirmières et infirmiers agréés. Cela représente 6 000 infirmières et infirmiers de moins qu'en 1994, et environ 20 000 de moins que le système de soins de santé nécessiterait pour combler les besoins actuels. Cette importante lacune survient, alors que environ 20 000 membres du personnel infirmier canadiens travaillent aux États-Unis. En effet, plusieurs d'entre eux ont été attirés par ce qu'ils considéraient comme de meilleures occasions et conditions de travail, dont des salaires plus élevés, de meilleurs horaires de travail, une formation rémunérée et des choix de carrière plus vastes.

4. En 2001, le Québec emploie 62 000 membres de personnel infirmier, mais les établissements de soins de santé se débattent pour combler environ 1 500 postes dédiés aux membres du personnel infirmier uniquement en ce qui concerne la Région de Montréal. Selon un document de mars 2001, publié par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, on prévoit que la pénurie touchant la province au complet s'élèvera à plus de 19 800 postes en 2015, à moins que des mesures soient prises immédiatement. Quoique bien reconnues et responsabilisées, les infirmières du Québec sont les moins bien rémunérées des infirmières du Canada.

Problèmes évoqués

1. Au Canada, la main-d'œuvre en soins infirmiers a diminué de 2,8 % entre 1992 et 1998. La densité d'infirmières « autorisées » pour 10 000 habitants est passée de 80,3 en 1994 contre 74,6 en 1999). La plupart des provinces sont passées d'une situation de surplus à une situation de pénurie d'infirmières. Seule la moitié du personnel infirmier travaille à temps plein et le travail occasionnel semble devenu une façon d'entrer sur le marché du travail adopté par la majorité des nouvelles diplômées (niveaux signalés d'emploi à temps partiel en 1994: 39.5 % - en 1999: 45.3 %). Les soins infirmiers sont perçus comme une carrière ayant des possibilités limitées et un avenir précaire.
2. La détérioration de l'environnement de travail, notamment liée à une diminution drastique des lits d'hôpitaux, a comme conséquence d'encourager des infirmières à chercher du travail dans d'autres provinces, d'autres pays et même à quitter définitivement la profession infirmière. L'absence d'attrait pour la pratique infirmière et la réduction du financement des programmes de formation sont considérées comme étant des facteurs pouvant entraîner une pénurie d'infirmières.
3. Le vieillissement de la population infirmière est un phénomène préoccupant : le nombre de personnes des deux sexes travaillant comme infirmières et infirmiers autorisés s'est multiplié par 2.75 entre 1966 et 1996, mais, comparativement à 1966, il y a en 1996 quatre fois moins d'infirmières en exercice âgées de moins de 25 ans. En revanche, on compte cinq fois plus d'infirmières de 35 à 44 ans et 5.2 fois plus de 45-54 ans. L'âge moyen d'une infirmière canadienne, qui était de 41 ans en 1994, a atteint 43 ans en 1999.
4. Les statistiques sur l'âge des diplômées en sciences infirmières entre 1980 et 1994 au moment de l'obtention du diplôme laissent apparaître une forte progression du nombre d'infirmières qui obtiennent leur diplôme à un âge avancé. Parmi les infirmières « autorisées » qui sont devenues diplômées avant 1980, 3,6 % l'ont été à 31 ans ou plus tard ; chez les infirmières « autorisées » diplômées en 1993, cela a été le cas de 28,4 % d'entre elles. Le fait d'accéder au diplôme à un âge plus tardif réduit d'autant le nombre d'années de service que les nouvelles diplômées pourront assurer.
5. Depuis quelques années, le nombre de personnes qui sortent d'une école de sciences infirmières est en recul. Après un plafond d'environ 10 000 par an dans les années 1970, il pourrait tomber à 5 200 en 2000-2001.
6. La population d'infirmières « autorisées » ne se renouvelle pas suffisamment vite. D'ici l'an 2011, la profession se composera majoritairement d'individus à qui il restera peu

d'années de travail. Il s'ensuivra une baisse rapide des effectifs pendant la décennie suivante.

7. Statistique Canada prévoit que d'ici 2011 la population du Canada progressera de 23 %, ce qui augmentera la demande globale de services de santé. Comme une majeure partie de la population est en train de passer dans le groupe des 45 ans et plus, et que les personnes âgées sont généralement portées à utiliser davantage les services de santé, la demande de services fournis par les infirmières pourrait augmenter de 46 %. Il est difficile de prévoir la demande d'une façon parfaite et les analystes conviennent que l'on a une compréhension limitée de nombreux facteurs en jeu, notamment de tous les changements qui se produisent dans le système de santé.

Solutions proposées

1. Participation de représentants de la profession à des salons de l'emploi ayant lieu dans des universités au Canada, au Texas et en France et à des portes ouvertes dans les hôpitaux. Voyages de recrutement dans les pays qui ont recruté des infirmières québécoises, notamment en Suisse où travaillent quelque 400 membres du personnel infirmier québécois, afin de les ramener au bercail, voire même séduire des praticiens du pays d'accueil.
2. Parmi les autres initiatives de recrutement, soulignons les rencontres avec plusieurs groupes allophones montréalais, organisées de concert avec d'autres représentants de soins de santé. Cette initiative vise à encourager l'intégration de membres du personnel infirmier immigrants au système de soins de santé.
3. À court terme, le Ministère prévoit d'affecter du personnel de soutien, afin de dégager les infirmières des tâches administratives, d'augmenter le nombre d'admissions dans les collèges et les universités, d'améliorer le taux de réussite et de continuer d'embaucher des infirmières étrangères.
4. Il entend aussi revoir l'organisation des soins et l'organisation du travail, de manière à utiliser les compétences des infirmières à meilleur escient.
5. Afin de favoriser la diffusion des résultats des travaux sur la pénurie, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a organisé une série de colloques régionaux. Ces événements ont permis aux administrateurs, aux directrices des soins infirmiers et aux autres cadres invités de faire le point sur leur propre situation et de discuter des stratégies à utiliser pour atténuer l'impact du manque d'infirmières sur l'organisation des services à la population (rappelons que le Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière a été créé à l'automne 1999, quelques mois après que l'OIIQ ait rendu publique sa propre étude sur la pénurie, en janvier 1999. Cette étude avait eu l'effet d'une bombe dans le réseau. L'Ordre avait alors dévoilé des chiffres alarmants sur le vieillissement de la population infirmière et les départs à la retraite de milliers d'infirmières *baby-boomers*, et souligné l'urgence d'instaurer des mécanismes de planification adéquats).
6. À moyen terme, l'accent sera mis sur la formation et la rétention des jeunes dans les programmes d'étude. Le plan d'action prévoit la mise en œuvre d'une formation intégrée collège-université et le perfectionnement en cours d'emploi.

7. La Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval (FSI) contribue à ce plan d'action en admettant au programme de baccalauréat en sciences infirmières (formation initiale) une centaine de titulaires du D.E.C. en sciences de la nature et ce, sans porter atteinte à la qualité des programmes de formation. Depuis une vingtaine d'années, les possibilités d'accueil de ces D.E.C. étaient limitées à 60 étudiants. La levée du contingentement du nombre des admissions au programme de baccalauréat en sciences infirmières (formation initiale) et l'appui formel de la direction de l'Université pour augmenter les admissions sont des événements importants. En effet, l'Université Laval est la seule université de l'Est du Québec à dispenser un enseignement en sciences infirmières aux 1er et 2e cycles. La FSI, qui accueille annuellement entre 150 et 200 étudiants titulaires d'un D.E.C. en soins infirmiers dans ses programmes de baccalauréat en sciences infirmières et de Certificat en santé communautaire, porte ainsi à quelque 300 le nombre d'admis en premier cycle.

4.5.3. Au Royaume-Uni

Problèmes évoqués et évaluation de la pénurie

Le Royaume Uni estime à 20 000 le nombre de postes d'infirmières vacants dans les services publics de santé⁶⁹. Le constat est sérieux ; les politiques ont diminué de 50 % les lits d'hospitalisation. Le Royaume-Uni est engagé depuis vingt ans dans une démarche de réforme, dont la dernière date de juillet 2000 (The NHS Plan). Plusieurs éléments expliquent la pénurie dont souffre le Royaume-Uni, surtout dans le secteur public⁷⁰.

- le précédent gouvernement a réduit les places disponibles à la formation (-28 % entre 1992 et 1994) ;
- la multiplication des contrats temporaires a accentué les taux d'abandon de la profession ;
- des salaires plus élevés dans le secteur privé ont été à l'origine de départs du secteur public.

Initiatives entreprises pour enrayer la pénurie

Pour inverser la tendance, plusieurs actions ont été menées ces dernières années :

- pour attirer les jeunes : campagne publicitaire en 1999, augmentation du nombre de places en première année de formation, augmentation des salaires à l'embauche ;

⁶⁹ TRIBERT M., Les migrations infirmières, un casse-tête mondial, Soins n° 661, décembre 2001, p.12-14.

⁷⁰ Rapport du CREDES, octobre 2000.

- pour maintenir les professionnels dans le secteur public : revalorisation des salaires, réduction des contrats à durée déterminée, meilleure organisation du temps de travail.
- recrutement intensif d'infirmières étrangères (1999 : croissance de 150 % par rapport à 1998) ; si cette tendance se poursuit, le nombre de candidatures reçues de l'étranger pourrait dépasser les 30 000 d'ici mars 2000. La plupart des candidatures proviennent d'Australie, d'Afrique du Sud, de Nouvelle-Zélande, du Nigéria et du Canada, l'Allemagne et les Philippines étant en train de rejoindre cette liste des pays exportateurs d'infirmières. Le Gouvernement britannique a publié des directives "déontologiques" qui visent à limiter le recrutement d'infirmières en provenance d'Afrique du Sud et des pays des Caraïbes et conseillent aux hôpitaux d'accorder la priorité aux options européennes (lire à ce propos l'annexe 4.4.3.1.).

Ces réformes se sont traduites par le retour dans le secteur NHS de 4 000 infirmières expérimentées depuis février 1999 et par une augmentation nette des inscriptions dans le cursus de formation.

Les dix principaux éléments qui se dégagent des directives sur le recrutement à l'étranger mettent l'accent sur les obligations des employeurs :

1. éviter de débaucher des infirmières d'Afrique du Sud et des Caraïbes ;
2. toujours chercher en Europe avant de rechercher du personnel ailleurs, c'est-à-dire outre-mer ;
3. ne recruter que du personnel ayant un bon niveau d'anglais à l'écrit et à l'oral ;
4. contacter la Direction de la Sécurité sociale avant de recruter en Europe de l'Est, en Afrique ou en Asie ;
5. informer son propre personnel des raisons qui amènent à faire le choix d'un recrutement à l'étranger ;
6. toujours envisager la possibilité de faire le travail soi-même avant de faire appel à une agence de recrutement à l'étranger ;
7. négocier les tarifs des agences de recrutement ;
8. faire preuve de souplesse pour ce qui est des congés du personnel étranger, en particulier dans le contexte du décès d'un membre de la famille ;
9. offrir au personnel recruté à l'étranger les mêmes salaires et les mêmes conditions de travail que ceux dont bénéficie le personnel local ;
10. toujours préciser aux médias les "aspects positifs" du recrutement international.

4.5.4. En Suisse

Evaluation de la pénurie

M. TRIBERT (op cit.) estime à 3 000 le nombre d'infirmières généralistes faisant défaut dans le pays, sans parler du besoin urgent d'infirmières spécialisées. Le nombre d'infirmières

diplômées a chuté de 36 % entre 1991 et 1998. Le nombre d'offres d'emploi, lui, a augmenté de 72 % entre 1997 et 1999⁷¹.

Les Suisses font face à une grave pénurie de personnel infirmier. Ils ne forment pas assez de personnel soignant par rapport à leurs besoins. Avec les problèmes liés à une population vieillissante, la charge en soins ne fait qu'augmenter.

4.6. Le personnel infirmier : une ressource rare et abondante

4.6.1. Le constat

La pénurie d'infirmières est actuellement décrite comme un phénomène mondial dont l'importance varie certes selon les pays, mais qui a l'ampleur d'une véritable crise⁷². En Belgique également, l'histoire de la profession infirmière a connu, au cours du dernier demi siècle, de tels moments de tension entre les besoins des employeurs et les possibilités d'y répondre adéquatement⁷³. Toutefois, le rapide tour d'horizon qui vient d'être fait permet d'établir une nette distinction entre les difficultés de recrutement rencontrées en Belgique et la pénurie que subissent les pays étudiés.

Certes, les services de gestion des ressources humaines de nombreuses institutions de santé se plaignent des difficultés qu'elles ont à recruter le personnel infirmier nécessaire. Ces plaintes ne sont pas unanimes, même si, dans le contexte actuel, il est devenu politiquement incorrect de ne pas attribuer au manque d'infirmières les soucis que pose le recrutement. Après avoir analysé avec soin les différents aspects de l'évolution de l'offre et de la demande en CFGB, nous sommes arrivés à la conclusion que les difficultés de recrutement de personnel infirmier, dont il est fait état depuis plusieurs années, ont d'autres causes que le manque de personnel infirmier. Nous retiendrons principalement les trois suivantes.

1. Disposer de personnel compétent et en nombre suffisant est un souci majeur pour une institution de santé, car c'est la ressource principale qu'elle utilise. Lorsque l'activité d'une entreprise se développe et que l'ensemble de son secteur est en croissance, son premier souci ne sera-t-il pas de s'assurer qu'elle pourra disposer des *input* indispensables. Or, l'ensemble de nos institutions de santé ont connu, au cours des dernières années un développement considérable.
2. Sous la pression de divers facteurs, elles ont été amenées à poursuivre leurs objectifs de qualité en recherchant du personnel très qualifié. Un moyen fréquemment utilisé à cet effet par les institutions a été de remplacer les départs de personnel moins qualifié par du personnel disposant de diplômes supérieurs, les gradués hospitaliers par des gradués spécialisés, les brevetés par des gradués, les ASH et les soignants 54bis par des

⁷¹ TRIBERT M., *op cit.*

⁷² LOTHAIRE T., *Mémento de l'Art Infirmier 2002*, Editions Kluwer, Partie II, Chapitre 4, p. 221-241.

⁷³ HESBEEN W., *Pénurie infirmière et responsabilité sociale, Perspective Soignante*, 2001, 12, p. 6-16.

infirmiers. En soi, l'objectif est louable, mais n'y avait-il pas d'alternative ?

Les diplômés de l'enseignement supérieur et universitaire constituent une ressource rare dont il faut faire usage en maximisant l'utilisation de leurs compétences. La constitution d'équipes soignantes intégrant du personnel moins qualifié travaillant avec les infirmières et sous leur autorité a depuis longtemps été mise en œuvre. Il semble pourtant que la présence même de ces travailleurs moins qualifiés au sein des équipes pose question. Des normes de personnel ont été requalifiées ou augmentées, tant à l'hôpital qu'en MRS, en accentuant l'exigence de personnel infirmier, et parfois spécialisé.

3. Dans nos sociétés postindustrielles, le cycle de vie s'est modifié. Formation, travail, loisirs sont de moins en moins liés de manière rigide à la succession des périodes de la vie : enfance = formation, âge adulte = travail professionnel, retraite = loisirs. Les frontières entre ces périodes se modifient et les fonctions se compénètrent. Les conséquences pour l'organisation du travail sont importantes. La formation s'allonge (les spécialisations), elle se poursuit pendant toute la durée de la vie professionnelle, parfois même exige un recyclage, une année sabbatique (interruption de carrière pour formation). Le désir de consacrer du temps à s'occuper des siens, enfants ou parents âgés, est reconnu comme justifiant une période de congé parental ou d'interruption de carrière pour donner des soins à un proche. Le soin de la santé demande un congé d'écartement pour la femme enceinte en situation dangereuse. Les loisirs rythment les semaines, les années et réduisent la durée du travail. Ces modifications prennent généralement du temps ; elles peuvent aussi subir de brusques accélérations. Ce fut le cas en Belgique au cours des dernières années où d'heureuses initiatives en matière d'organisation du temps de travail, de la formation continue et de l'aménagement de la retraite se sont succédées en réduisant la disponibilité au travail des travailleurs.

A ceux qui imputent les difficultés de recrutement qu'ils rencontrent au manque de personnel infirmier, on peut objecter *a contrario* que ces difficultés se sont accrues alors que le nombre de nouveaux diplômés, tant brevetés que gradués, y compris les spécialisés, sans oublier les certificats de soignants, ont atteint des sommets jamais atteints auparavant ! Nous n'avons par ailleurs rencontré aucun indice permettant d'affirmer que les départs vers l'étranger de résidents belges ayant acquis leur diplôme en CFGB se soient multipliés ou que les infirmiers manifestent une tendance accrue à travailler hors du champ de la santé. Cette pratique était déjà fréquente en 1991 et rien ne prouve qu'elle ait augmenté.

4.6.2. La recherche de solutions

Chaque période de difficultés s'accompagne de son florilège de solutions, prises dans l'urgence, et permettant de répondre au problème vécu, ici et maintenant. Toutefois, même si la tentation est grande de crier au manque de prévoyance et de clairvoyance, force nous est d'admettre que, dans certains cas, une volonté sincère de penser le fond du problème, et pas seulement ses effets, anime nos décideurs politiques et les représentants de la profession. On recherche alors les solutions adoptées par nos pays voisins et l'on étudie leur éventuelle applicabilité en Belgique. On rêve aux salaires proposés par la Suisse et le Grand-Duché du Luxembourg, à la mise sur pied d'un regroupement des infirmières en un Ordre professionnel, comme il en existe au Canada et en Grande-Bretagne ou encore à une formation unique des infirmières, de préférence au niveau supérieur, voire universitaire.

L'œil critique de l'analyste ne manquera pas de constater que la Suisse souffre autant que ses pays voisins de la pénurie infirmière et de la rotation incessante du personnel, que le Canada observe avec consternation 10 % de ses effectifs fuir vers les Etats-Unis, que la France recherche assidûment de la main-d'œuvre en Espagne et au Liban et que les Anglais font les doux yeux aux infirmières philippines pour renflouer leurs effectifs. La mobilité européenne et internationale ne peut bien sûr qu'enrichir les pratiques professionnelles des infirmières qui s'expatrient comme de celles qui accueillent ces nouveaux venus avides d'apprendre et de transmettre leur expertise. Toutefois, à l'heure actuelle, plusieurs pays tentent davantage de juguler leur déficit par un recrutement extérieur féroce qui saigne à blanc les réserves de leurs voisins plutôt que d'envisager une pratique d'échange constructive et enrichissante. Le Québec a déjà séduit plus de 600 infirmières françaises alors que la Suisse Romande recrute chaque année 500 des leurs (au seul CHU vaudois à Lausanne, il y a 262 infirmières québécoises, soit 15 % de l'ensemble du personnel!)⁷⁴. Pendant ce temps, environ 13.000 infirmières espagnoles sont contraintes au chômage pour respecter les réductions budgétaires, alors que les associations professionnelles espagnoles, préoccupées par la faible couverture de services dont bénéficie la population, sont en train de militer en faveur de la création de 100.000 postes supplémentaires, afin de répondre aux besoins de santé de la population espagnole.

Le Conseil International des Infirmières (CCI) prenant conscience de l'absence d'éthique qui caractérise souvent ces campagnes de recrutement, a révisé en mars 2000 sa recommandation intitulée : "**Comment retenir et éviter la mutation et la migration de l'infirmière**". Il s'exprime comme suit :

« Le CII reconnaît le droit individuel des infirmières de migrer tout en reconnaissant l'impact potentiellement négatif que la migration peut avoir sur la qualité des soins. Le CII condamne la pratique qui consiste à recruter des infirmières dans des pays où les gouvernements et les autres autorités compétentes ne sont pas parvenus à pallier les carences dont on sait qu'elles amènent les infirmières à quitter la profession et qu'elles les dissuadent de revenir. »⁷⁵

Plutôt que nous inciter à les imiter, ces exemples étrangers nous font mieux percevoir combien la situation belge est différente et nécessite des solutions qui lui soient appropriées. Celles-ci doivent être recherchées à la fois au niveau des institutions elles-mêmes et au niveau des Communautés et du Pays.

Une politique efficace en matière de personnel passe d'abord par une gestion dynamique des ressources humaines dans les institutions en vue d'améliorer le recrutement traditionnel et non traditionnel (visant les hommes par exemple ou les personnes de la trentaine ou de la quarantaine), la satisfaction au travail et, par là, la rétention du personnel compétent.

Il faut également assurer une planification de la main-d'œuvre digne de ce nom au niveau national et régional. Pour cela, on doit pouvoir suivre les indicateurs d'offre et de demande des différentes catégories de personnel en tenant compte des données démographiques relatives aux demandeurs de soins et à la main-d'œuvre et en évaluant dans quelle mesure il est possible d'équilibrer l'offre et la demande (T. LOTHAIRE, 2002).

Une autre recommandation du CCI incite également à une grande attention aux modifications de l'environnement dans lequel les soins sont demandés et donnés :

⁷⁴ TRIBERT M., Les migrations infirmières, un casse-tête mondial, Soins n°661, décembre 2001, p. 12-14

⁷⁵ Document publié sur le site internet du CCI : <http://www.icn.ch>.

« La charge de travail et la responsabilité qui pèsent sur les infirmières ont augmenté de manière considérable à travers le monde. Cela est imputable aux progrès enregistrés dans le domaine des sciences et des technologies de la santé, aux transformations subies par les modèles de fourniture de soins hospitaliers et communautaires ainsi qu'aux changements intervenus s'agissant du cadre général de la démographie et des maladies. A l'avenir, pour respecter pleinement leur engagement professionnel vis-à-vis des soins de santé, les infirmières devront s'attacher à adapter et à appliquer leurs compétences particulières dans un environnement en perpétuelle évolution pour ce qui est des soins de santé, sans perdre de vue leur objectif final qui reste de dispenser des soins infirmiers de qualité.

Les changements intervenus dans l'environnement des soins de santé ont entraîné une prolifération des nouvelles catégories de travailleurs du secteur de la santé, à tous les niveaux, y compris en ce qui concerne le personnel auxiliaire ou d'appui destiné spécifiquement à venir en aide aux infirmières. Cette tendance s'est traduite pour les infirmières par des responsabilités accrues, s'agissant notamment de la nécessité de prévenir toute fragmentation des soins dispensés dans le cadre de la pratique infirmière et d'éviter que ces soins ne soient finalement plus considérés que comme liés à l'exécution d'une tâche particulière. »⁷⁵

Nous reviendrons sur ces conclusions au terme du présent rapport.

CHAPITRE 5 : PROJECTION DE L'OFFRE PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE

5.1. Objectif

L'objectif de ce chapitre est d'effectuer une projection des effectifs de PAI et de personnel soignant¹, diplômés, diplômés actifs et diplômés actifs dans leur profession en CFGB. En ce qui concerne les PAI, nous disposons de statistiques, incomplètes certes sur certains points mais suffisantes pour un exercice de projection.

Nous avons dû par contre constater l'importance des lacunes concernant les qualifications dont disposent ou ne disposent pas les « soignantes ». D'autre part, les élèves ayant suivi une formation menant à une qualification de « soignante » sont peu nombreuses à exercer une fonction soignante. Dans quelle proportion ? Il n'a pas été possible de l'établir avec certitude. En utilisant les données dont nous disposons, nous sommes arrivés à la conclusion qu'elles n'étaient pas plus d'un tiers à exercer ou désirer exercer une fonction soignante. On ne pourra faire à leur sujet qu'un exercice projectif mesurant le résultat de quelques scénarios dont nous ignorons la probabilité, mais qui peuvent donner des indications sur les objectifs à atteindre et leur degré d'urgence. On évaluera le nombre de nouveaux diplômés sortant des écoles et, compte tenu de différents taux d'insertion sur le marché des soins, l'on calculera quel pourrait en être l'apport effectif pour ce dernier.

En ce qui concerne les soignantes, l'objectif sera donc d'apporter des informations sur les besoins qu'il faudrait pouvoir satisfaire en vue d'obtenir soit le maintien du personnel soignant à son niveau actuel, - on parle alors de besoins de remplacement, - soit une croissance, nécessitée par la demande.

Les projections seront réalisées à partir d'une date de départ fixée ici au début de l'année 2001. Leur terme sera envisagé selon trois échéances successives, afin d'évaluer les effectifs attendus à court terme, à moyen terme et à long terme.

Le premier terme porte sur trois années (du 01-01-2001 au 01-01-2004) et vise des effectifs attendus avec une certitude quasi totale (du moins pour les PAI), puisque leur estimation repose sur des effectifs en cours de formation depuis 1999 et dont la destinée projetée en terme de réussite est très probable. Il s'agit, pour les PAI, d'une **démarche prévisionnelle**.

¹ Le taux de masculinité parmi les soignants est tellement faible que nous utiliserons le féminin à leur sujet dans ce chapitre.

Le deuxième terme succède à la période prévisionnelle et repose sur une extrapolation de l'évolution récente des paramètres intervenant dans la constitution d'une réserve de futurs diplômés, et ce, sur un laps de temps assez court. Dans cette phase, on parle de **perspective** si l'on ne dépasse pas dix ans (2011 pour ce qui nous concerne).

Le troisième terme, enfin, qu'on désigne généralement par l'appellation projection ou prospective, va au-delà du moyen terme et doit reposer sur une formulation d'hypothèses plus ou moins probables selon l'objectif de **l'exercice prospectif**.

Si ce dernier poursuit un objectif de planification, il y a lieu d'asseoir les hypothèses sur les politiques connues dans le secteur et dont les objectifs sont clairement formulés (par exemple, un *numerus clausus* ou une politique migratoire). Si, à l'inverse, la démarche prospective doit aider à la formulation de politiques (formation, migration, activité, coûts, etc.), il y a lieu d'élaborer des scénarios selon différents axes de cette politique et d'examiner leurs conséquences possibles ou probables.

Pour simplifier, nous utiliserons cependant, dans la présente étude, le vocable de projection, quel que soit le terme considéré ou l'objectif spécifique.

La section 5.2 précisera les points importants de la méthodologie ; les sections 5.3 à 5.5. présenteront les résultats de nos travaux portant sur les PAI, tandis que la section 5.6 s'attachera aux soignantes. Une synthèse de ces résultats fera l'objet de la section 5.7.

5.2. Méthodologie

Le cadre méthodologique idéal pour mener un exercice de projection serait celui dans lequel :

- Le stock des effectifs serait correctement évalué ; et sa répartition, connue selon l'âge, le sexe, la qualification, le lieu où ils résident, le lieu où ils travaillent et la nature de leur activité ;
- L'évaluation de la mortalité par âge, par sexe et niveau de formation serait correcte sur toute la période de projection ;
- L'estimation de la propension à suivre ces formations aurait pu être calculée selon le sexe et l'âge de la population appartenant à la CFGB² ;
- L'estimation du taux de réussite par formation (c'est-à-dire du rapport des diplômes obtenus en fin de formation par rapport au nombre d'inscrits en 1^{ère} année) pour chacun des 2 sexes et suivant qu'ils résident ou non en Belgique, serait fiable ;
- L'évaluation du solde migratoire annuel net des diplômés, par âge et par sexe, serait correcte ;
- La propension des diplômés à travailler serait connue par âge et sexe ;
- La propension des actifs à exercer leur profession serait connue par âge et sexe.

² Les étrangers résidant en Belgique seront assimilés aux belges pour les projections. Il n'y a pas de raison de penser qu'ils n'ont pas l'intention d'exercer dans le pays où ils résident.

Dans ces conditions, il serait possible de procéder à la démarche projective en passant par les étapes suivantes pour chacun des deux sexes, en veillant à n'inclure dans les calculs que des étudiants et des diplômés résidant en Belgique:

- Multiplication des effectifs de départ (t) selon l'âge et le sexe par la probabilité de survie jusqu'à l'année suivante ($t+1$). L'exercice est répété d'année en année tout en y introduisant les nouveaux diplômés.³
- Pour évaluer les nouveaux diplômés d'une année x , on multiplie le taux d'attraction selon l'âge, projeté l'année x , par la population concernée l'année x : on obtient ainsi les inscrits en 1^{ère} année. On multiplie alors ces inscrits par le taux de réussite projeté n années plus tard, n étant le nombre d'années de scolarisation requis pour obtenir le diplôme en question (p. ex. $n=3$ pour la formation d'infirmière graduée ou d'infirmière brevetée).
- Appliquer le taux d'activité selon l'âge et le sexe
- Appliquer le taux d'occupation des actifs dans la profession.

Dans le contexte belge et compte tenu des données dont on y dispose,

- le taux d'attraction des études ne peut être calculé par âge, celui des étudiants n'étant pas connu. On suppose donc que ce dernier est de 18 ans à l'entrée en 1^{ère} année d'étude pour les infirmières et de 17 ans en 5^{ème} année de l'Enseignement secondaire technique ou professionnel pour les soignants⁴.
- le taux d'attraction calculé en rapportant le nombre d'étudiants en 1^{ère} année d'étude à la population résidant en Belgique et ayant l'âge de commencer ce cycle est biaisé par la présence de nombreux étrangers étudiant en Belgique sans y résider, qui ne font donc pas partie de la population belge.
D'autre part, on ne dispose pas d'étude établissant avec certitude quel est le pays où exercent ces étudiants étrangers non résidents (EENR). Selon les enseignants des écoles proches de la frontière française, ils retournent généralement en France. Il a donc été décidé de les écarter du nombre d'étudiants et puis de diplômés se destinant à travailler en CFGB.
- Il n'est pas possible de suivre une cohorte d'étudiants d'une année à l'autre jusqu'au diplôme. Le taux de réussite brut qui sera calculé est le rapport entre le nombre de diplômés obtenus en $t+3$ et celui des étudiants de 1^{ère} année au temps t .

Par conséquent, nous adopterons la démarche suivante :

Pour les PAI :

1. Evaluation du nombre de nouveaux diplômés gradués, brevetés et accoucheuses, par sexe

³ la probabilité de survie des nouveaux diplômés, l'année de leur promotion, est calculée sur 6 mois.

⁴ Les redoublements étant fréquents dans ces sections, on a fixé un âge moyen plus élevé que l'âge attendu lors d'un parcours « sans faute ».

Le taux d'attraction corrigé est calculé à partir de l'année scolaire 1994-95 en diminuant le nombre d'étudiants/élèves de 1^{ère} année en fonction du pourcentage observé lors des enquêtes effectuées par le SESA en 1996 et en 2001.

Ce taux d'attraction corrigé sera utilisé pour évaluer le nombre d'inscrits en 1^{ère} année durant l'année t en le multipliant par l'effectif de la population résidant en Belgique et âgée de 18 ans durant cette année, sexes confondus. Pour chaque filière de formation, une hypothèse haute et une hypothèse basse seront envisagées.

Nous multiplierons le nombre d'inscrits en t par le taux de réussite jusqu'au diplôme ou brevet sanctionnant la formation infirmière de base, sexes confondus également, tel qu'obtenu en $t+n$ par la projection, afin d'obtenir le nombre de diplômés en $t+n$.

La répartition par sexe sera effectuée en utilisant un taux de masculinité calculé en effectuant une projection des taux observés au cours des dernières années. Ces différents taux et leur projection sont repris au Tableau Annexe 5.3.1.1.

2. La survie des effectifs de départ et des entrants ainsi obtenus sera calculée en utilisant les taux spécifiques aux populations ayant un niveau d'instruction supérieur en CFGB calculés pour les années 2001 à 2020 (cfr section 5.4).

3. L'activité des diplômés PAI et leur occupation effective dans la profession seront évaluées en utilisant les taux d'activité, d'occupation dans la profession, de temps partiel ainsi que la durée de celui-ci, obtenus grâce au dépouillement spécial du recensement de 1991. L'âge officiel de la retraite, qui était de 60 ans pour les femmes en 1997, ayant été depuis lors reculé d'un an tous les 3 ans, est reporté à 65 ans à partir de 2009. La classe d'âge 60-65 ans est supposée avoir le même taux d'activité (très faible) que celui de la classe d'âge 55-59 ans en 1991.

Pour les soignantes :

1. La structure des effectifs de départ sera évaluée, comme lors de notre étude précédente ; en prenant comme base les personnes recensées comme actives en tant que soignantes lors du dépouillement spécial du recensement de 1991 et en effectuant la projection de ces effectifs jusqu'en 1996 et 2001 avec, en entrée, les promotions de soignantes : puéricultrices et autres formations soignantes, à l'exception des éducateurs et moniteurs, dont la pénétration dans le secteur des soins est faible et, en sortie, les décès et retraites calculés comme expliqué ci dessous concernant la projection à partir de 200.

2. Le parcours scolaire des élèves depuis l'année où ils choisissent une orientation menant à un certificat qualifiant en tant que soignante est impossible à effectuer à cause de la durée variable des différentes formations, des redoublements et réorientations très fréquents dans les sections de l'enseignement technique et professionnel. On calculera non pas le taux d'attraction de la formation considérée mais le taux d'obtention du certificat. Les données concernant les brevets ou certificats obtenus sont bien documentés pour les puéricultrices si bien que la série de données permettrait d'établir une projection du taux d'obtention du certificat au cours des années à venir. Par contre, les données concernant les certificats de soignantes ne portent que sur les années récentes ; elles ne permettent pas une extrapolation de tendance. On utilisera donc les taux moyens obtenus ces dernières années pour l'ensemble des soignantes.

3. Les taux de masculinité des certificats obtenus sont si faibles (de 3 à 5 %) que l'ensemble de la projection sera effectuée comme si les taux d'obtention des certificats, les tables de survie et les taux d'activité portaient sur une population totalement féminine.

4. Le taux d'obtention des certificats qualifiant comme soignantes dans la population féminine sera appliqué aux générations atteignant 19 ans.

5. Toutefois, la véritable déterminante du système n'est pas ici l'attractivité des formations soignantes, mais la capacité des diplômées à entrer sur le marché des soins. Ont-elles les compétences demandées par les employeurs ? Y a-t-il des employeurs disposés à utiliser les compétences qu'elles possèdent ? L'évaluation de la fraction de ces nouvelles soignantes certifiées qui désirent entreprendre une activité professionnelle et le faire dans un secteur d'activité soignante (au sens large du terme) n'a pu être obtenu qu'en testant plusieurs hypothèses de pénétration des nouveaux certifiés sur le marché du travail soignant entre 1991 et 2001 et en retenant celle qui permet d'obtenir en 2001 l'emploi effectif augmenté du nombre de chômeurs CCI et DEI pouvant justifier d'une formation soignante. Cette méthode comporte de nombreux risques vu l'imprécision des fichiers de données et des qualifications elles-mêmes. Le risque de surévaluation et surtout de sous-évaluation est ici indéniable; il affecte nos résultats d'un coefficient d'incertitude, hélas impondérable.

6. L'évolution par âge de l'activité professionnelle des diplômés qui exercent une activité soignante a été estimée en utilisant les taux d'activité de la population féminine wallonne selon l'enquête sur les forces de travail, 1996.

5.3. Les nouveaux diplômés PAI

Comme nous venons de le préciser, l'évaluation des nouveaux diplômés passe par l'évaluation des taux corrigés mesurant l'attraction exercée par les deux filières de formation sur la population résidente en CFGB et âgée de 18 ans, ainsi que des taux de réussite.

Une première enquête du SESA en 1996 auprès des établissements de formation de la Communauté française avait permis d'évaluer la présence des EENR parmi les étudiants du graduat à 4% et à 29% parmi les élèves du brevet. L'enquête SESA, réalisée en 2000-2001, a constaté la persistance et même la croissance de cette fréquentation. Selon la filière d'études, elle atteint 9.4 % dans le graduat, 33 % dans le brevet, 9 % chez les accoucheuses et 4 % parmi les gradués spécialisés. De 1994 à 2000, le taux a été calculé en faisant l'hypothèse que la croissance du taux d'EENR avait été régulière au cours de ces années. Ainsi, la projection des taux ne concerne plus que la population belge résidente. Une modification des taux d'EENR dans les cycles de formation de PAI en CFGB serait donc sans influence sur les taux d'attraction corrigés

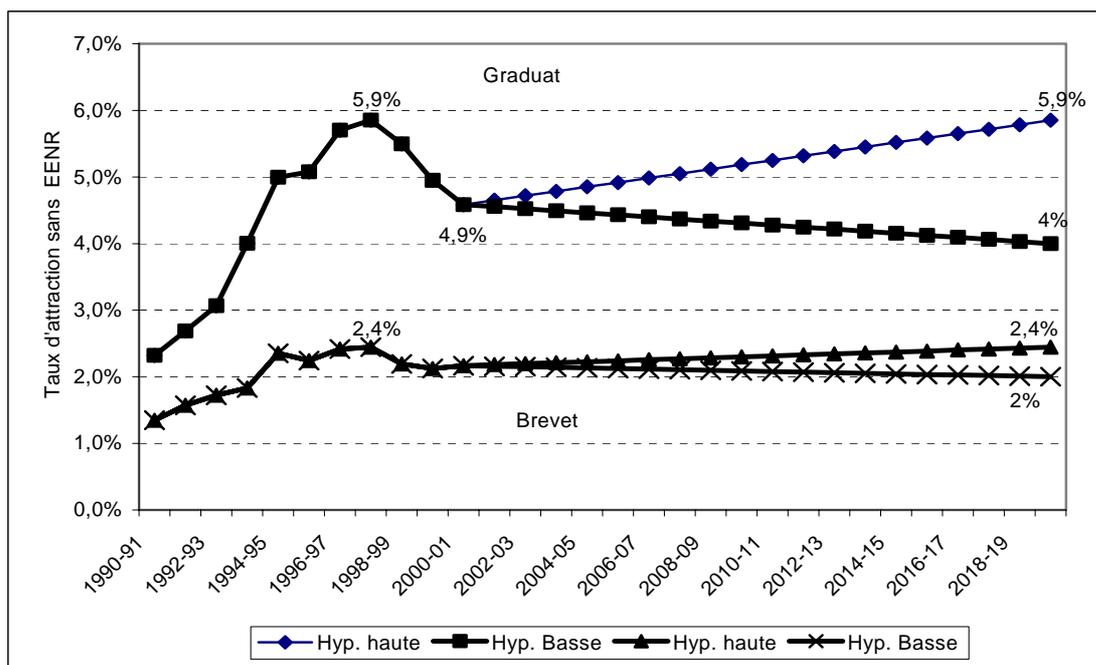
Concernant la population de 18 ans, nous avons adopté les effectifs évalués par l'INS dans le cadre des nouvelles projections de la population résidente belge entre 2000 et 2050 (INS, 2001). Nous avons considéré que la population appartenant à la CFGB était celle de la Wallonie et de Bruxelles à 83%.

5.3.1. Hypothèses de projection des taux

Deux hypothèses extrêmes sont retenues pour effectuer la projection des effectifs des PAI par qualification en Communauté française. Ces hypothèses reposent essentiellement sur une différenciation du taux d'attraction attendu. La projection obtenue dépend en effet de la période prise comme référence pour ce calcul : l'hypothèse 1, appelée *hypothèse haute* adopte une perspective optimiste, alors que l'hypothèse 2, dite *hypothèse basse* est plutôt pessimiste. Pour les taux de réussite et de masculinité, une seule projection a été effectuée dans chaque filière..

Les taux d'attraction nets, observés jusqu'à l'heure actuelle et projetés jusqu'en 2020, sont représentés dans la figure 5.3.1.1. pour le brevet et le graduat. Le Tableau Annexe 5.3.1.1. donne, pour le graduat et le brevet, les taux d'attraction, de réussite, de spécialisation et de masculinité, observés entre 1990 et 2000 mais corrigés depuis 1994 par l'exclusion des étudiants étrangers non résidents (EENR) ainsi que leur projection jusqu'à l'an 2020.

Figure 5.3.1.1 Taux d'attraction du graduat et du brevet infirmiers sur la population de 18 ans en CFGB, EENR non compris, 1990-2000 et projection 2001-2020



Source : DG de la santé, Ministère de la Culture et des affaires sociales de la Communauté française, Calculs SESA/UCL

5.3.1.1. Hypothèse 1 : Attraction haute

Pour cette première hypothèse de projection, nous considérerons un taux d'attraction relativement élevé, sans cependant envisager une projection prolongeant la croissance des années '90. En effet, le taux net d'attraction du **graduat**, après avoir atteint un maximum historique de 5,9 % en 1997-98, a connu une chute assez nette le menant à 4,6 % en 2000-01. Tenant compte des mesures prises pour encourager les élèves du secondaire à

entreprendre des études en soins infirmiers, nous retiendrons dès lors une tendance haute qui envisage un retour progressif au maximum observé en 1998, soit 5,9 % en 2020. Cette tendance rencontrerait les souhaits de la profession infirmière. Elle paraît raisonnable et réaliste.

Dans le **brevet**, l'attraction maximale a également été observée en 1997-98 (2,4 %). Après une période de forte croissance de 1990 à 1995, l'évolution récente témoigne d'une certaine stabilité en se situant entre 2,1 et 2,4%. Nous avons admis, ici également, que la tendance haute pourrait amener le taux d'attraction à la fin de la période de projection au niveau record obtenu en 1997 soit 2,4 %. Cette tendance représente une quasi-stabilisation du niveau actuel.

En ce qui concerne les **accoucheuses**, l'instauration récente (1996) de la filière ne permet pas d'avoir le recul nécessaire pour dresser une tendance de l'attraction. De plus, pendant le développement de la nouvelle filière, les étudiantes ayant entrepris leurs études avant 1996 ont pu terminer leur formation et obtenir leur diplôme selon l'ancien régime. Pour ces motifs, on raisonnera sur base du nombre de diplômées et non en terme d'attraction. De plus, la première année d'étude étant commune, elles sont comprises dans le taux d'attraction du graduat tel que nous l'avons calculé. Pour les 2 hypothèses, on a retenu comme nombre probable de diplômées accoucheuses, la moyenne des promotions de diplômées au terme de leurs 4 années d'étude, diminué de 9% d'EENR, soit 67.

5.3.1.2. Hypothèse 2 : Attraction basse

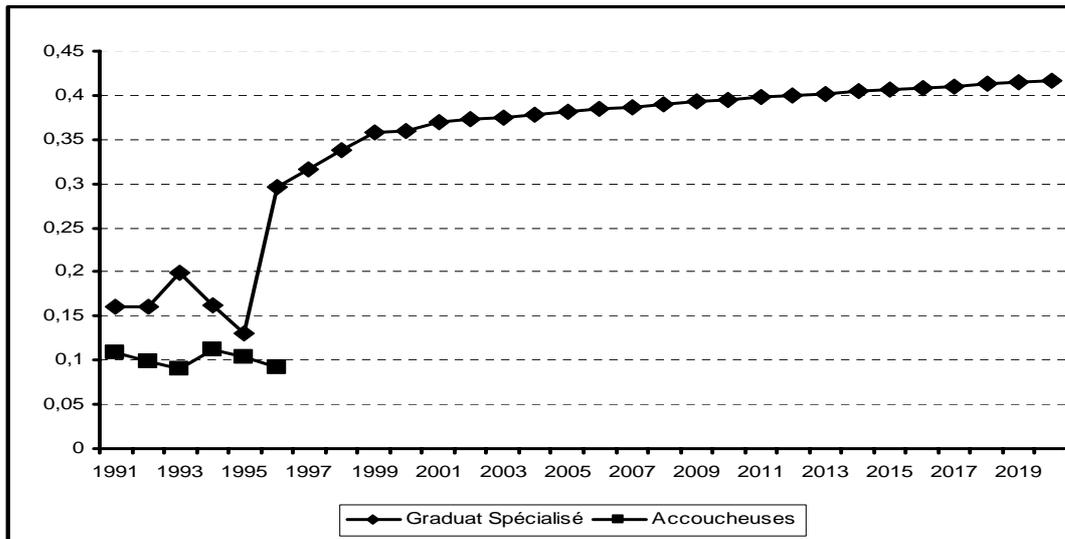
Dans cette hypothèse, nous nous mettons dans une perspective pessimiste concernant l'attractivité des études en soins infirmiers. Nous envisageons une hypothèse qui ramène le taux d'attraction en 2020 à un niveau médian par rapport à ceux observés au cours des années 90 : 4% pour le graduat et 2% pour le brevet. Le nombre d'accoucheuses n'a pas été modifié par rapport à l'hypothèse haute.

5.3.2. Projection des taux de réussite, de spécialisation et de masculinité

Pour la projection des taux de réussite, de spécialisation et de masculinité, l'extrapolation log-linéaire de la tendance 1990-2000 a été testée.

Au cours de la dernière décennie, les **taux de réussite** ont connu une baisse sensible tant dans le graduat (de 59 % à 42 %) que dans le brevet (de 56 % à 46 %) (cfr tableau annexe 2.1.1.3.1.2.) L'extrapolation de cette tendance donnerait des taux de réussite s'élevant, vers 2020, à 44 % pour le brevet et à 30 % pour le graduat. Nous avons estimé que cette perspective était trop pessimiste. Faisant confiance aux institutions d'enseignement et encouragé par la promesse de la Communauté française de refinancer l'enseignement, - ce qui devrait donner plus de moyens aux écoles pour lutter contre l'échec scolaire, - nous avons fait l'hypothèse que l'on pourrait stopper l'hémorragie et maintenir les taux à leur niveau actuel. Peut-être même pourrait-on faire mieux !

Figure 5.3.2.1. Taux de spécialisation observés et projetés



Source : Sesa/UCL

1990-00 Calcul à partir des diplômés de graduat et de spécialisation 1 an plus tard

Ministère de l'Enseignement de la Communauté Française

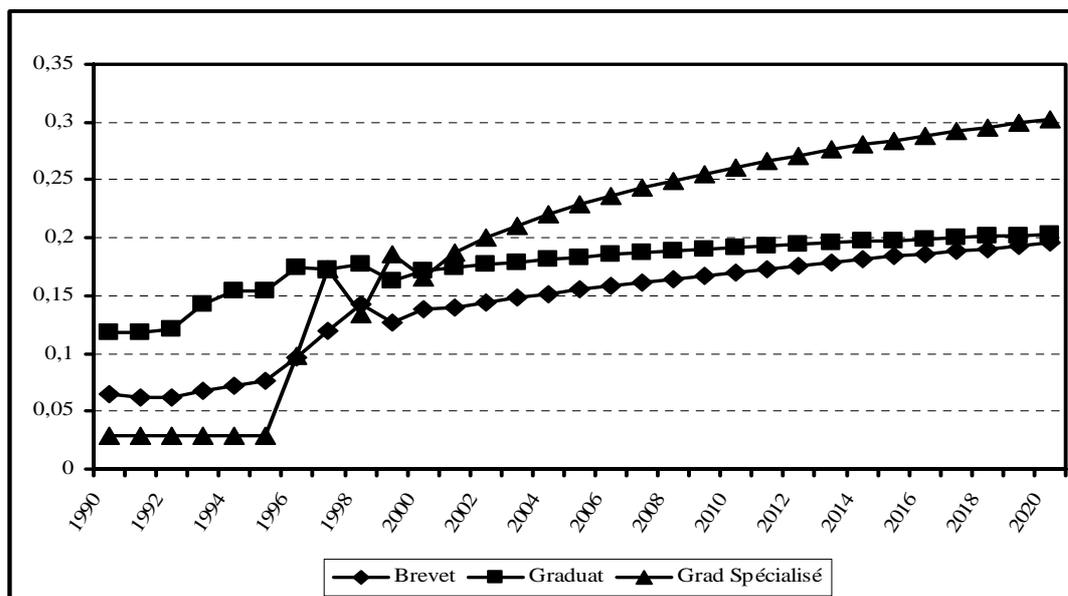
2001-20 Projections

Alors que le **taux de spécialisation** des infirmières graduées se situait dans une fourchette de 13 à 20 % depuis 1991, il effectue un bond très important dans la promotion de 1996, enregistrant le score de 30 %, taux qui n'avait été atteint qu'au début des années '60 et cela pendant deux années seulement⁵. Depuis 1996, le taux de spécialisation croît régulièrement chaque année, atteignant 36 % en 2000. L'extrapolation réalisée sur base de cette évolution le projette à 42 % en 2020.

Le calcul de projection des diplômés sera effectué séparément pour les infirmières graduées hospitalières (1^{er} diplôme) et pour les graduées accoucheuses.

Au cours de la dernière décennie, le **taux de masculinité** dans les effectifs de diplômés a également connu une hausse, variable selon les diplômes. Dans le graduat, où la présence masculine a été la plus importante par le passé, la hausse est la plus modérée : de 12 % environ vers 1990, on passe à 17 % en 2000. L'extrapolation situe ce taux à 20 % en 2020. Dans le brevet, la hausse est un peu plus marquée : de 6 % en 1990 à 14 % en 2000. L'écart absolu entre les taux de masculinité de ces deux diplômes passe de 6 points en 1990 à 3 points en 2000. A l'horizon 2020, la proportion d'hommes serait de 20 % dans les deux filières de formation. Dans les spécialisations, la hausse du taux de masculinité a été très importante. En 1995, on situait la proportion d'hommes à 3 % seulement, et, en 2000, ce taux atteint 17 %.

⁵ Cfr Tableau annexe 2.1.1.3.5.2. Le taux de spécialisation est calculé en rapportant le nombre de spécialisations en 1^{er} diplôme au temps t et celui des spécialisations en second diplôme au temps t+1 à l'ensemble des gradués obtenant leur premier diplôme au temps t. Le calcul est effectué soit en considérant les accoucheuses comme des graduées spécialisées, soit en les écartant du nombre de graduées, même lorsqu'elles ont obtenu au préalable le diplôme d'infirmière graduée. Le commentaire ci-dessus concerne le taux de spécialisation des infirmières graduées calculé sans les accoucheuses.

Figure 5.3.2.2. Taux de masculinité observés et projetés

Source : Sesa/UCL

1990-00, Calculs à partir des diplômés de graduat et de spécialisation 1 an plus tard

Ministère de l'Enseignement de la Communauté Française -

2001-20 Projections

Selon l'extrapolation log-linéaire cette proportion atteindrait 30 % vers 2020. S'il en était ainsi, cela signifierait que, à terme, les infirmiers choisiraient plus souvent de faire une spécialisation que les infirmières. On arriverait en effet à ce que 62 % des premiers se spécialiseraient en 2020 alors que seulement 36 % des secondes le feraient. Cela paraît excessif, si bien que la projection du taux de masculinité du graduat spécialisé devrait probablement être revue à la baisse.

5.3.3. Les effectifs de nouveaux diplômés francophones

Les Tableaux Annexes 5.3.3.1. et 5.3.3.4. présentent, annuellement et par sexe, les effectifs d'infirmières graduées (premier diplôme) et de graduées accoucheuses observés de 1990 à 2000 et attendus de 2001 à 2020, selon les hypothèses 1 et 2, respectivement.

Les tableaux annexes 5.3.3.2 et 5.3.3.5. font de même pour les brevetés

Les tableaux annexes 5.3.3.3. et 5.3.3.6. opèrent une synthèse pour chacune des hypothèses de l'ensemble des effectifs annuels répartis par sexe d'une part, par qualification d'autre part.

Les figures 5.3.3.1 et 5.3.3.2. ci après illustrent cette évolution selon la qualification dans chacune des hypothèses.

Les chiffres, jusqu'en 2003, peuvent être considérés comme une prévision des diplômés qui sortiront des écoles en Communauté française. Le nombre total de diplômés en 2004 et 2005 peut également être admis dans le cadre prévisionnel avec une légère marge d'imprécision.

Suite à la baisse d'attraction observée ces dernières années (1999-2001), on observera, selon l'**hypothèse haute**, une diminution de l'effectif total des nouveaux diplômés PAI (1^{er} diplôme) de 1 664 en 2001 à moins de 1 500 en 2005. Dès 2006, l'effectif des nouveaux diplômés remonterait au-dessus de 1.500 et serait ensuite compris dans une fourchette de 1 600 à 1 800 personnes jusqu'en 2020, malgré la diminution du nombre de jeunes, laquelle survient après 2010. A cette date, on serait à un niveau proche du sommet atteint en 1999. Sans mesures nouvelles, il est donc improbable de compter sur un effectif dépassant les 1 800 PAI pour alimenter annuellement le marché de l'emploi. Parmi celles-ci, le frein imposé à la kinésithérapie pourrait amener un certain nombre d'étudiants à porter leur choix vers les soins infirmiers.

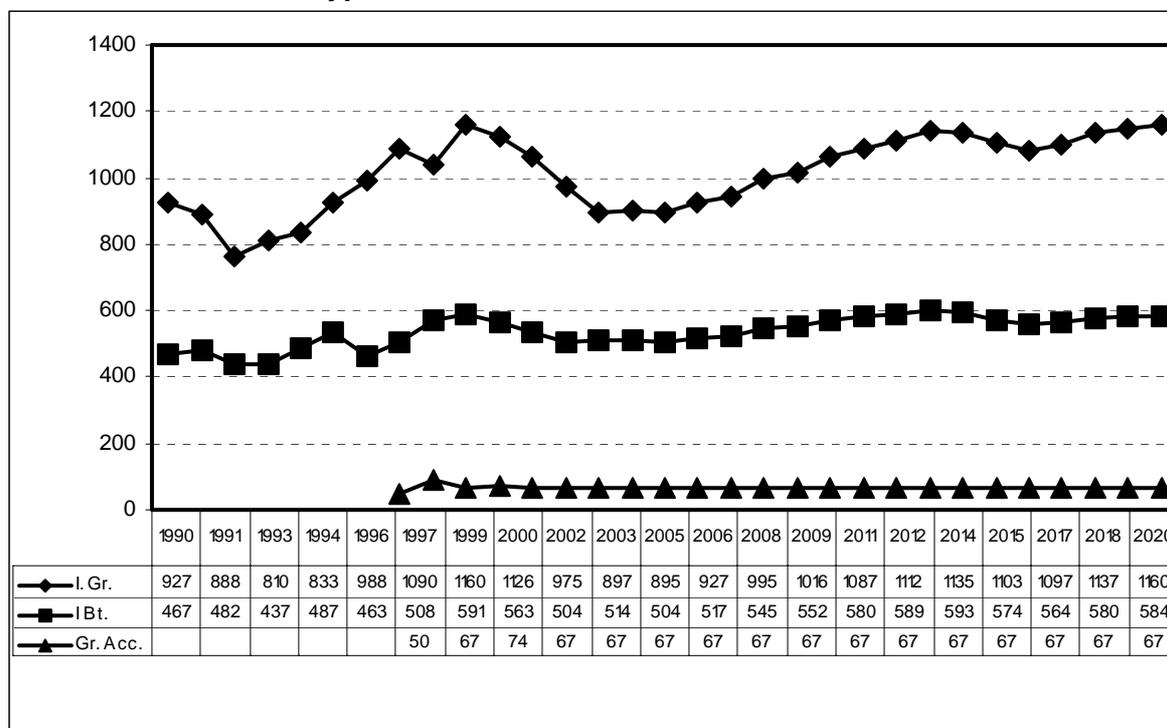
Quant à la différence entre les deux sexes, l'analyse peut se résumer de la façon suivante : le taux de masculinité connaîtra une croissance régulière mais modérée assurant la promotion de quelque 350 diplômés par an à l'horizon 2020 contre 270 en 2000 et 140 en 1990. En parallèle, le nombre de femmes obtenant un premier diplôme PAI diminuera jusqu'en 2005 se maintenant ensuite entre 1 300 et 1 500 environ. En 2020, il serait de quelque 1 460.

L'autre versant de ces projections répond à l'**hypothèse basse**. Dans ce cas de figure, la décroissance des nouveaux inscrits se poursuivrait et entraînerait une diminution du nombre de nouveaux diplômés même au-delà de 2005. Ce dernier descendrait sous le seuil des 1 500 vers 2014 et avoisinerait les 1 350 en 2020.

La différence entre les deux sexes est ici aussi marquée. La diminution momentanée de l'attrait des études infirmières et celle, plus persistante, de la population en âge d'entreprendre des études pourraient être progressivement compensées par une amélioration du taux d'attraction auprès des jeunes gens, si bien que les promotions de nouveaux PAI masculins arriveraient à maintenir leur nombre jusqu'en 2020, tandis que celles des femmes perdraient quelque 22%. Avec un nombre global d'environ 11 360 premiers diplômes en 2020, comprenant quelque 800 gradués, 500 brevetés et une soixantaine d'accoucheuses, les soins infirmiers se verraient sans doute confrontés, selon cette hypothèse, à un scénario catastrophe, d'autant plus préoccupant que c'est la filière graduée qui serait la plus touchée.

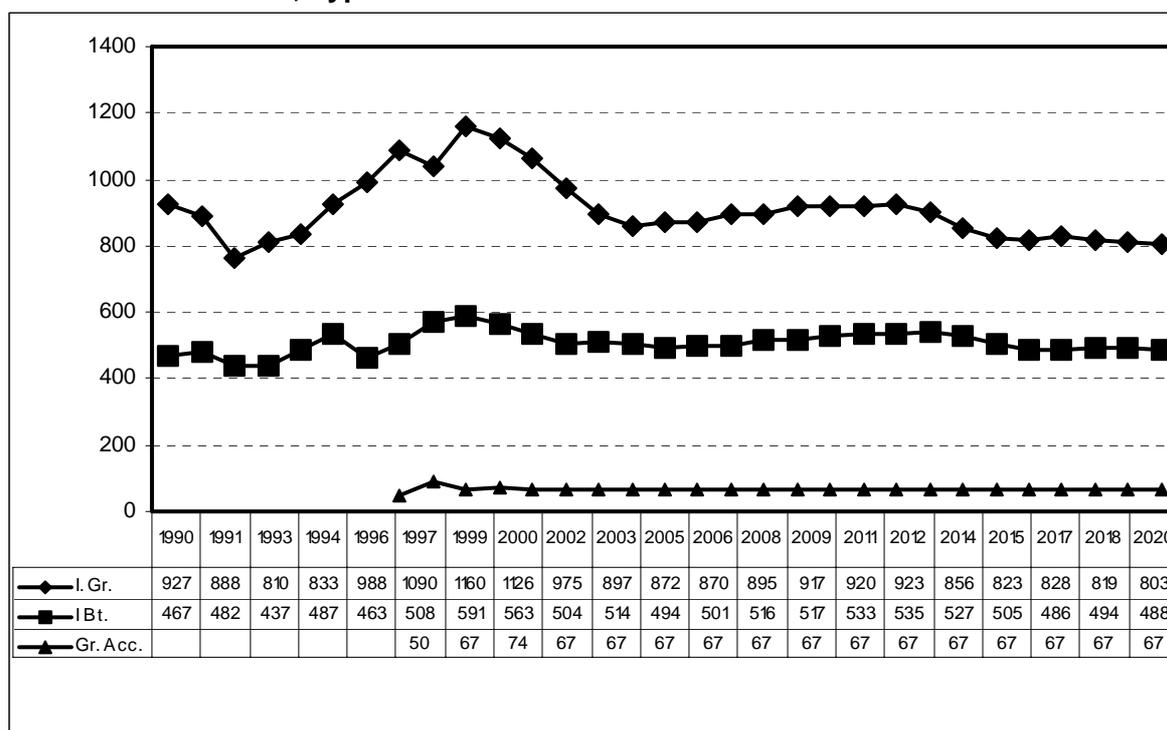
En comparant l'évolution du graduat et du brevet infirmier, il ne faut cependant pas oublier que la création d'un diplôme de graduée accoucheuse diminue statistiquement le graduat infirmier sans que cette diminution signifie pour autant un affaiblissement du niveau de qualification parmi les praticiens. Si on examine le rapport du graduat (infirmières et accoucheuses) par rapport au brevet, on observe une augmentation de la proportion de gradués dans l'hypothèse haute par rapport à celle de 1990 (64%) et une stabilité par rapport à 2000 (68%). Selon l'hypothèse basse, il y aurait par contre en 2000 un retour à la proportion de 1990.

Figure 5.3.3.1 Evolution des effectifs annuels de nouveaux diplômés francophones selon leur qualification, observations 1990-2000, projection 2001-2020, hypothèse haute



Source : UCL, SESA

Figure 5.3.3.2 Evolution des effectifs annuels de nouveaux diplômés francophones selon leur qualification, observations 1990-2000, projection 2001-2020, hypothèse basse



Source : UCL, SESA

5.4. La mortalité

Il est bien connu que la mortalité touche inégalement les individus selon qu'ils sont de niveau d'instruction élevé ou bas. Pour la première fois en Belgique, il a été possible en 2001 d'évaluer la mortalité différentielle selon le niveau d'instruction, par âge au-delà de 25 ans et sexe (Sylvie Gadeyne et Patrick Deboosere, 2001)⁶. Auparavant, toutes les projections concernant les personnels de la santé avaient considéré le niveau global de la mortalité par sexe. Or, les travaux de l'équipe de la VUB ont confirmé que, comme dans d'autres pays, plus l'instruction est élevée, plus la mortalité est faible. Cette différence est maximale pour les premiers âges adultes et tend à se réduire à mesure que l'on avance en âge. La figure 5.4.1. présente, pour chacune des régions, les rapports selon l'âge de la mortalité de la population ayant un niveau d'instruction supérieur (NIS) et de la mortalité de la population totale, tous niveaux d'instruction confondus⁷. Concernant les hommes âgés de 25 ans, par exemple, ce rapport est de 0.34 en Flandre, 0.46 à Bruxelles et 0.66 en Wallonie. En Flandre, ce rapport augmente progressivement avec l'âge pour tendre vers l'unité aux âges avancés. Par contre, en Wallonie, ce rapport observe d'abord une diminution jusqu'à l'âge de 29 ans avant de connaître une augmentation. A Bruxelles, ces rapports se rapprochent plus rapidement de l'unité, entre 33 et 55 ans, indiquant ainsi un profit moindre d'un NIS, par rapport aux autres régions.

Dans la population féminine, le rapport à 25-29 ans est à peu près équivalent en Flandre et en Wallonie, 0.70 et 0.75 respectivement ; alors qu'à Bruxelles, ce rapport atteint à peine 25% (0.004). En Flandre et en Wallonie, ce rapport évolue également selon l'âge ; toutefois, l'évolution vers un rapport de 1 est moins marquée que chez les hommes. Jusqu'à la quarantaine, la femme NIS et résidant à Bruxelles a le taux de mortalité le plus bas par rapport à la population totale. On remarque également que la mortalité des femmes NIS autour de 40 ans est de 40 % inférieure à celle de l'ensemble des femmes à Bruxelles et de 25% moindre dans les deux autres régions.

Les PAI jouissant d'un NIS, nous avons dès lors convenu de leur appliquer les rapports issus de cette étude. Ayant adopté, pour la population dans son ensemble, les taux de mortalité par âge, sexe et région utilisés par l'INS dans les récentes projections 2000-2050, nous avons multiplié les quotients de mortalité des tables de l'INS par les rapports présentés en figure 5.4.1. Les quotients, obtenus après cette multiplication, sont ensuite transformés en taux de mortalité pour chacune des régions. De là, nous avons estimé des taux de mortalité pour la Communauté française en considérant que 83 % des personnes décédées enregistrées à Bruxelles étaient francophones. De ces taux pour la Communauté française, ont été déduites les probabilités de survie prévisible pour les hommes et pour les

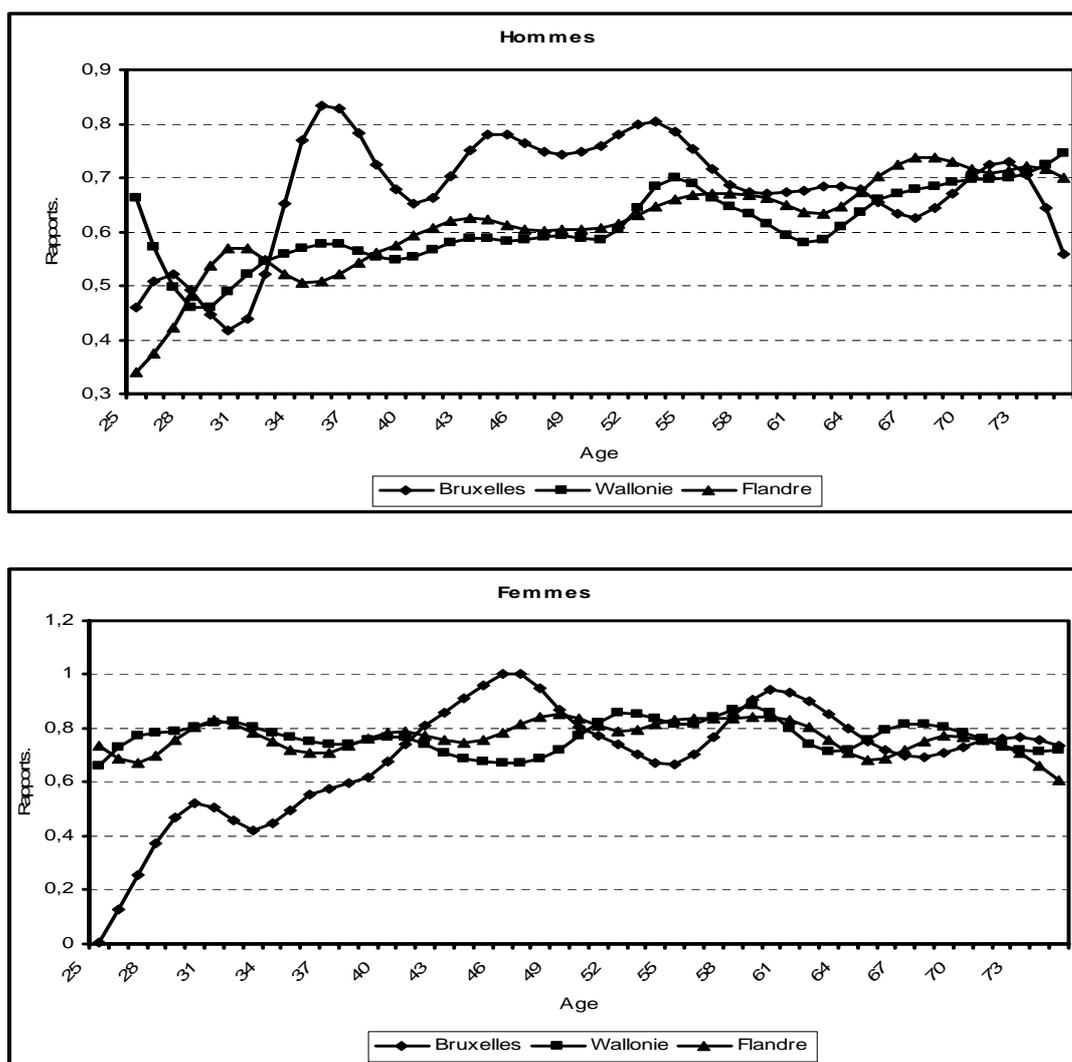
⁶ Ces travaux ont consisté à établir la mortalité au-delà de 25 ans selon le niveau d'instruction grâce au couplage des données du recensement de 1991 avec le registre national de la population entre 1991 et 1996. Pour les PAI âgés de moins de 25 ans, nous avons utilisé la mortalité de l'ensemble de la population en deçà de 25 ans sans la modifier.

GADEYNE S., DEBOOSERE P., *L'inégalité ultime, : différences de mortalité chez les hommes et chez les femmes belges en fonction des caractéristiques socio-économiques et du type de ménage*, RBSS, 2002, N°1, pp. 59-104.

⁷ Nous avons auparavant fait subir aux rapports initiaux un lissage par la méthode de la moyenne mobile pour faire disparaître les fluctuations dues aux petits nombres de décès observés, surtout à Bruxelles. Cela n'altère en rien la hiérarchie qui existe entre les régions.

femmes. Les probabilités de survie prévisible concernant les nouveaux diplômés résultant de ce même traitement sont également calculées pour les deux sexes⁸.

Figure 5.4.1. Rapport de la mortalité par âge de la population de niveau d'instruction supérieur et de la mortalité de la population totale (tous niveaux d'instruction confondus)



Source : Calculs SESA, UCL à partir des taux de mortalité de Sylvie Gadeyne et Patrick Deboosere.

⁸ La probabilité de survie perspective $P(x,t)$ est la probabilité pour une personne d'âge x de survivre entre le 1^{er} janvier de l'année t et le 1^{er} janvier de l'année suivante $t+1$. La probabilité de survie perspective pour un nouveau diplômé d'âge x , $PN(x,t)$, est la probabilité de survie jusqu'à la fin de l'année t (31 décembre) d'un individu qui a atteint l'âge x au cours de cette même année où il a obtenu son diplôme.

Les tableaux reprenant les probabilités de survie pour les hommes et les femmes peuvent être consultés sur le site internet du SESA : www.sesa.ucl.ac.be/ManPower.

5.5. Les effectifs attendus de PAI : perspectives jusqu'en 2020

Cette section présente les résultats des projections effectuées selon les hypothèses haute et basse d'attraction des études menant au diplôme ou au brevet en soins infirmiers. Plusieurs étapes sont à parcourir en vue de déterminer annuellement le nombre de :

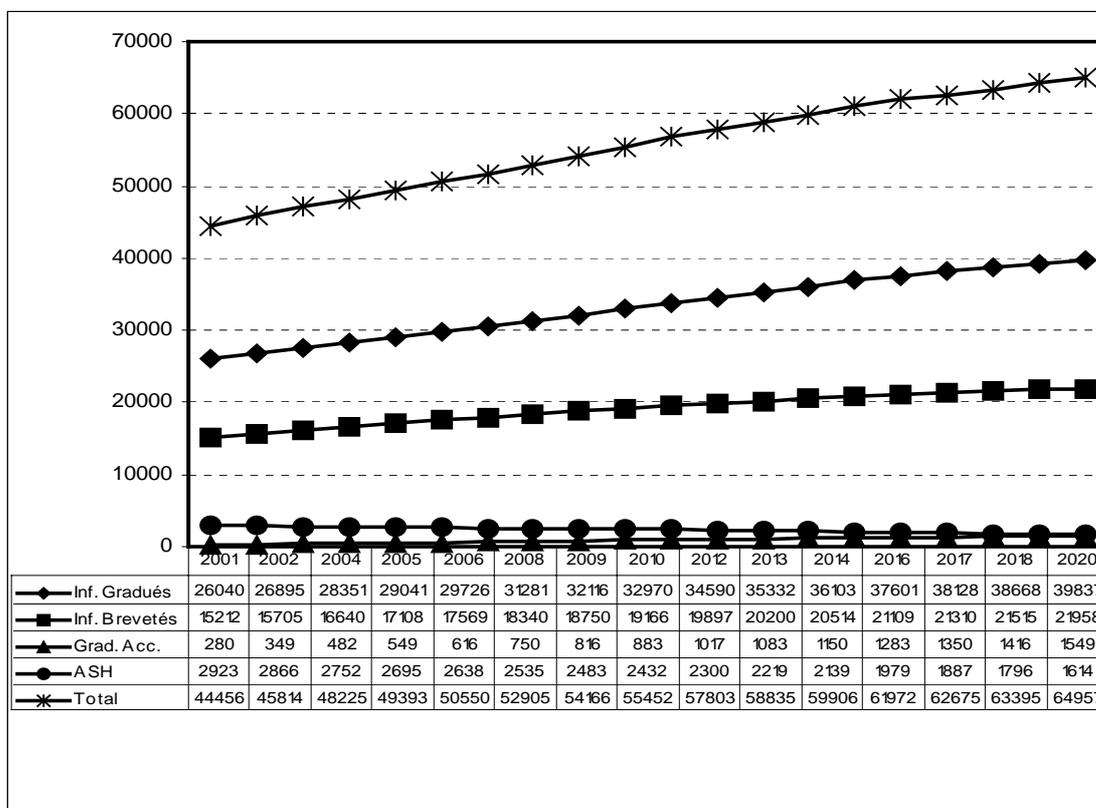
1. PAI potentiellement actifs,
2. PAI actifs,
3. PAI-API (Actifs dans la Profession Infirmière)
4. ETP (équivalent temps plein) de PAI-API.

La projection prend pour point de départ les effectifs de professionnels de la CFGB dont nous avons estimé au préalable le nombre par qualification, sexe et classe d'âges au 01-01-2001 (cfr tableau 2.1.3.2.4.5).

5.5.1. Effectifs de PAI potentiellement actifs

Les Tableaux Annexes 5.5.1.1 et 5.5.1.2. présentent les effectifs de PAI (20-64 ans) atteints annuellement en CFGB durant la période de projection, par sexe et pour chacune des qualifications, selon les hypothèses haute et basse d'attraction des études en soins infirmiers.

Infirmiers gradués hospitaliers et spécialisés (y compris les accoucheuses avant 1997) sont regroupés dans une seule catégorie car les bases de données initiales (Recensement 1991 et MAS 1996, projetés en 2001) n'ont de répartition par âge que pour les effectifs globaux. L'introduction des nouveaux diplômés s'opère sur base des premiers diplômés attendus. Dans l'étape suivante, le taux d'activité tient compte des professionnels poursuivant des études et les étudiants sont considérés comme inactifs. Les graduées accoucheuses par contre, font l'objet d'une catégorie distincte ; elles sont traitées séparément.

Figure 5.5.1.1. Effectifs de PAI diplômés de moins de 65 ans en CFGB : hypothèse haute, projection 2001-2020

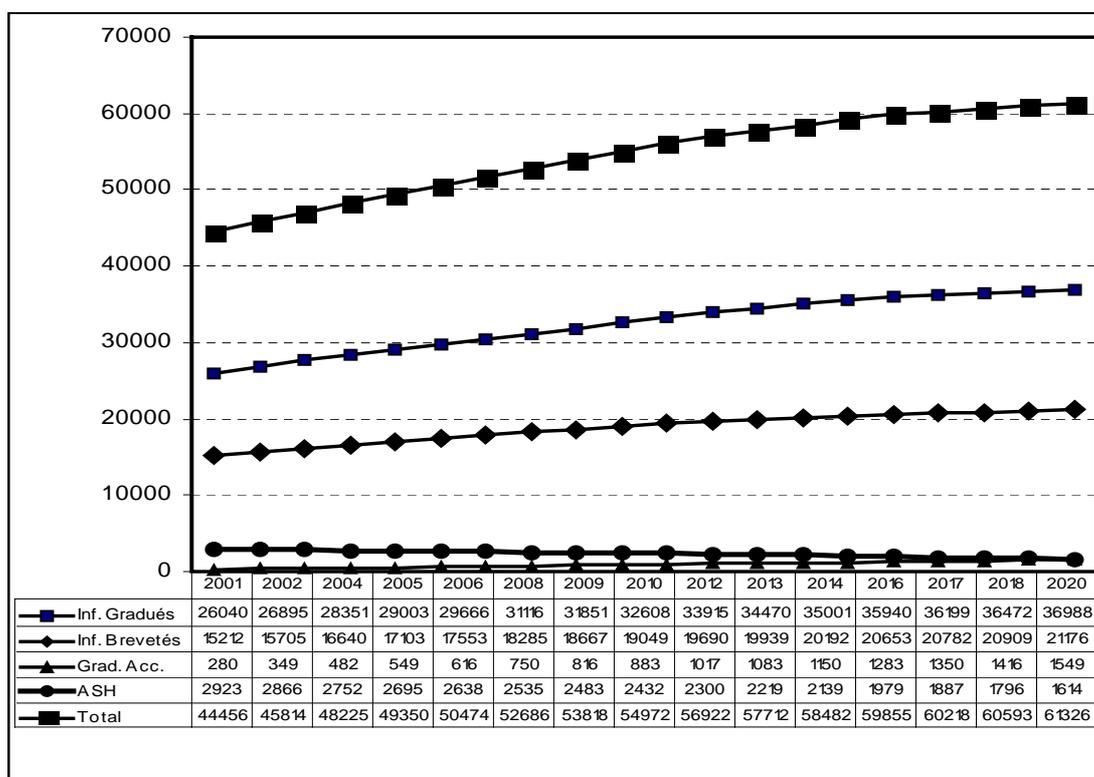
Source, UCL, SESA

On remarquera (cfr Figures 5.5.1.1. et 5.5.1.2.) que, jusqu'en 2004, il n'y a aucune incidence des hypothèses concernant les nouveaux diplômés sur l'effectif total. Ceux qui sortent des écoles en 2001, 2002 et 2003 étant en cours de formation en 2000 sont estimés sur base du taux de réussite. Les données de 2002 à 2004 (1^{er} janvier) peuvent être considérées comme des prévisions. En 2005, selon l'hypothèse haute, les PAI, qui étaient près de 45 000 en 2001 auront augmenté de quelque 5 000 unités, de 11 000 en 2010 et de 20 000 en 2020; selon l'hypothèse basse, la progression serait également de 5 000 en 2005, puis de 10 000 en 2010 et enfin de 17 000 en 2020.

La fourchette d'estimation mesurant l'écart entre les résultats des deux hypothèses retenues est ainsi de 4 % en 2015 et de 8 % en 2020. La croissance des effectifs est importante dans toutes les qualifications, à l'exception des ASH qui, faute de nouvelles recrues, voient leurs effectifs diminuer d'un quart.

Les Tableaux annexes 5.5.1.1. et 5.5.1.2. détaillent par sexe les effectifs présentés globalement ci-dessus. Si la progression des taux de masculinité se poursuit comme prévu, les indices de croissance des hommes seront beaucoup plus élevés que ceux des femmes : (+ 115 % contre + 39 %, au total des PAI en hypothèse haute, + 99 % contre + 31 % en hypothèse basse).

Figure 5.5.1.2. Effectifs de PAI diplômés de moins de 65 ans en CFGB : hypothèse basse, projection 2001-2020



Source, UCL, SESA

Les Tableaux 5.5.1.1 et 5.5.1.2 reprennent, pour chaque hypothèse et par qualification, les effectifs de cinq en cinq ans, leur évolution en indice par rapport à 2001 et le pourcentage de chaque catégorie de diplômés au sein des effectifs totaux de PAI de l'année considérée.

Dans l'hypothèse haute, la progression à l'horizon 2020 se situe autour de 53 % pour les infirmiers gradués et de 44 % pour les brevetés. Quant aux accoucheuses, on se rappellera que leurs effectifs de départ ne comprennent que les diplômées depuis 1997, les diplômés antérieurs étant des spécialisations du graduat infirmier. Leur indice d'évolution, pouvant être mal interprété, n'a pas été calculé. Dans l'hypothèse basse, les scores de ces deux groupes sont proches de 40 %.

Quelle que soit l'hypothèse, la prédominance des gradués (infirmiers et accoucheuses) parmi les PAI se confirme (59 % en 2001, 64 % en 2020). La proportion de brevetés se stabilise autour de un tiers, alors que celle des ASH décline de 7 à 3 %.

L'option qui a été retenue pour effectuer ces projections : à savoir, de considérer les EENR comme des professionnels n'ayant pas l'intention d'être actifs en Belgique, a un impact important sur les résultats. Pour l'ensemble des PAI la différence s'élève à 3300 unités (6 %) en 2010 et à 7 000 (11 %) en 2020 ; pour les gradués, elle est de 5 % en 2020 et de 26 % pour les brevetés.

Tableau 5.5.1.1. Effectifs de PAI diplômés de moins de 65 ans en CFGB selon la qualification, hypothèse haute

	Inf. Gradués	Inf. Brevetés	Grad. Acc.	ASH	Total
Effectifs					
2001	26040	15212	280	2923	44456
2005	29041	17108	549	2695	49393
2010	32970	19166	883	2432	55452
2015	36869	20821	1217	2059	60965
2020	39837	21958	1549	1614	64957
Indices d'évolution – 2001=100					
2001	100	100	--	100	100
2005	112	112	--	92	111
2010	127	126	--	83	125
2015	142	137	--	70	137
2020	153	144	--	55	146
Répartition selon la qualification					
2001	58,6%	34,2%	0,6%	6,6%	100,0%
2005	58,8%	34,6%	1,1%	5,5%	100,0%
2010	59,5%	34,6%	1,6%	4,4%	100,0%
2015	60,5%	34,2%	2,0%	3,4%	100,0%
2020	61,3%	33,8%	2,4%	2,5%	100,0%

Source : SESA/UCL

Tableau 5.5.1.2. Effectifs de PAI diplômés de moins de 65 ans en CFGB selon la qualification, hypothèse basse

	Inf. Gradués	Inf. Brevetés	Grad. Acc.	ASH	Total
Effectifs					
2001	26040	15212	280	2923	44456
2005	29003	17103	549	2695	49350
2010	32608	19049	883	2432	54972
2015	35487	20434	1217	2059	59196
2020	36988	21176	1549	1614	61326
Indices d'évolution – 2001=100					
2001	100	100	100	100	100
2005	111	112	196	92	111
2010	125	125	316	83	124
2015	136	134	435	70	133
2020	142	139	554	55	138
Répartition selon la qualification					
2001	58,6%	34,2%	0,6%	6,6%	100,0%
2005	58,8%	34,7%	1,1%	5,5%	100,0%
2010	59,3%	34,7%	1,6%	4,4%	100,0%
2015	59,9%	34,5%	2,1%	3,5%	100,0%
2020	60,3%	34,5%	2,5%	2,6%	100,0%

Source : SESA/UCL

5.5.2. Effectifs de PAI actifs 2001-2020

Les taux d'activité par âge et sexe des diplômés PAI ont été calculés à partir du recensement de 1991 (voir chapitre 2.1.3. Figure 2.1.3.3.1.a.). Au total, on observait alors que 94.8 % des hommes et 86.3 % des femmes étaient actifs (ayant un emploi ou étant en recherche d'un emploi). Ces taux sont élevés par rapport à ceux observés dans la population générale⁹, mais ils concernent des emplois qui ne sont pas nécessairement en lien avec la formation en soins infirmiers. Ces taux d'activité appliqués à la population de PAI potentiellement actifs nous permettront d'estimer la population de PAI actifs, quel que soit le secteur d'activité où ils ont ou cherchent un emploi. Les tableaux Annexes 5.5.2.1. et 5.5.2.2. fournissent pour les deux hypothèses de projection les effectifs totaux (20-64 ans) de la population active détenant un diplôme de PAI.

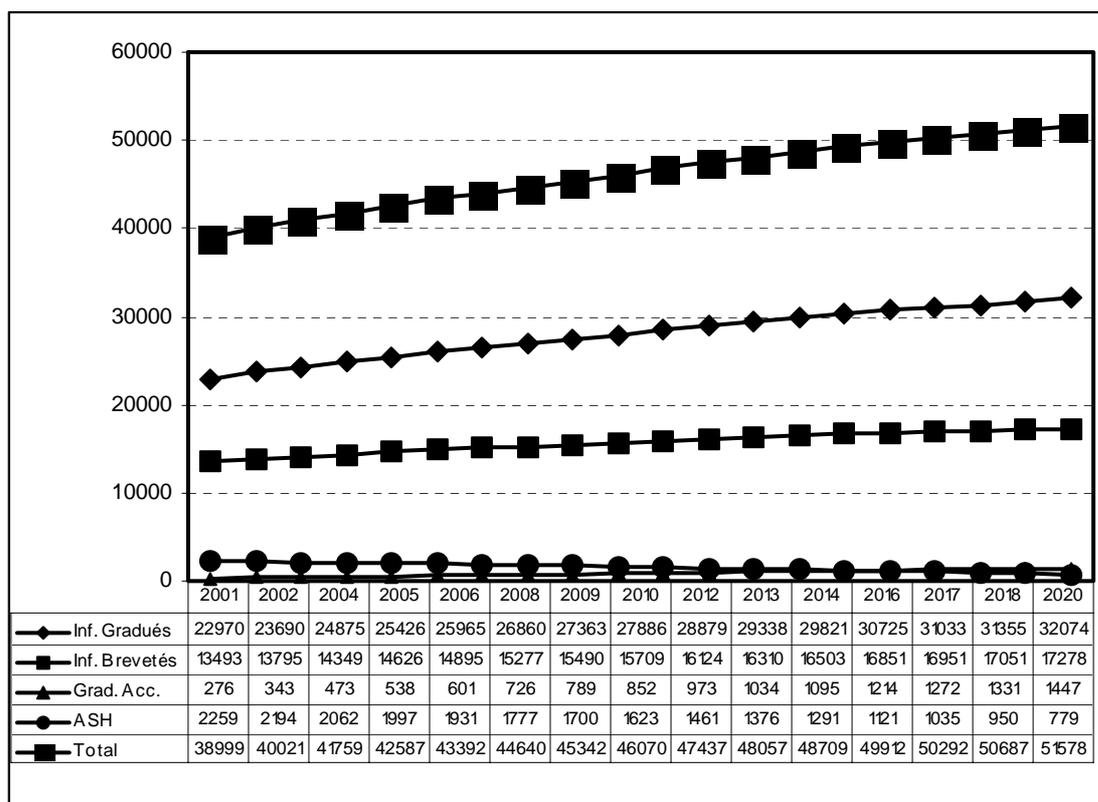
En comparant les effectifs ainsi obtenus à ceux des diplômés, on constate que le taux d'activité, tous âges confondus, a augmenté de 1991 à 2001. Il s'élève à 98,5% chez les hommes et 86,7 chez les femmes. En cause : l'afflux au cours de cette période de promotions plus nombreuses que par le passé. En appliquant ces mêmes taux jusqu'en 2020, on obtient par contre un taux d'activité global de 93,7% pour les hommes et de 77% pour les femmes. C'est qu'en effet, des cohortes plus nombreuses arrivent aux classes d'âge supérieures dont les taux d'activité déclinent fortement à partir de 55 ans (Tableau annexe 2.1.3.3.1).

Nous avons déjà signalé que l'hypothèse de stabilité dans le temps des taux d'activité était critiquable ; nous ne nous y sommes résolus que faute de disposer d'une mesure fiable de l'évolution. Les travaux récents du MET fournissent maintenant un indicateur de tendance pour l'ensemble de la population belge, que nous pourrions utiliser à titre d'hypothèse. La croissance observée depuis 1999, - c'est à cette date que le MET a mis en application sa nouvelle méthode d'évaluation de la population active, - jusqu'en 2001, est de 0,3 point de pourcentage en 2 ans (0,45 % de la base). Il n'est cependant pas encore disponible par âge, sexe, région et code NACE, mais le travail est en cours. L'extrapolation de cette croissance globale à la période 2001-2020 présente un certain danger en raison du vieillissement de la population. Il n'est en tout cas pas possible de l'intégrer dans notre travail de projection, faute de disposer d'une évolution par groupe d'âge et par sexe.

Au terme de notre travail de projection, nous ferons néanmoins l'exercice d'appliquer ce taux de croissance global aux effectifs de PAI API ETP (cfr section 5.5.5.). Cela permettra d'évaluer le gain de personnel que l'on peut obtenir en favorisant le travail professionnel aux différents âges.

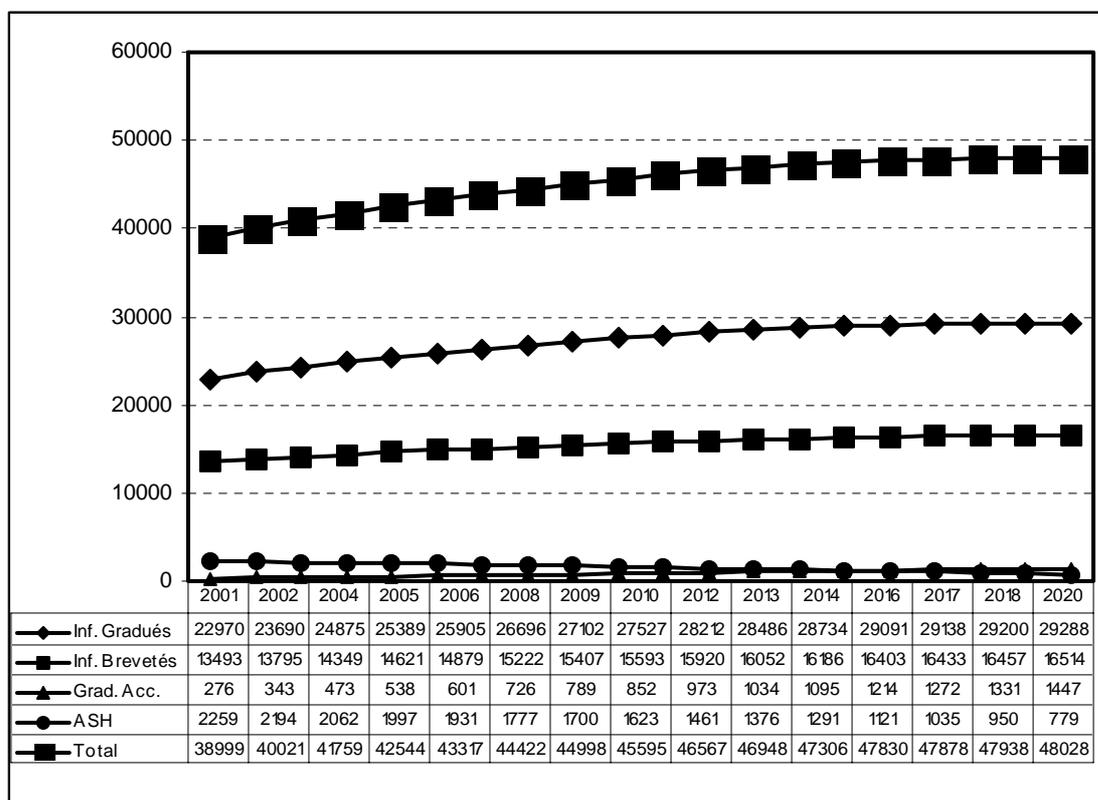
⁹ MET, *Une nouvelle estimation de la population active*, site Web du MET, update du 10-09-2001 : le taux d'activité de la population de 15-64 ans est évaluée en 2001 à 66.5 %.

Figure 5.5.2.1. Effectifs de PAI actifs en CFGB : hypothèse haute, projection 2001-2020



Source : Calculs SESA/UCL

Figure 5.5.2.2. Effectifs de PAI actifs en CFGB : hypothèse basse, projection 2001-2020



Source : Calculs SESA/UCL

Tableau.5.5.2.1. : Effectifs de PAI actifs en CFGB, selon la qualification, hypothèse haute, 2001-2010

	Inf. Gradués	Inf. Brevetés	Grad. Acc.	ASH	Total
Effectifs					
2001	22970	13493	276	2259	38999
2005	25426	14626	538	1997	42587
2010	27886	15709	852	1623	46070
2015	30297	16689	1155	1206	49348
2020	32074	17278	1447	779	51578
Indices d'évolution – 2001=100					
2001	100	100	--	100	100
2005	111	108	--	88	109
2010	121	116	--	72	118
2015	132	124	-	53	127
2020	140	128	--	34	132
Répartition selon la qualification					
2001	58,9%	34,6%	0,7%	5,8%	100,0%
2005	59,7%	34,3%	1,3%	4,7%	100,0%
2010	60,5%	34,1%	1,8%	3,5%	100,0%
2015	61,4%	33,8%	2,3%	2,4%	100,0%
2020	62,2%	33,5%	2,8%	1,5%	100,0%

Source : Calculs SESA/UCL

Tableau.5.5.2.2. : Effectifs de PAI actifs en CFGB, selon la qualification, hypothèse basse, 2001-2010

	Inf. Gradués	Inf. Brevetés	Grad. Acc.	ASH	Total
Effectifs					
2001	22970	13493	276	2259	38999
2005	25389	14621	538	1997	42544
2010	27527	15593	852	1623	45595
2015	28936	16309	1155	1206	47605
2020	29288	16514	1447	779	48028
Indices d'évolution – 2001=100					
2001	100	100	--	100	100
2005	111	108	--	88	109
2010	120	116	--	72	117
2015	126	121	--	53	122
2020	128	122	--	34	123
Répartition selon la qualification					
2001	58,9%	34,6%	0,7%	5,8%	100,0%
2005	59,7%	34,4%	1,3%	4,7%	100,0%
2010	60,4%	34,2%	1,9%	3,6%	100,0%
2015	60,8%	34,3%	2,4%	2,5%	100,0%
2020	61,0%	34,4%	3,0%	1,6%	100,0%

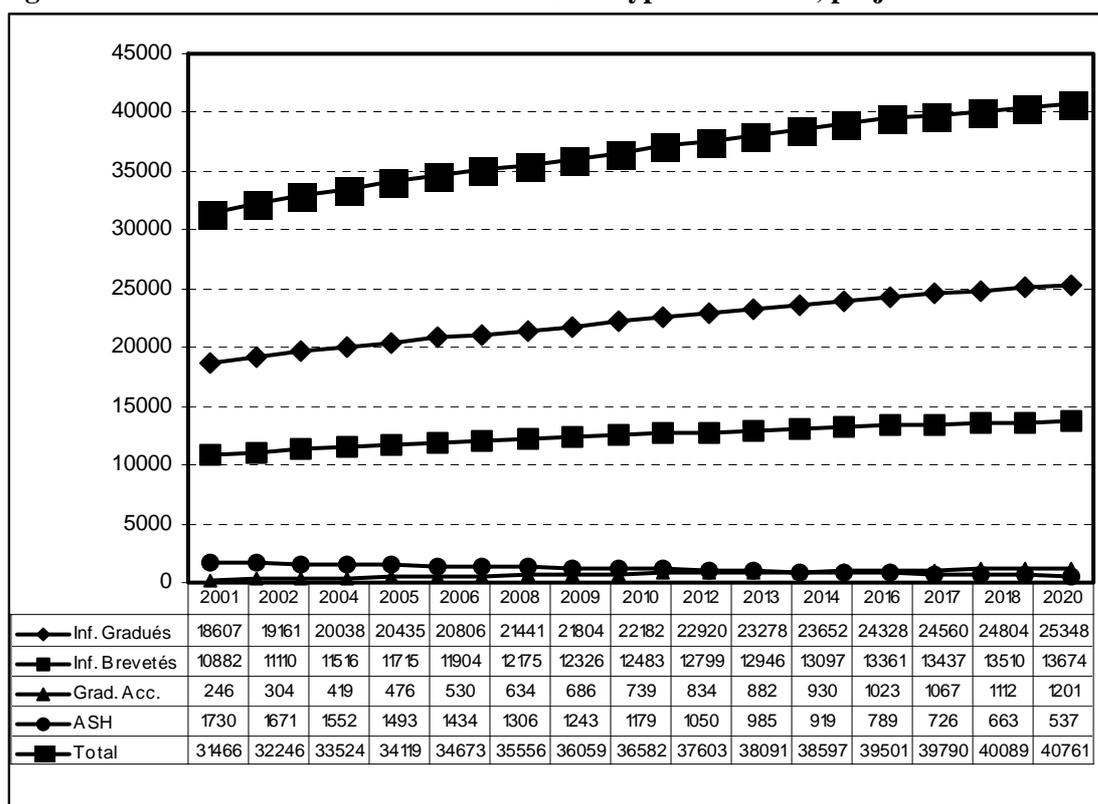
Source : Calculs SESA/UCL

5.5.3. Effectifs de PAI - API 2001-2020

Si les effectifs d'actifs donnent une évaluation du stock mobilisable pour la prise en charge de l'activité infirmière, les effectifs des PAI occupés dans la profession infirmière cernent mieux l'importance de l'offre effective de main d'œuvre dans le secteur. En supposant que les taux d'occupation des actifs dans la profession infirmière restent dans les limites observées lors du recensement de 1991 (Tableau Annexe 2.1.3.3.1.), on a évalué ces effectifs selon l'âge, le sexe et le type de qualification (Tableaux Annexes 5.5.3.1 et 5.5.3.2). Pour les hommes, les taux d'API par âge obtenus lors du recensement en CFGB reposaient sur un nombre trop faible d'observations, on a donc appliqué le taux obtenu par les hommes dans l'ensemble du pays.

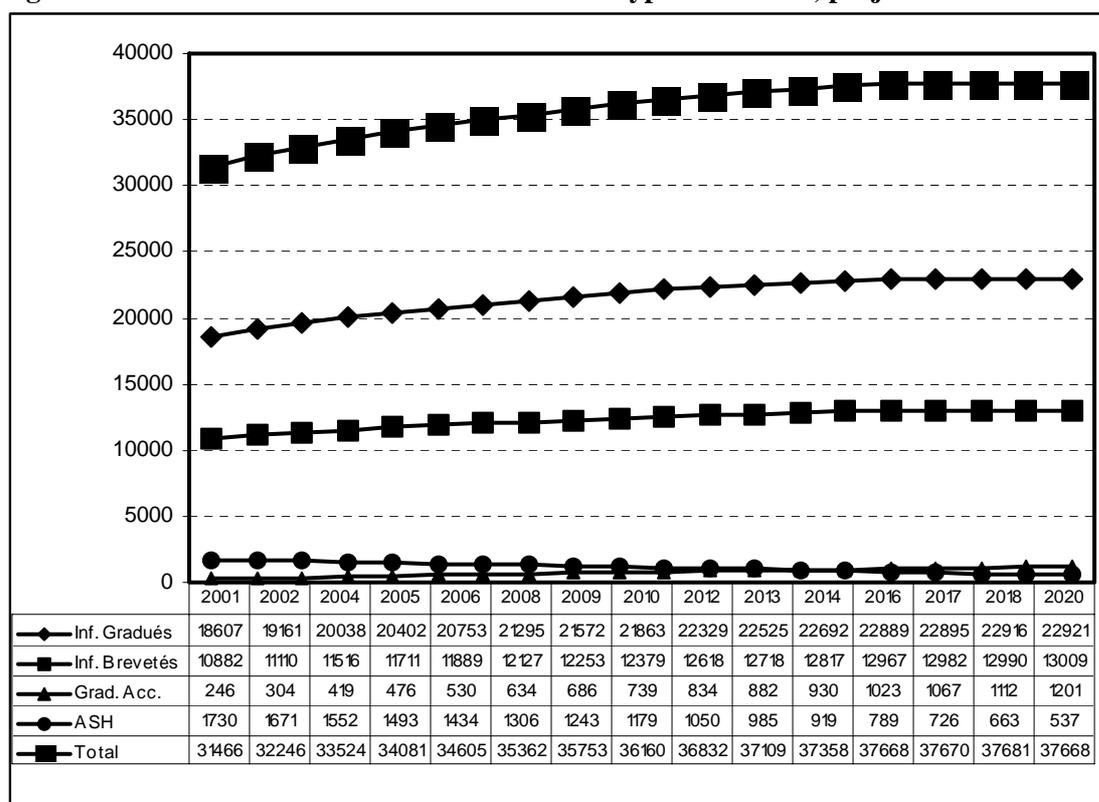
Il résulte de l'application de ces taux que, parmi les PAI actifs, 78% des hommes et 81% des femmes ont un emploi en lien avec leur formation en 2001. En 2020, on peut s'attendre à une diminution substantielle chez les hommes (- 4 points de pourcentage) tandis qu'elle est plus faible chez les femmes (- 1 point).

Figure 5.5.3.1. Effectifs de PAI - API en CFGB : hypothèse haute, projection 2001-2020



Source : Calculs SESA/UCL

Figure 5.5.3.2. Effectifs de PAI - API en CFGB : hypothèse basse, projection 2001-2020



Source : Calculs SESA/UCL

Tableau.5.5.3.1. : Effectifs de PAI - API en CFGB, selon la qualification, hypothèse haute, 2001-2010

	Inf. Gradués	Inf. Brevetés	Grad. Acc.	ASH	Total
Effectifs					
2001	18607	10882	246	1730	31466
2005	20435	11715	476	1493	34119
2010	22182	12483	739	1179	36582
2015	24017	13242	977	854	39091
2020	25348	13674	1201	537	40761
Indices d'évolution – 2001=100					
2001	100	100	--	100	100
2005	110	108	--	86	108
2010	119	115	--	68	116
2015	129	122	--	49	124
2020	136	126	--	31	130
Répartition selon la qualification					
2001	59,1%	34,6%	0,8%	5,5%	100,0%
2005	59,9%	34,3%	1,4%	4,4%	100,0%
2010	60,6%	34,1%	2,0%	3,2%	100,0%
2015	61,4%	33,9%	2,5%	2,2%	100,0%
2020	62,2%	33,5%	2,9%	1,3%	100,0%

Source : Calculs SESA/UCL

Tableau.5.5.3.2. : Effectifs de PAI - API en CFGB, selon la qualification, hypothèse basse, 2001-2010

	Inf. Gradués	Inf. Brevetés	Grad. Acc.	ASH	Total
Effectifs					
2001	18607	10882	246	1730	31466
2005	20402	11711	476	1493	34081
2010	21863	12379	739	1179	36160
2015	22817	12907	977	854	37555
2020	22921	13009	1201	537	37668
Indices de croissance					
2001	100	100	--	100	100
2005	110	108	--	86	108
2010	118	114	--	68	115
2015	123	119	--	49	119
2020	123	120	--	31	120
Répartition selon la qualification					
2001	59,1%	34,6%	0,8%	5,5%	100,0%
2005	59,9%	34,4%	1,4%	4,4%	100,0%
2010	60,5%	34,2%	2,0%	3,3%	100,0%
2015	60,8%	34,4%	2,6%	2,3%	100,0%
2020	60,8%	34,5%	3,2%	1,4%	100,0%

Source : Calculs SESA/UCL

5.5.4. ETP de PAI - API 2001-2020

Enfin, pour estimer le volume effectif de travail offert par les PAI, il faut tenir compte du travail à temps partiel. Le Tableau 5.5.4.1 présente la proportion de PAI occupés dans le secteur sanitaire qui exercent à temps partiel, estimée par âge et sexe selon le recensement de 1991 (Leclercq et al., 1998). Pour les hommes, l'estimation est reprise du niveau national, car les effectifs, trop peu nombreux, n'ont pas permis d'évaluer ces proportions pour la Communauté française. Pour les femmes, les estimations portent uniquement sur la Wallonie, les effectifs à Bruxelles étant eux aussi trop faibles.

D'après les données du recensement de 1991, l'exercice à temps partiel est plus rare chez les hommes (3 %) que chez les femmes (33 %); chez ces dernières, il atteint 26 % à 20-24 ans, 40 % dans la trentaine et, ensuite, près de 30 % jusqu'à l'arrêt définitif de l'activité. Ces taux sont nettement plus élevés que ceux qui résultaient à la même date de *l'Enquête sur les forces de travail* du MET concernant la population active globale en Belgique : 2 % chez les hommes et 25.5 % chez les femmes. Par contre, ils correspondent à peu de chose près à ceux du MET pour 1999 : 4.3 % et 33 % selon le sexe. Il est donc probable que les taux de travail à temps partiel des PAI ont eux aussi augmenté mais, en l'absence de toute évaluation par groupe d'âge, les taux de 1991 ont été maintenus pour 2001 et pour la projection. Un scénario de croissance sera envisagé ultérieurement en appliquant un taux de croissance global (cfr section 5.5.5. : Hypothèse haute+++ et basse+).

Tableau 5.5.4.1. Le temps partiel et sa durée selon le sexe parmi les PAI API et les soignants, 1991

	% de temps partiel				Durée du temps partiel (h/sem.)	
	PAI		soignants		PAI & soignants	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
20-24	3,7%	9,0%	9,5%	42,4%	27,5	24,1
25-29	2,5%	26,2%	7,5%	45,4%	26,2	23,6
30-34	3,2%	43,0%	5,7%	44,8%	24,0	22,3
35-39	3,4%	38,6%	6,6%	37,9%	24,5	22,3
40-44	3,2%	34,3%	5,8%	35,1%	24,2	22,5
45-49	2,8%	27,5%	4,0%	33,0%	23,9	22,5
50-54	1,8%	30,6%	3,2%	36,7%	23,6	21,1
55-59	5,8%	26,4%	9,1%	33,1%	23,3	21,3
60-64	5,8%		9,1%		23,0	

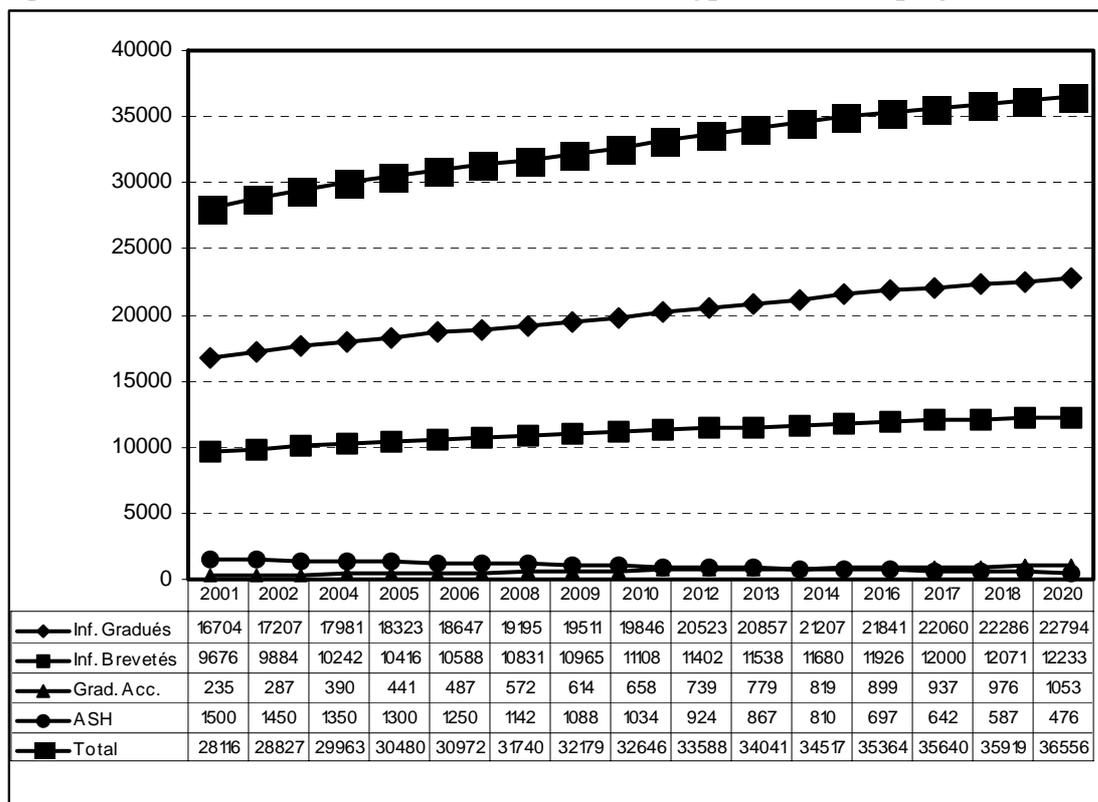
Source : Recensement 1991, in *Leclercq et al.*, T1, pp. 86-89; T2, pp. 35-36, SESA/UCL, 1998.

Les données du recensement de 1991 ont également fourni l'évaluation de la durée moyenne du temps de travail des travailleurs à temps partiel par sexe et selon l'âge. La variation est relativement faible selon l'âge et se situe en moyenne autour de 24h/semaine pour les hommes et 22h pour les femmes, soit quelque 60 % du temps plein. Sur cette base, l'offre de PAI a été estimée en équivalent temps plein (ETP). Les résultats de ces projections sont présentés aux tableaux annexes 5.5.4.1 et 5.5.4.2. et résumés ci dessous par les Figures 5.5.4.1. et 5.5.4.2.

Le rapport PP/ETP en 2001 s'établissait à 1.12 pour l'ensemble des PAI, 1,01 chez les hommes et 1,13 chez les femmes. Ce rapport est beaucoup plus faible que celui que l'on peut calculer à l'intérieur d'une institution ou même d'un secteur. Les données du recensement dont nous partons tiennent compte de ce qu'un même professionnel occupe parfois (et cela peut être souvent) plusieurs postes de travail à temps partiel. Mais il est possible également que la fréquence des temps partiels ait augmenté et que la durée de leur temps de travail ait diminué. Ces rapports ; tels qu'ils résultent de nos projections se modifient très peu au cours du temps.

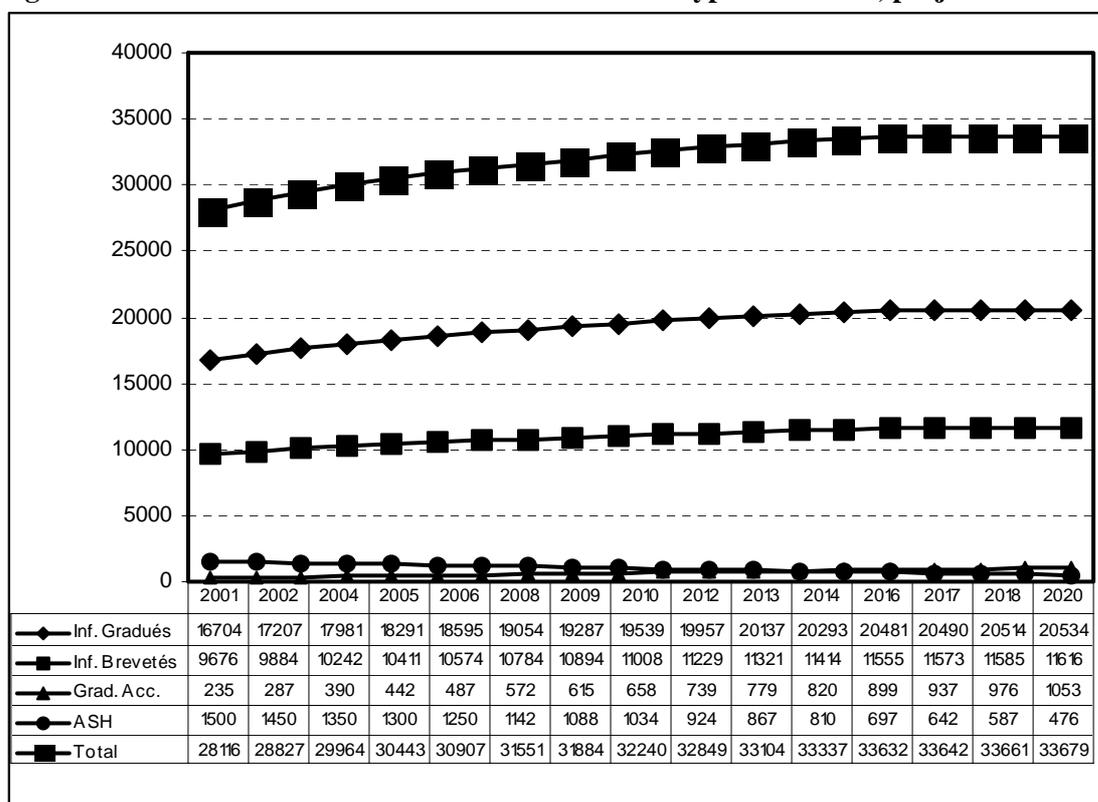
La proportion de gradués (infirmières et accoucheuses) parmi les PAI est en croissance dans les deux hypothèses, passant de 60,2 à 65,3% en hypothèse haute et à 64,1% en hypothèse basse. Ils gagnent en importance relative, ce que perdent les ASH alors que les brevetés maintiennent leur proportion d'environ un tiers.

Figure 5.5.4.1. Effectifs ETP de PAI - API en CFGB : hypothèse haute, projection 2001-2020



Source : Calculs SESA/UCL

Figure 5.5.4.2. Effectifs ETP de PAI - API en CFGB : hypothèse basse, projection 2001-2020



Source : Calculs SESA/UCL

Tableau.5.5.4.2. : Effectifs ETP de PAI - API en CFGB, selon la qualification, hypothèse haute, 2001-2010

	Inf. Gradués	Inf. Brevetés	Grad. Acc.	ASH	Total
Effectifs					
2001	16704,1929	9676	235	1500	28116
2005	18322,8246	10416	441	1300	30480
2010	19845,786	11108	658	1034	32646
2015	21549,2176	11815	860	754	34978
2020	22794,0637	12233	1053	476	36556
Indices d'évolution 2000=100					
2001	100	100	--	100	100
2005	110	108	--	87	108
2010	119	115	--	69	116
2015	129	122	--	50	124
2020	136	126	--	32	130
Répartition selon la qualification					
2001	59,4%	34,4%	0,8%	5,3%	100,0%
2005	60,1%	34,2%	1,4%	4,3%	100,0%
2010	60,8%	34,0%	2,0%	3,2%	100,0%
2015	61,6%	33,8%	2,5%	2,2%	100,0%
2020	62,4%	33,5%	2,9%	1,3%	100,0%

Source : Calculs SESA/UCL

Tableau.5.5.4.3. : Effectifs ETP de PAI - API en CFGB, selon la qualification, hypothèse basse, 2001-2010

	Inf. Gradués	Inf. Brevetés	Grad. Acc.	ASH	Total
Effectifs					
2001	16704	9676	235	1500	28116
2005	18291	10411	442	1300	30443
2010	19539	11008	658	1034	32240
2015	20409	11497	860	754	33520
2020	20534	11616	1053	476	33679
Indices d'évolution 2000=100					
2001	100	100	--	100	100
2005	109	108	--	87	108
2010	117	114	--	69	115
2015	122	119	--	50	119
2020	123	120	--	32	120
Répartition selon la qualification					
2001	59,4%	34,4%	0,8%	5,3%	100,0%
2005	60,1%	34,2%	1,5%	4,3%	100,0%
2010	60,6%	34,1%	2,0%	3,2%	100,0%
2015	60,9%	34,3%	2,6%	2,2%	100,0%
2020	61,0%	34,5%	3,1%	1,4%	100,0%

Source : Calculs SESA/UCL

5.5.5. Synthèse des projections de PAI 2001-2020

Les calculs de projection qui ont été présentés soulignent l'importance des hypothèses concernant les futurs diplômés. Les promotions varieront en fonction du taux d'attraction de la profession et du taux de réussite des études. On notera qu'il a été supposé que ce dernier se stabiliserait à un niveau faible. Ce n'est pourtant pas une fatalité ! Y a-t-il une solution à ce problème ?

Si le taux d'attraction revient progressivement au niveau atteint en 1997-98 (5,9 % en graduat et 2,4 % en brevet), on observera une croissance des effectifs de PAI-API ETP atteignant 30% en 20 ans. Celle-ci serait de 20% si le taux d'attraction ne dépassait pas le niveau médian atteint au cours des années '90, à savoir : 4 % en graduat et 2 % en brevet.

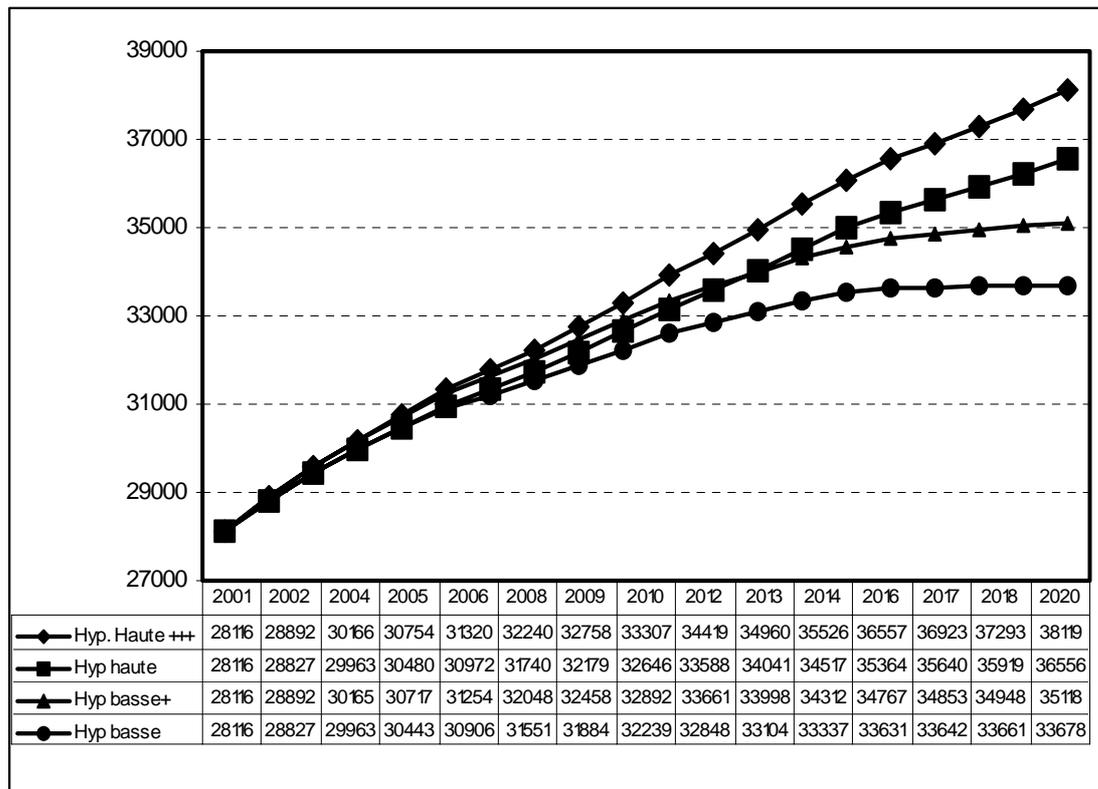
On a mesuré également combien la présence de diplômés étrangers non-résidents parmi les PAI actifs en CFGB aurait pu provoquer une surestimation indue des projections (6% en 2010, 11 % en 2020). Nous avons veillé à éviter cet écueil.

On gardera à l'esprit que d'autres facteurs importants ont été supposés constants, alors que leur modification pourrait apporter des changements considérables, tantôt à la hausse, tantôt à la baisse. On pensera en particulier aux taux d'activité de la population féminine, aux taux d'activité dans le secteur sanitaire, au temps partiel et à la durée du temps de travail.

La croissance du taux d'activité dans la population belge est attestée par le MET qui l'évalue à 0,225 % par an dans la population belge entre 1999 et 2001. Il nous a donc paru nécessaire et possible d'effectuer un scénario prenant en considération une telle augmentation. Le tableau 5.5.5.1. en présente les résultats en les confrontant à ceux de l'hypothèse haute et de l'hypothèse basse. Nous l'appellerons hypothèse haute +++. Le taux de croissance retenu, bien que modeste, permet d'espérer en vingt ans un gain d'activité de 4 % par rapport à 2001, soit quelque 1 600 PAI-API ETP supplémentaires. Les effectifs de PAI-API ETP atteindraient ainsi une croissance de 36 % au lieu de 30 % en hypothèse haute

Quelle que soit l'hypothèse, les départs sont largement compensés par les entrées et des gains substantiels peuvent être attendus, même à court terme, dès 2005, on devrait disposer en CFGB de quelque 2 000 ETP supplémentaires. C'est surtout sur le long terme que les hypothèses ouvrent des fourchettes d'estimation importantes. En 2020, l'écart entre l'hypothèse haute avec croissance des taux d'activité et l'hypothèse basse sans accroissement de ces taux s'élèverait à 4 500 ETP.

Figure 5.5.5.1. Projection des effectifs de PAI - API ETP selon quatre scénarios, CFGB, 2001-2020



note: Hyp haute+++ : résultats de la projection avec taux d'attraction élevé et croissance des taux d'activité

Hyp basse + : résultats de la projection avec taux d'attraction bas et croissance des taux d'activité

Source : SESA/UCL

Tableau 5.5.5.1. Projection des effectifs de PAI diplômés, de PAI actifs et de PAI-API (PP et ETP), selon quatre scénarios, CFGB, 2001-2020

	Effectifs			
	PAI diplômés	PAI actifs	PAI-API : PP	PAI-API : ETP
Hypothèse haute +++				
2001	44456	38999	31466	28116
2005	49393	42970	34426	30754
2010	55452	47003	37323	33307
2015	60965	50902	40322	36080
2020	64957	53783	42503	38119
Hypothèse haute				
2001	44456	38999	31466	28116
2005	49393	42587	34119	30480
2010	55452	46070	36582	32646
2015	60965	49348	39091	34978
2020	64957	51578	40761	36556
Hypothèse basse+				
2001	44456	38999	31466	28116
2005	49350	42927	34387	30717
2010	54971	46518	36892	32892
2015	59196	49105	38737	34575
2020	61325	50081	39278	35118
Hypothèse basse				
2001	44456	38999	31466	28116
2005	49350	42544	34081	30443
2010	54971	45595	36160	32239
2015	59196	47605	37554	33520
2020	61325	48027	37667	33678
Indices / 2001				
Hypothèse haute +++				
2001	100	100	100	100
2005	111	110	109	109
2010	125	121	119	118
2015	137	131	128	128
2020	146	138	135	136
Hypothèse haute				
2001	100	100	100	100
2005	111	109	108	108
2010	125	118	116	116
2015	137	127	124	124
2020	146	132	130	130
Hypothèse basse+				
2001	100	100	100	100
2005	111	110	109	109
2010	124	119	117	117
2015	133	126	123	123
2020	138	128	125	125
Hypothèse basse				
2001	100	100	100	100
2005	111	109	108	108
2010	124	117	115	115
2015	133	122	119	119
2020	138	123	120	120

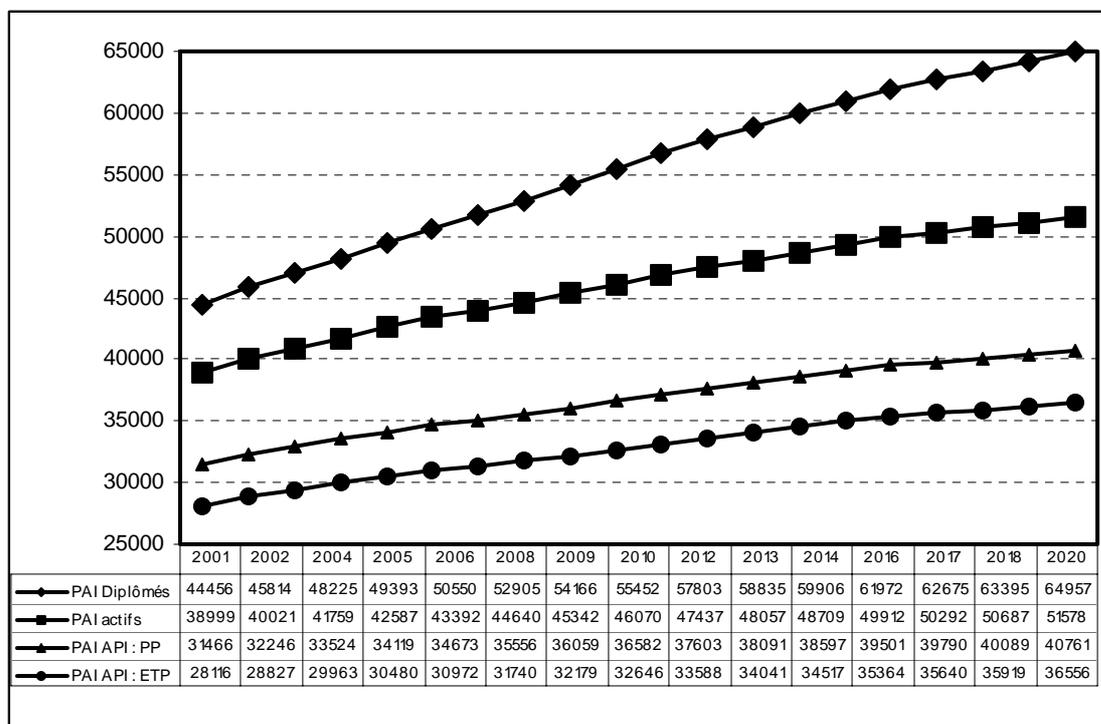
Hyp. haute+++ : scénario combinant un taux d'attraction élevé et une croissance des taux d'activité

Hyp. Basse + : scénario combinant un taux d'attraction bas et une croissance des taux d'activité

Il est important de prendre conscience de ce que les conséquences d'un accroissement des temps partiels sont bien moins importantes que celles de la sortie, hors de l'exercice de la profession infirmière, des diplômés à la recherche d'un emploi. Ce n'est pas un phénomène nouveau, mais il mine le recrutement dans le secteur de la santé. Un diplômé qui ne travaille pas ou qui accepte un emploi étranger à sa profession, c'est un ETP qui est perdu, souvent pour l'ensemble de ses années de carrière. Un infirmier qui demande un temps partiel, ce n'est que 20 à 40 % d'ETP en moins. Bien souvent, cette diminution conditionne le maintien dans le circuit de travail de personnes pour qui le travail à temps plein représenterait une charge trop lourde et y consentir prévient dès lors une perte totale..

Pour se convaincre du poids respectif de ces deux facteurs : taux d'occupation dans la profession et temps partiel, il suffit de comparer l'importance des écarts que ces deux facteurs introduisent dans les projections dont la Figure 5.5.5.2. esquisse la synthèse.

Figure 5.5.5.2. Comparaison de effectifs de diplômés, PAI actifs, PAI-API (PP et ETP), Hypothèse haute, CFGB, 2001-2020



Sources, UCL, SESA

Au vu de ce graphique, on constate que le calcul des ETP diminue bien moins la progression des effectifs par rapport aux PP que ne le font le refus d'activité et la sortie de diplômés actifs du champ de la santé par rapport aux effectifs de diplômés. Entre la courbe des PAI-API ETP et celle des PAI-API PP la différence n'est que de 5 à 7 points de pourcentage alors qu'elle est 20 points de pourcentage entre les PAI actifs et les PAI-API PP (voir aussi Tableau 5.5.5.2) et de 10 à 20 points entre PAI actifs et diplômés.

Le taux d'activité moyen, calculé sur base des taux d'activité par âge de 1991 et du stock de diplômés est élevé pour une profession qui est féminine à plus de 80 %. En 2001, il est de 87 % et, s'il diminue d'année en année jusqu'à descendre à 79 ou 77 %, c'est que, au fil des ans, la structure d'âge des PAI va vieillir et que l'activité diminue fortement dans

toutes les professions après 50 ans (même chez les hommes). Il n'est cependant pas impossible de l'améliorer grâce à une politique adéquate des ressources humaines dans les institutions.

Tableau 5.5.5.2. Importance relative des effectifs de PAI diplômés, de PAI actifs et de PAI-API (PP et ETP), hypothèses haute et basse, EENR exclus, CFGB, 2001-2020

Hypothèse haute				
	PAI diplômés	PAI actifs	PAI-API : PP	PAI-API : ETP
2001	100%	87%	66%	59%
2005	100%	86%	65%	59%
2010	100%	83%	63%	58%
2015	100%	81%	62%	56%
2020	100%	79%	60%	55%
Hypothèse basse				
	PAI diplômés	PAI actifs	PAI-API : PP	PAI-API : ETP
2001	100%	87%	66%	59%
2005	100%	86%	65%	59%
2010	100%	83%	63%	57%
2015	100%	80%	61%	55%
2020	100%	77%	58%	53%

Source : Calculs SESA/UCL

En conséquence, pour que l'offre de travail par les professionnels aille augmentant, les politiques doivent viser à favoriser l'activité professionnelle des femmes et à maintenir dans le champ de la santé ceux et celles qui désirent travailler.

5.6. Les effectifs attendus de soignantes : perspectives jusqu'en 2020

L'exercice prospectif que nous effectuons pour les soignantes comprend plusieurs étapes :

- évaluer la structure des effectifs de départ, c.à.d. au 01-01-2001,
- établir le taux d'attraction des formations soignantes, sur base des diplômes ou certificats obtenus au cours des six dernières années,
- appliquer ce taux moyen aux générations futures de jeunes filles de 19 ans,
- introduire une fraction de celles-ci dans la population considérée comme active dans le champ de la santé ; deux scénarios seront envisagés selon que le taux de pénétration est estimé à 33 ou 50 % des certifiées, et projeter les cohortes de soignantes actives jusqu'en 2020,
- appliquer les taux de mortalité par âge et tenir compte des taux d'activité selon l'avancée en âge,

- évaluer la disponibilité effective en ETP en appliquant le taux de travail à temps partiel en fonction de l'âge et de la durée de ce travail à temps partiel, qui ont été calculés à partir du recensement de 1991, ainsi que le taux de chômage observé en 2000.

5.6.1. Les effectifs de soignantes au point de départ de la projection

Les effectifs de soignantes certifiées au 01-01-2001 ont été obtenus en projetant la structure des effectifs résultant du recensement de 1991 et en y incorporant les nouvelles promotions de certifiées. Les données du recensement, rappelons-le, concernent des personnes dont la déclaration a permis d'établir qu'elle s'est « soignante active dans une profession de santé » (**soignante APS**), en donnant bien au terme « actif » le sens de « ayant un emploi ou disponible pour un travail ». C'est loin d'être le cas pour les quelque 23 000 nouvelles certifiées de 1991 à 2001. Telle était la conclusion de l'analyse que nous avons effectuée à la section 4.1.1.

Partant d'un dénombrement de travailleurs actifs en 1991, on se place dans la même perspective en évaluant les soignantes APS. On n'introduira donc de 1991 à 2000 qu'une fraction des certifiées sorties depuis 1991. Selon nos calculs, leur taux de pénétration sur le marché de l'emploi soignant pendant cette période se situe entre 33 et 50 %, cette fourchette d'estimation étant due à une incertitude de 10 % concernant l'évaluation des ETP actifs. Les effectifs de départ varient donc en fonction de l'hypothèse retenue concernant l'entrée effective des soignantes certifiées de 1991 à 2000 : 7 578 (hyp. 33%) ou 11 841 (hyp 50%).

5.6.2. Taux d'attraction des formations soignantes

La méthode qui a été retenue pour l'estimation des nouveaux diplômés à venir est d'utiliser le taux moyen de certification des six dernières années par rapport aux jeunes filles âgées de 19 ans en CFGB. Pour ce calcul, les certificats de puéricultrice et de soignante délivrés au cours de ces années ont été retenus (cfr Tableau Annexe 2.3.2.2.2.). Ce taux moyen s'élève à 11 %.

Tableau 5.6.2.1. Certificats de soignantes attendus en CFGB de 2001 à 2020

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
J.F. 19 ans	25642	25247	24425	25231	25185	25989	26244	26939	27303	27533
N. Certifiées	2824	2781	2690	2779	2774	2863	2891	2967	3007	3033
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
J.F. 19 ans	27879	27337	26201	25462	25637	26180	25999	25982	25930	25627
N. Certifiées	3071	3011	2886	2805	2824	2884	2864	2862	2856	2823

Source SESA/UCL

Le taux d'attraction étant maintenu constant, le nombre de puéricultrices et de soignantes diplômées évolue en fonction directe de la population féminine âgée de 19 ans . Il culmine en 2011 (3 071) et diminue ensuite, revenant en 2020 (2823) au niveau de 2000.

5.6.3. Effectifs de soignantes APS en CFGB : projections 2000-2020

Pour estimer les nouveaux entrants , soignantes APS, les effectifs annuels de certifiées sont pondérés par le taux d'insertion : 33 ou 50%. Au cours de la projection dans le temps, les taux de mortalité NIS par âge sont appliqués ainsi qu'un coefficient de diminution du taux d'activité par rapport à la tranche d'âge inférieure¹⁰. Les effectifs obtenus avec un taux de pénétration de 33 % sont présentés au Tableau Annexe 5.6.1.1, tandis que le tableau annexe 5.6.1.2. est basé sur le taux de 50 %. La différence se marque dès la catégorie d'âge des 20-24 ans en 2001 ; mais les effets de cette incertitude concernant les entrées effectives sont cumulatifs. L'écart entre les effectifs globaux selon ces deux hypothèses s'amplifie donc au fil des ans : 8 000 en 2010, 13 000 en 2020 !

Une hypothèse totalement irréaliste selon laquelle toutes les diplômées puéricultrices et soignantes sorties depuis 1995 deviendraient actives dans le champ de la santé a également été évaluée afin de pouvoir confronter le résultat aux scénarios analysés. La Figure et le Tableau 5.6.3.1. résumant ces trois projections en comparant les effectifs qui en résultent. Les Tableaux Annexes 5.6.3.1 et 5.6.3.2. en présentent le détail par classe d'âges.

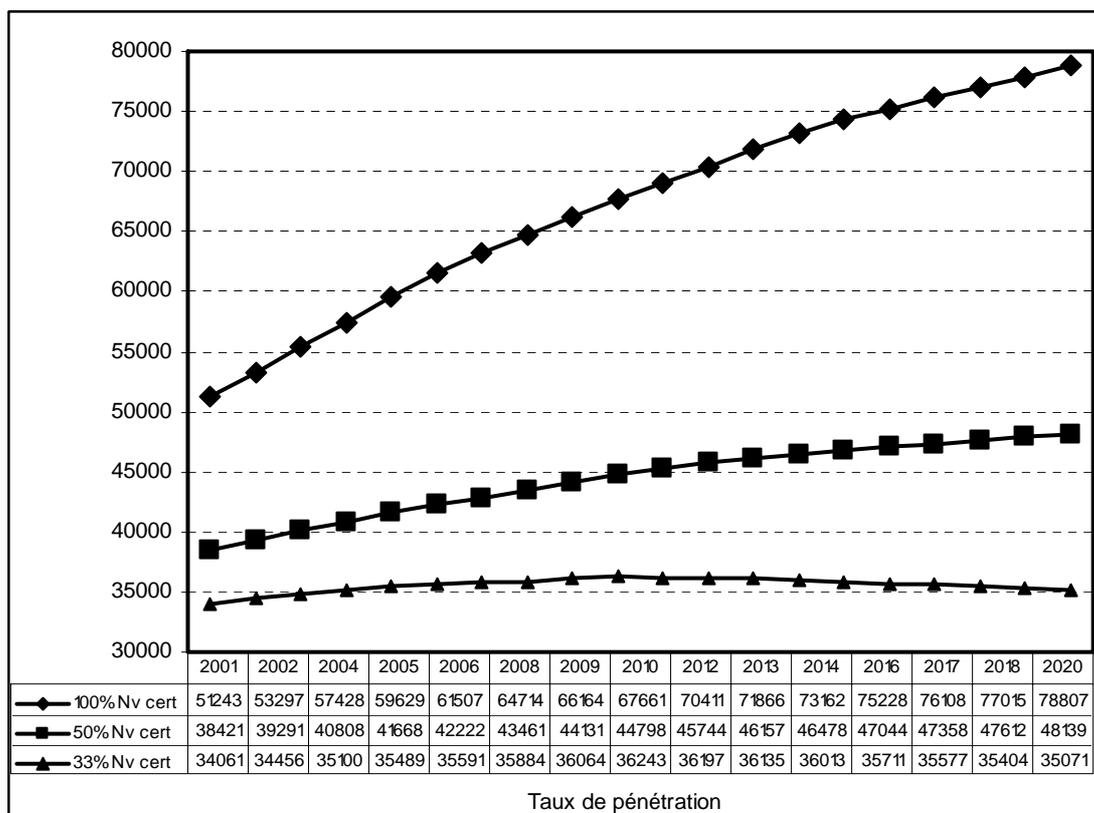
Tableau 5.6.3.1. Effectifs de soignantes APS en fonction du taux de pénétration des nouvelles certifiées sur le marché du travail soignant: CFGB, 2001-2020

	100% Nv. Cert.	50% Nv. Cert.	33% Nv. Cert.
Effectifs			
2001	51243	38421	34061
2005	59629	41668	35489
2010	67661	44798	36243
2015	74364	46778	35878
2020	78807	48139	35071
Indices			
2001	100	100	100
2005	116	108	104
2010	132	117	106
2015	145	122	105
2020	154	125	103

Source : SESA/UCL

¹⁰ A défaut de taux d'activité spécifiques à la population de soignantes, on a calculé ces coefficients à partir des taux d'activité par âge de la population féminine wallonne selon l'enquête sur les forces de travail 1996 (INS) ; pour plus de détail, cfr *Leclercq et Leroy*, T2 p.115.

Figure 5.6.3.1. Effectifs de soignantes APS en fonction du taux de pénétration des nouvelles certifiées sur le marché du travail soignant : CFGB, 2001-2020



Source : SESA/UCL

Le fossé qui sépare les effectifs de soignantes certifiées et ceux des soignantes APS apparaît ainsi très clairement. Au terme de la projection, c'est à dire en vingt ans, ce sont effectivement de 30 à 44 000 soignantes qui n'exercent pas la profession pour laquelle elles ont été formées et qui n'ont pas l'intention de l'exercer. Il se pourrait néanmoins que des certifiées aient poursuivi des études les menant à un niveau supérieur (infirmière brevetée par exemple) mais cette éventualité n'a pu être mesurée..

Il résulte également de cette projection que dans l'hypothèse de pénétration basse (33%), la progression des effectifs est régulière mais peu élevée jusqu'en 2010 ; ensuite elle devient faible et puis négative. Au terme de 2020, la croissance par rapport à 2001 ne serait que de 3%. Par contre, l'hypothèse de pénétration haute (50%) se solde par une augmentation de 25% en vingt ans.

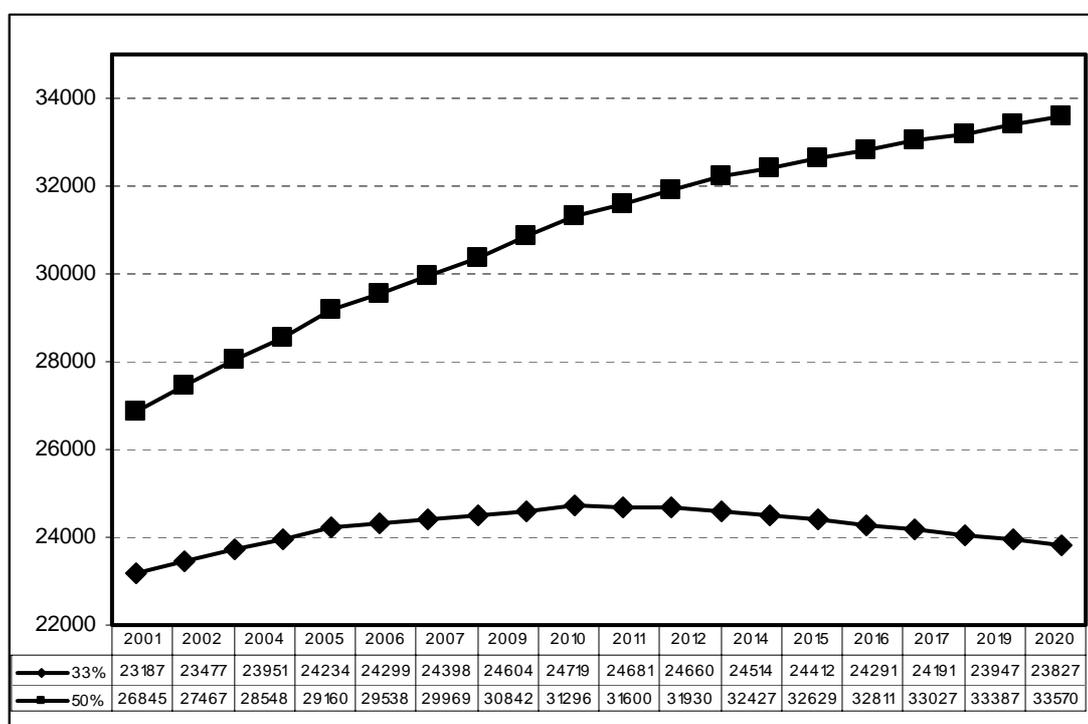
5.6.4. Effectifs ETP de soignantes APS effectivement disponibles en CFGB : projections 2000-2020

L'objectif de cette étape est d'évaluer le volume de travail soignant effectivement offert par les soignantes APS et reconnu comme tel.. Pour cette évaluation en ETP; on tient compte du taux de travail à temps partiel selon l'âge ainsi que de la durée de celui-ci obtenus lors du recensement de 1991. Bien que nous envisagions ici l'offre de travail par

les professionnels, il nous a paru nécessaire de diminuer l'offre effective au pro rata du taux de chômage des soignantes en CFBB en 2000, soit 18% des APS. On assume ainsi une hypothèse très pessimiste sur la capacité de ces DEI à être engagées dans un travail soignant. Les formations organisées à leur intention peuvent certes remédier à ce manque de compétence et on ne peut qu'encourager leur poursuite. Néanmoins, le taux de chômage des certifiées se déclarant soignantes a continué à augmenter, alors que les MRPA et MRS se plaignaient de difficultés de recrutement. L'inadéquation d'une partie de l'offre de soignantes aux besoins des employeurs est un phénomène récurrent depuis une dizaine d'années. Une hypothèse plus optimiste pourrait cependant être envisagée pour l'avenir,

Les résultats des projections effectuées selon les deux taux de pénétration retenus sont présentés au Tableau Annexe 5.6.4.1 pour le taux de 33 % et 5.6.4.2 pour le taux de 50 %. La Figure et le Tableau 5.6.4.1. ci-après en résumant les résultats.

Figure 5.6.4.1. Effectifs ETP de soignantes APS en fonction du taux de pénétration sur le marché du travail soignant : CFGB 2001-2020



Source : SESA/UCL

Tableau 5.6.4.1. Effectifs ETP de soignantes APS en fonction du taux de pénétration sur le marché du travail soignant : CFGB 2001-2020

	33% Nv. Cert.	50% Nv. Cert.
Effectifs		
2001	23187	26845
2005	24234	29160
2010	24719	31296
2015	24412	32629
2020	23827	33570
Indices		
2001	100	100
2005	105	109
2010	107	117
2015	105	122
2020	103	125

Source : SESA/UCL

La présente évaluation du volume de l'offre soignante effectivement disponible considère comme constants des facteurs qui, en fait, sont susceptibles de changement. On les a signalés au fur et à mesure des différentes étapes. De plus, on a considéré les chômeurs DEI comme inaptes au travail bien qu'ils puissent y être intégrés moyennant un complément de formation. Comme nous l'avons annoncé plus haut, il s'agit donc d'un exercice de projection dont le principal intérêt consiste à mesurer les conséquences de différentes hypothèses.

On peut faire au sujet des ETP les mêmes remarques qu'à propos des effectifs de soignantes APS. Le taux de croissance que l'on observerait si le taux de pénétration s'élevait à 33% est très faible. Il est sans doute vital, pour que l'on dispose du personnel soignant nécessaire, que l'on obtienne des taux de pénétration atteignant 50 %.

En résumé

Sur base de son évolution récente, le personnel infirmier et soignant devrait enregistrer une progression très importante de ses effectifs tant à court terme qu'à moyen et long terme. Les PAI verront leurs effectifs API ETP augmenter en vingt ans de 12, 30 ou 36 % selon les hypothèses relatives au taux d'attraction et aux taux d'activité. Les graduées en profiteront plus encore que les brevetées.

L'exercice prospectif qui a été effectué pour les soignantes est handicapé par une incertitude concernant le taux de pénétration des diplômés sur le marché des soins. Il se situe, semble-t-il, entre 33 et 50 % des soignants diplômés depuis 1996. Des hypothèses aussi divergentes ont pour conséquence une très large fourchette d'estimation allant de 3 à 25 % de croissance en vingt ans.

CHAPITRE 6 : PROJECTION DE LA DEMANDE DE PROFESSIONNELS

6.1. Méthode

Les facteurs qui influencent la demande de personnel infirmier et soignant sont nombreux. Ils agissent différemment selon le type d'activité concerné et tout porte à croire que, dans les années à venir, des changements plus ou moins importants interviendront. La méthode que nous adopterons repose principalement sur l'évaluation du recours aux soins. L'évolution de celui-ci fait l'objet d'une hypothèse et l'indice de croissance est reporté sur le volume de l'emploi existant au départ de la projection. Un ajustement est réalisé ensuite pour tenir compte de facteurs structurels propres aux secteurs envisagés. Le tableau ci-dessous effectue une synthèse des facteurs influençant la demande dans les trois principaux secteurs d'activité des PAI et soignants. L'appréciation de cette importance, positive ou négative, est relative à la demande de professionnels.

Tableau 6.1.1. Facteurs influençant la demande de personnel de santé selon le type d'institution de santé

	Hôpital	Maison de repos	Soins infirmiers à domicile
Vieillesse de la population	Important et +	Très important et +	Très important et +
Espérance de vie en bonne santé		Important et -	Important et +
Propension à se soigner	Important et +		Important et +
Evolution des styles de vie		Important et +	
Financement des services et coût pour le patient	Important et ?	Important et ?	Important et ?
Qualification croissante	Très important et +	Important et +	Important et +
Normes de personnel	Important et +	Important et +	
Accessibilité des services		Très important et +	Très important et +
Durée hebdomadaire de travail	Très important et +	Très important et +	Très important et +

Source : SESA/UCL

Parmi ces facteurs, le vieillissement démographique¹ est incontournable, encore que ses conséquences ne soient pas toujours mesurables. Son ampleur, comparée à celle observée pendant la décennie précédente sera presque quintuplée : de 1991 à 2000 la population de plus de 60 ans n'a augmenté que de 2 % alors que de 2001 à 2020, elle croîtra de 18%.

L'évolution de la structure démographique étant prévisible, et les taux par classe d'âges de recours aux soins et aux services étudiés étant connus, on les appliquera aux populations attendues, effectuant ainsi une projection mécanique, toutes choses restant égales. Cependant, d'autres facteurs modifient l'évolution : transformation du système de santé, augmentation de l'espérance de vie sans invalidité²(EVSI), modification des styles de vie. L'évolution des styles de vie concerne l'ensemble de la société ; celle-ci se modifie d'une époque à l'autre. Mais elle se marque aussi d'une génération à l'autre. Les générations qui ont subi la grande crise économique des années 20, vécu la guerre 40-45 et expérimenté les restrictions de l'après guerre, ont des habitudes de consommation marquées par un souci d'économie que ne partagent pas les générations suivantes. On s'efforcera de garder ce contexte en mémoire pour penser les scénarios possibles.

Les besoins en personnel étant très différents selon le type de service, il y a lieu d'envisager chaque situation de manière distincte.

6.1.1. Le secteur hospitalier

Les besoins d'encadrement se sont modifiés en raison d'une transformation du travail à effectuer : techniques infirmières nouvelles, croissance continue des prestations médico-techniques nécessitant du personnel infirmier compétent, changements dans l'organisation des soins (hôpital de jour, soins ambulatoires).

L'intensité des soins en cours d'hospitalisation s'est accrue en raison des durées de séjour de plus en plus courtes. De nouveaux services et de nouvelles fonctions sont créées (soins palliatifs, infirmières de référence, programme gériatrique, encadrement des nouvelles recrues...).

Les normes de personnel ont augmenté en raison de ces évolutions (augmentation entrant en vigueur le 01-01-2000 et le 01-01-2001).

L'emploi de PAI et soignants ETP à l'hôpital au cours des années 1991-1997 (dernières données disponibles par qualification) a enregistré une croissance de 6,4 % en 6 ans, (cfr Tome 1, tableau 1.3.1.2.2.) alors que les admissions à l'hôpital se sont stabilisées depuis 1993 (cfr Tome 1, tableau 1.2.1.3.1.). Pendant cette période, le vieillissement démographique était relativement faible, ce qui a permis de contenir la croissance des hospitalisations. Il est donc logique d'attribuer la croissance de l'emploi des PAI et

¹ SERMET C., *Le vieillissement de la population, quelles conséquences sur les besoins de soins ?*, Sciences Po formation, Paris, 4 & 5 octobre 2001, diaporama de 61 p. sur le site internet du Credes, Paris.

² ROBINE J.M., MORMICHE P., CAMBOIS E., *L'évolution de l'espérance de vie à 65 ans*, Gérontologie et société, 71 : 66-84 ;
ROBINE J.M., MORMICHE P., SERMET C., *Vie et santé s'allongent : un effet conjoint de meilleures conditions d'existence et des progrès sociaux*, Données sociales, INSEE, 1996.

soignants aux facteurs susmentionnés. En 1998 et 1999, le personnel hospitalier infirmier et soignant aurait, selon les statistiques du MSP, augmenté de 8%, anticipant probablement les augmentations de normes entrant en vigueur au début de l'année suivante. Au total, leurs effectifs ETP auraient ainsi augmenté de 14 % en 8 ans (cft Tableau 3.2.1.1.). Les évolutions sont cependant très différenciées selon les qualifications. Les infirmières graduées augmentent de 13% entre 1991 et 1997 et les brevetées de 6%, tandis que les ASH diminuent de 37% et les soignantes de 15 %.

Au point de départ de la projection, on se trouve donc dans une situation ayant enregistré une évolution importante. Est-il raisonnable d'envisager une poursuite de cette tendance au cours des prochaines années, et si oui dans quelle mesure ? Plusieurs arguments militent en faveur d'une poursuite de la croissance mais à un rythme ralenti. Le principal argument est le vieillissement démographique qui s'accélère sous l'effet du *papy boom*. De plus, les augmentations de personnel programmées en 2000 et 2001 ont été difficiles à réaliser. En 2002, les institutions se plaignent encore de difficultés de recrutement. Il faudra rencontrer les besoins insatisfaits, avant même de pouvoir satisfaire des besoins nouveaux. D'autre part, les progrès médicaux et le désir de la population d'en bénéficier ne s'arrêteront pas. L'éventualité d'une croissance plus élevée que la simple application mécanique du facteur démographique sera donc envisagée, sans cependant poursuivre le rythme de croissance de la dernière décennie.

La projection de la demande sera effectuée selon le processus suivant :

- Application des taux d'hospitalisation par âge observés en 1997 aux populations à venir et calcul de l'indice de croissance. On mesure ainsi l'influence de l'évolution de la population et du vieillissement démographique sur la consommation de soins hospitaliers évaluée à taux constants de recours ; la croissance est de 9 % en vingt ans.
 - Projection des besoins de personnel infirmier et soignant (ETP) en fonction de cet indice de croissance.
 - Répartition des effectifs ainsi calculés entre infirmiers, ASH et soignantes, en tenant compte du départ progressif des ASH remplacées par des infirmières. En ce qui concerne les soignantes autorisées à effectuer des actes infirmiers en vertu de l'article 54 bis, on a envisagé leur remplacement soit par des infirmières, soit par des aides soignantes estimées compétentes.
 - Pendant les cinq premières années, augmentation de 0,5 % par an pour répondre aux besoins de personnel infirmier encore insatisfaits en 2001. On veut ainsi tenir compte des difficultés dont font état nombre d'hôpitaux, alors même qu'il n'a pas été possible d'évaluer l'importance d'un éventuel déficit de personnel par rapport aux normes.
 - Pendant toute la durée de la projection, application au personnel infirmier d'un taux de croissance de 0,5 % par an pour tenir compte des progrès techniques, d'une demande croissante et des modifications de la législation du travail.
- Cette perspective de croissance « progrès » au bénéfice du seul personnel infirmier, jointe à la précédente, le « rattrapage », nécessiterait en vingt ans quelque 2 183 ETP supplémentaires. Cela représente, en 2020, une croissance de 8,3 % par rapport à l'ensemble du personnel infirmier et soignant de 2001.

6.1.2. L'hébergement des personnes âgées

Le vieillissement de la population, et en particulier l'accroissement des plus de 80 ans, va nécessiter un accroissement substantiel des capacités d'hébergement pour les personnes âgées. On peut toutefois espérer que les possibilités d'hébergement de personnes âgées se diversifieront, et que se développeront d'autres formes institutionnelles : résidences services et solutions alternatives, telles que l'habitat groupé participatif pouvant accueillir des personnes non dépendantes et suffisamment autonomes.

La projection des effets de l'évolution démographique sur le nombre de places qu'il est nécessaire de prévoir sera effectuée selon deux scénarios ; le premier projette les taux actuels d'hébergement par classe d'âges, le second tient compte d'un allongement de l'espérance de vie sans incapacité sévère (EVS), lequel pourrait retarder l'entrée en MRS.

Par ailleurs, la transformation progressive des MRPA existantes en MRS, qui était déjà en cours de réalisation en 2001, doit se poursuivre en 2002 et 2003 et il existe une volonté politique d'étendre cette reconversion à l'ensemble des MRPA, du moins aux places occupées par des résidents B et C. Les normes MRS étant plus exigeantes, il faut donc prévoir l'accroissement de personnel infirmier et soignant qui en résultera. On mesurera celui-ci en tenant compte des différences entre les normes MRPA et MRS et des effectifs de résidents en MRPA bénéficiant de forfaits B et C.

- Une première étape de projection consistera à évaluer ces besoins nouveaux en faisant l'hypothèse que cette reconversion pourrait être réalisée complètement en 2005.
- La seconde étape de la projection mesurera les effets du vieillissement démographique.

Pour la période 2001-2005, on fera l'hypothèse que la reconversion des places MRPA en MRS pour les résidents B et C devrait suffire pour répondre aux besoins des personnes dépendantes, tandis que l'ouverture de résidences services permettrait d'accueillir des personnes âgées non dépendantes en quête d'un hébergement sécurisant.

De 2006 à 2020, le premier scénario applique aux populations à venir les taux d'hébergement par âge observés début 2001 par l'INAMI. Il met ainsi en évidence le fait que, dans cette hypothèse, des moyens énormes en infrastructure et en personnel seraient nécessaires. Le second scénario se fonde sur l'allongement de l'espérance de vie sans incapacité sévère, établie par plusieurs études récentes. On fait ainsi l'hypothèse que, en vingt ans, l'entrée en MRS serait retardée de cinq ans pour les classes d'âge de 60 à 84 ans. En d'autres termes, chaque année, les taux d'hébergement par âge reculent d'un trimestre.

6.1.3. Les soins à domicile

Le vieillissement démographique va également nécessiter un développement nouveau des soins et de l'aide à domicile. Si l'on espère diminuer le recours à l'hébergement en MRS en repoussant la dépendance sévère jusqu'à un âge plus avancé, il est peu probable que l'on diminue également la demande d'aide et de soins à domicile. Il faudrait au contraire que ceux-ci soient plus accessibles qu'ils ne le sont maintenant en CFGB.

Dans un premier scénario, les taux actuels de recours aux soins et aux services d'aide à domicile seront projetés sur les populations à venir et les besoins de personnels seront calculés en conséquence.

La Région wallonne, et plus encore la Région de Bruxelles Capitale, ont un sérieux retard en cette matière. La mise en place, par l'Etat fédéral ou par les entités fédérées, d'une « Assurance autonomie » pourrait permettre à la Communauté française de développer les services à domicile et ainsi de mieux répondre aux besoins des citoyens, surtout lorsqu'il s'agit de patients chroniques ou de personnes qui ne peuvent pas prolonger leur séjour à l'hôpital, alors qu'elles ont encore besoin de soins. La progression sera à la mesure des efforts consentis par les Communautés et Régions pour assurer l'aide à domicile ; celle ci constitue le complément indispensable des soins infirmiers pour permettre le maintien à domicile.

Un second scénario fera donc l'hypothèse d'une consommation de SAD qui atteindrait en 2020 le niveau de la Communauté flamande en 2000 et il mesurera les besoins en personnel que cela nécessiterait.

6.1.4. Pour chacun des secteurs

Il faudra tenir compte d'une probable diminution de la durée hebdomadaire du temps de travail. Si en 2020, elle est réduite à 35 h, cela représenterait une diminution globale de 3/38^{ème}. Si celle-ci était répartie uniformément sur la période, la diminution annuelle serait de 0.4%, ou encore de 9'/semaine. Le nombre d'ETP nécessaires pour permettre cette évolution devrait dès lors être augmenté d'autant. Comme il s'agit d'une norme légale, cette modification est prise en compte du côté de la demande par les employeurs et non de l'offre par les professionnels.

A cela pourrait s'ajouter (mais ceci n'a pas été pris en compte dans le travail) la délégation à des infirmiers de tâches actuellement accomplies par les médecins, dans la mesure où des déficits d'offre médicale se profilent à l'horizon.

6.2. Projection de la demande de personnel par secteur

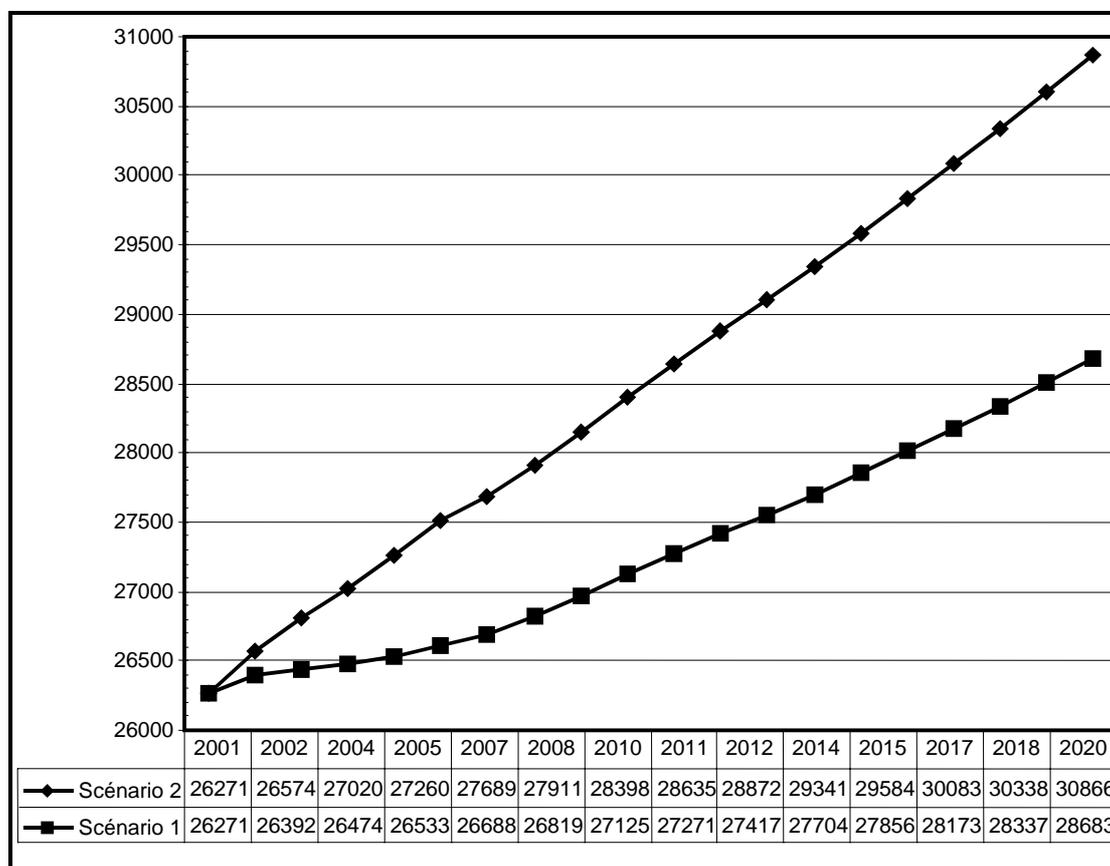
Les besoins de personnel propres à chaque secteur sont présentés successivement (sections 6.2.1 à 6.2.3), avant d'évoquer les besoins communs à l'ensemble des secteurs. (6.2.4). La section 6.3 en effectue la synthèse par qualification.

6.2.1. Les besoins de personnel à l'hôpital

Le Tableau et la Figure 6.2.1.1 présentent l'emploi de PAI et soignantes ETP projetés jusqu'en 2020 en distinguant deux scénarios :

- **Scénario 1 « démo »** : projection démographique appliquant à l'ensemble de l'emploi hospitalier (PAI et Soignantes) l'indice d'évolution des admissions à l'hôpital obtenu en reportant sur les populations à venir les taux d'admission par classe d'âges de 1997.
- **Scénario 2 « démo + progrès »** : projection assurant une croissance supplémentaire au bénéfice du personnel infirmier (à l'exception des accoucheuses³):
 - +0,5 % par an de 2001 à 2006 pour pallier le manque de personnel en 2000 (435 ETP supplémentaires en 5 ans).
 - +0,5 % par an durant toute la période (2001-2020) pour tenir compte des besoins nouveaux résultant du progrès technique, des nouvelles activités de l'hôpital et de l'évolution des styles de vie,

Figure 6.2.1.1. Projection de la demande de PAI et soignantes ETP à l'hôpital, selon deux scénarios: CFGB 2001-2020



Source : SESA/UCL

Scénario 1 : Démo, Projection démographique

Scénario 2 : Démo et progrès, croissance en fonction de la démographie, du progrès technique et de l'évolution des styles de vie (0,5% de 2001 à 2020) + rattrapage du manque de personnel (0,5% de 2001 à 2006)

³ Dans cette section consacrée à la demande des hôpitaux, le terme accoucheuse désigne le professionnel demandé pour exercer la fonction d'accoucheuse, sans spécifier s'il doit être accoucheuse, infirmière accoucheuse ou graduée accoucheuse. Il n'a pas été jugé nécessaire d'assurer à ce personnel une croissance supplémentaire, les services de maternité n'étant guère sujet à croissance.

Le scénario 1, en fonction des changements démographiques, enregistre une croissance globale de la demande de PAI et soignants hospitaliers ETP s'élevant à 9 % en 20 ans.

Le scénario 2, en prévoyant de plus, pour le personnel infirmier, un rattrapage et une progression, aboutit en vingt ans à une croissance de 17 % pour l'ensemble du personnel infirmier et soignant. Il permet de répondre aux besoins nouveaux mais il peut s'avérer trop ambitieux si le contexte économique est défavorable.

Les effectifs ainsi obtenus sont ventilés par qualification (cfr Tableau 6.2.1.1. et Tableau Annexe 6.2.1.1.). Dans les deux scénarios, le remplacement progressif de quelque 1522 soignantes ETP, assimilées au personnel infirmier pour certaines prestations sur base de l'art. 54 bis, a été effectué soit par d'autres soignantes ayant acquis les compétences nécessaires (Variante 2), soit par des infirmières (Variante 1), ce qui provoquerait une croissance de ces dernières s'élevant à 7,7 % au cours de la période 2001-2020 et une diminution des soignantes de 14%. Les départs à la retraite des ASH sont compensés par des infirmières, ce qui nécessite une augmentation des effectifs de ces dernières s'élevant à 2,5% (490 ETP), mais ne modifie pas le nombre total de PAI & accoucheuses.

Tableau 6.2.1.1. Demande de PAI et de soignantes ETP à l'hôpital, par qualification et selon deux variantes de chaque scénario : CFGB 2001-2020

Scénario 1	Variante 1		Total	Variante 2	
	PAI & Acc.	Soignantes		PAI & Acc.	Soignantes
2001	19735	6536	26271	19735	6536
2005	20049	6483	26533	19923	6610
2010	20777	6348	27125	20384	6741
2015	21821	6035	27856	20932	6924
2020	23079	5604	28683	21557	7126
Scénario2					
2001	19735	6536	26271	19735	6536
2005	20777	6483	27260	20650	6610
2010	22051	6348	28398	21657	6741
2015	23549	6035	29584	22660	6924
2020	25262	5604	30866	23740	7126
Indices 2001=100					
Scénario 1					
2001	100	100	100	100	100
2005	102	99	101	101	101
2010	105	97	103	103	103
2015	111	92	106	106	106
2020	117	86	109	109	109
Scénario2					
2001	100	100	100	100	100
2005	105	99	104	105	101
2010	112	97	108	110	103
2015	119	92	113	115	106
2020	128	86	117	120	109

Source: Projection SESA/UCL

Scénario 1 : Projection démo - Scénario 2 Projection démo + progrès

Variante 1 : remplacement des 54 bis par des infirmière - Variante2 : par des soignantes

Le scénario 2(Sc2) privilégie l'emploi qualifié, car les hypothèses orientent la croissance vers des secteurs qui nécessitent des compétences infirmières. La variante 1 (Var1), qui prévoit le remplacement des 54 bis par des infirmières, atteint ainsi une croissance de la demande de PAI s'élevant à 28 % en Sc2 Var1, contre 17 % en Sc2 Var2. Dans l'hypothèse Var1, le personnel soignant diminuerait de 14% en 20 ans. On peut cependant imaginer d'autres répartitions du personnel, à condition d'assurer une formation adéquate aux professionnels qui n'ont pas une formation infirmière. Ainsi, Var2 ne remplace pas les départs de 54bis par des infirmières. Dans ce cas, la croissance du personnel soignant est de 9% en raison des besoins liés à la démographie. Le SC1 Var1 atteint un peu près le même résultat que le SC2 Var2. Deux hypothèses différentes de croissance du personnel infirmier aboutiraient ainsi à des résultats semblables en ce qui concerne les PAI, mais Sc2 Var2 maintient à l'hôpital un plus grand nombre de soignantes.

6.2.2. Les besoins de personnel en maison de repos

Les besoins de personnel infirmier et soignant en maison de repos sont directement liés à la capacité d'hébergement et à l'importance de l'aide et des soins requis par les résidents. Ceux-ci font l'objet d'une évaluation à l'aide d'une échelle, dite de KATZ, qui classe les personnes dans quatre catégories de dépendance : O, A, B, C, selon l'importance de l'aide qui leur est nécessaire pour réaliser les actes vitaux de la vie quotidienne.

Les évolutions observées au cours de la dernière décennie sont d'une part une augmentation importante du nombre de personnes hébergées et d'autre part une tendance à reporter l'entrée en institution à un moment où le besoin d'aide est devenu important. En conséquence, les taux d'hébergement ont augmenté, en particulier aux âges élevés, et dans les catégories de dépendance requérant plus de personnel en raison de la lourdeur des soins requis. Les MRS sont mieux à même de faire face à de telles situations que les MRPA, car elles disposent de plus de personnel infirmier et soignant. Un patient B ou C bénéficie en MRS d'un forfait soins journaliers supérieur à celui qu'il obtiendrait en MRPA. En 1997, un protocole d'accord entre l'Etat fédéral et les entités fédérées a imposé un moratoire pour la création de places supplémentaires, mais il a décidé la reconversion en MRS de 20 000 places MRPA ; et cela, en cinq ans (1998-2003) et tout porte à croire que la reconversion sera décidée pour l'ensemble des résidents de catégorie B ou C. Par ailleurs, le vieillissement de la population entraînera d'ici 2020 une croissance importante des besoins d'hébergement.

Notre analyse des besoins de personnel étudiera donc successivement les conséquences pour l'emploi de ces deux phénomènes : la reconversion en MRS de places MRPA et la création de places supplémentaires pour répondre au vieillissement de la population.

Les effets de la reconversion en MRS des places actuellement occupées en MRPA par des résidents ayant un niveau de dépendance B ou C sur l'échelle de Katz INAMI ont été mesurés. Le nombre de places MRS a été estimé en ajoutant aux places de 1999 les 4 160 reconversions programmées en 1999 et 2000. Les places MRPA ont été calculées en soustrayant les places MRS du nombre total de places en 2001, lequel a été communiqué par l'INAMI. Les résidents MRPA ont été répartis selon les catégories Katz en utilisant leur répartition établie en 1999 par l'INAMI. Pour la CFGB, il s'agirait de quelque 8 317 résidents de catégorie B et 9 635 de catégorie C, soit au total 17 952, qui se trouveraient encore en MRPA au 01-01-2001 et qui devraient pouvoir bénéficier de conditions MRS.

Le tableau 6.2.2.1 présente succinctement une évaluation du supplément de personnel que cette reconversion nécessiterait en se basant sur la différence de normes de personnel entre les deux types d'accueil, soit 1.9 PAI supplémentaire pour 30 résidents B et 0,4 pour 30 C. Pour le personnel soignant, l'écart est de 1.5 pour 30 B et 0,4 pour 30 C..

Tableau 6.2.2.1. Effectifs requis pour la reconversion en MRS des places MRPA occupées en 2001 par des résidents B ou C en CFGB

	Catégorie B en MRPA	Catégorie C en MRPA	Total
N résidents	9238	10702	19940
PAI suppl./30 résidents	1,9	0,4	
PAI supplémentaires	585	143	728
Soignants suppl./30	1,5	1,4	
Soignants supplémentaires	462	499	961

SESA/UCL

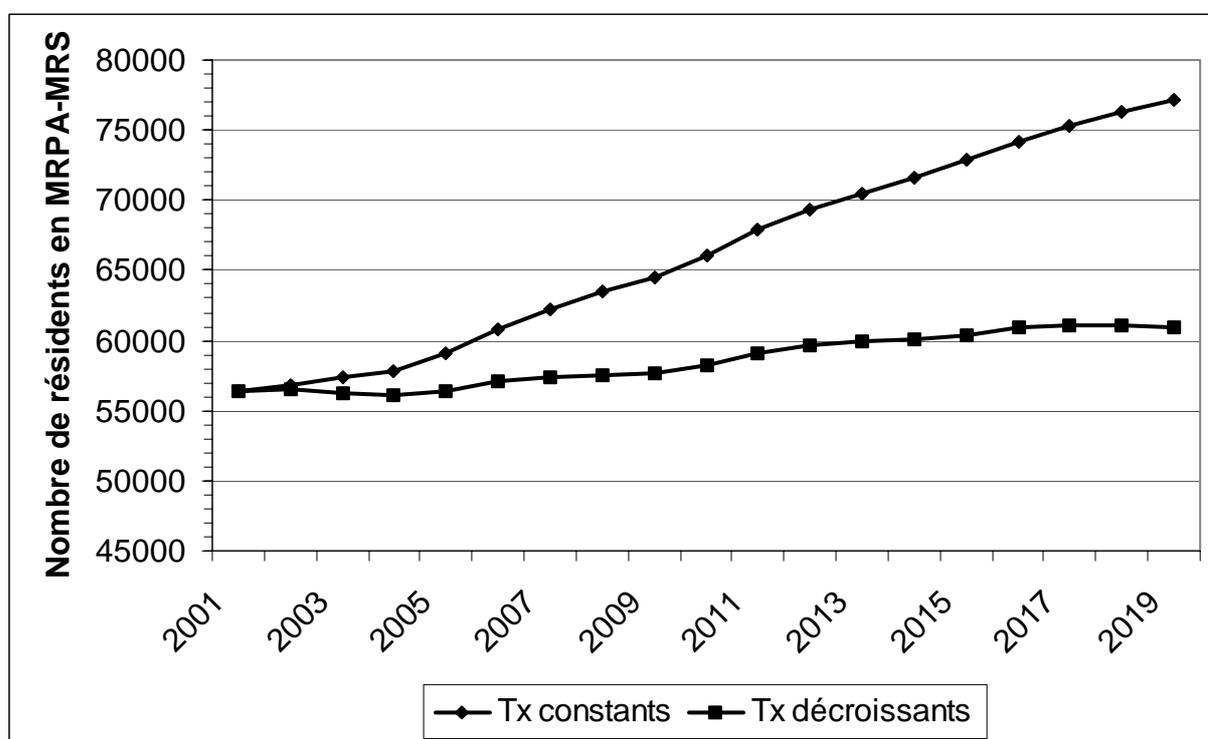
Ce sont ainsi quelque 728 PAI et 961 soignants supplémentaires qui sont nécessaires pour réaliser la reconversion souhaitée. La projection que nous effectuons programme celle-ci de 2001 à 2005. Cela représente en 4 ans un apport de personnel considérable puisqu'il représenterait par rapport à 2001 une croissance de 14% de PAI et 12% de soignants. Il paraît opportun d'effectuer cet effort durant ces années où l'impact du vieillissement démographique est ralenti par l'arrivée parmi les plus de 84 ans des générations nées pendant la guerre 14-18 et avant les années critiques qui se profilent ensuite.

Effectifs requis pour faire face à l'augmentation du nombre de résidents : Le nombre attendu de résidents a été calculé en appliquant à l'évolution de la population les taux d'hébergement par âge et région. Le premier scénario applique ces taux de manière constante tout au long de la période ; le second adopte l'hypothèse selon laquelle l'augmentation de l'EVSI permettra de reculer l'âge de l'entrée en maison de repos. On a ainsi supposé qu'en vingt ans les taux de chaque classe d'âge quinquennale auraient progressivement reculé de cinq ans entre 60 et 84 ans. La progression du nombre de résidents selon ces deux hypothèses est présentée par la Figure 6.2.2.1 et le Tableau 6.2.2.2 ; on en trouvera le détail par année et classe d'âges au tableau Annexe 6.2.2.1. Le premier scénario enregistre une croissance s'élevant à 38 % en vingt ans, tandis que le second ramènerait les besoins nouveaux à 8 %.

Autant les perspectives à taux constants sont hallucinantes – plus de 20 000 résidents supplémentaires en 20 ans, autant l'impact d'une amélioration de l'EVSI apporte une modification radicale des besoins nouveaux en maison de repos.

L'impact de ces besoins nouveaux sur le personnel assurant l'aide et les soins, en supposant que les infrastructures d'hébergement et le financement permettent d'y répondre, a été calculé en appliquant à l'emploi atteint en 2005 les taux de croissance obtenus selon les deux hypothèses qui viennent d'être développées. Le tableaux 6.2.2.3 et la figure 6.2.2.2 présentent ainsi les perspectives d'évolution du personnel infirmier et soignant. Celles-ci sont détaillées au Tableau Annexe 6.2.2.2.

Figure 6.2.2.1. Perspectives de croissance du nombre de résidents en maisons de repos :
CFGB 2001 – 2002



Source : SESA/UCL

Tableau 6.2.2.2. Perspectives de croissance du nombre de résidents en maisons de repos :
CFGB 2001-2020

Nombre de résidents		
	Taux constants	Taux décroissants
2001	56385	56385
2005	59095	56387
2010	66059	58167
2015	72839	60395
2020	78015	60622
Indice		
2001	100	100
2005	105	100
2010	117	103
2015	129	107
2020	138	108

Source : calculs SESA/UCL

Taux décroissants = déplacement de 5 ans des taux d'hébergement entre 60 et 84 ans, consécutifs à une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité sévère et à l'émergence de solutions intermédiaires : résidences-services et autres solutions de vie alternatives.

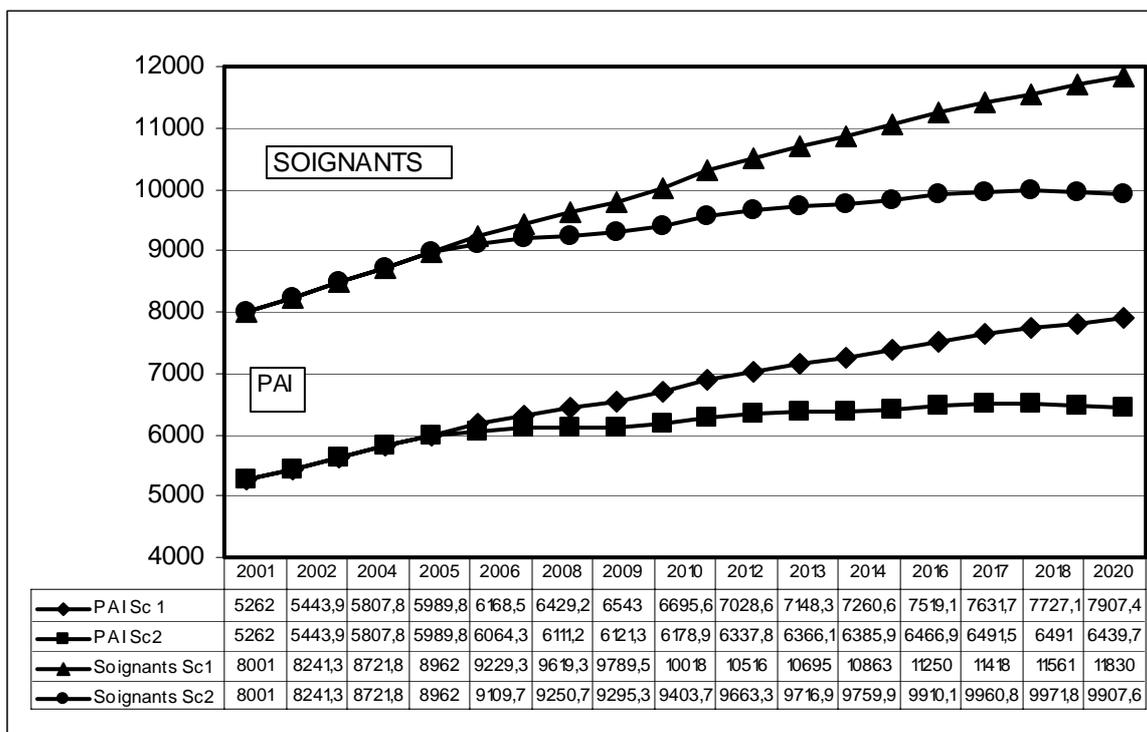
Tableau 6.2.2.3. Projection de la demande de PAI et soignants ETP en maison de repos selon deux scénarios : CFGB 2001-2020

Effectifs	Soignants		PAI	
	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 1	Scénario 2
2001	8001	8001	5262	5262
2005	8962	8962	5990	5990
2010	10018	9404	6695	6179
2015	11046	9817	7383	6415
2020	11830	9908	7907	6440
Indices				
2001	100	100	100	100
2005	112	112	114	114
2010	125	118	127	117
2015	138	123	140	122
2020	148	124	150	122

Source : SESA/UCL

De 2001 à 2005, la projection de la demande prévoit le personnel nécessaire pour assurer une reconversion complète, sous statut MRS, des places destinées à des résidents B ou C. De 2006 à 2020, on estime les besoins au pro rata de l'évolution du nombre de résidents, estimée selon les deux scénarios exposés ci dessus : projection à taux d'hébergement par âge constants (Scénario 1) ou décroissants (scénario 2).

Figure 6.2.2.2. Projection de la demande de personnel infirmier et soignant ETP en maison de repos, selon deux scénarios : CFGB 2001-2020



Source : SESA/UCL

Suivant que l'on prend en compte, ou non, l'influence d'une croissance de l'EVSI sur les taux d'hébergement et par conséquent sur le personnel requis, on enregistre une croissance allant du simple au double : 25 ou 50% en vingt ans. La probabilité que l'option faible puisse se réaliser en rencontrant effectivement les besoins de la population dépendra des efforts consentis pour assurer un vieillissement en bonne santé, mais aussi du développement de solutions de vie satisfaisantes pour les âgés non dépendants, tant à domicile que dans d'autres formes d'habitat.

6.2.3. Les besoins de personnel en soins à domicile

Pour effectuer une projection démographique du besoin de personnel de soins en SIAD, la consommation de soins infirmiers en fonction de l'âge a également été prise comme base de calcul. Un dépouillement spécial des remboursements effectués pour les SIAD en 1999, réalisé avec la collaboration de plusieurs mutualités, a permis de disposer de taux de consommation par affilié du Régime Général, par âge et par région⁴. Une première projection a été réalisée à taux constants. Il n'a pas été procédé à une projection prévoyant un abaissement de ces taux en fonction de l'accroissement de l'EVSI. Celle-ci nous paraît devoir être largement compensée par une modification des habitudes de recours aux soins, du moins si on facilite l'accès aux SAD par quelque forme d'assurance dépendance, comme les responsables politiques disent en avoir l'intention. Par contre, il nous a paru intéressant de calculer ce que serait la demande de personnel si le niveau de la consommation de SIAD en CFGB rejoignait en 2020 celui de la Communauté flamande en 2000, lequel dépasse de 56 % celui de la CFGB (Tableau 6.2.3.1)

Tableau 6.2.3.1. Remboursements de soins infirmiers par affilié et classe d'âge en CFGB et en communauté flamande, 1999v

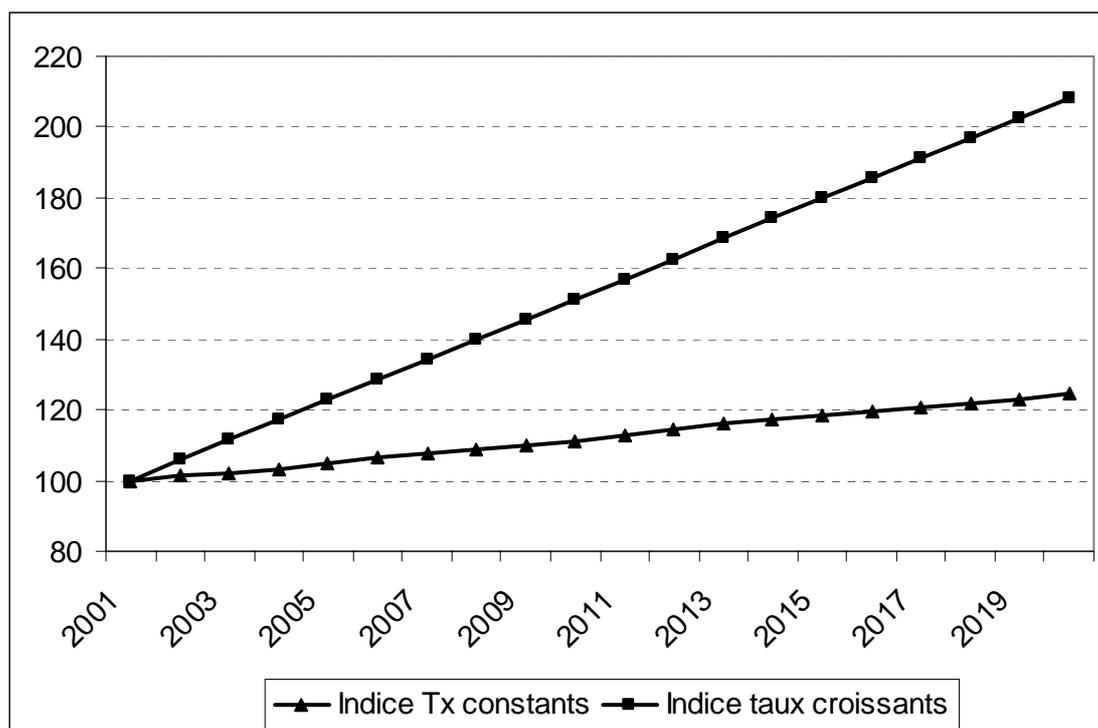
	Communauté française & Germ.	Communauté flamande	Rapport CFGB / Cté Fl.	Rapport Cté Fl. / CFGB
0-24	85	126,02	67,3%	148,5%
25-39	302	339,67	88,9%	112,5%
40-59	804	913,18	88,0%	113,6%
60-64	1849	2273,96	81,3%	123,0%
65-69	2817	3679,09	76,6%	130,6%
70-74	4580	6840,95	67,0%	149,4%
75-79	7508	12709,68	59,1%	169,3%
80-84	13055	25094,09	52,0%	192,2%
85-89	19218	38832,64	49,5%	202,1%
90 & up	30783	56789,23	54,2%	184,5%
Tous âges	1733	2706,91	64,0%	156,2%

Source: Mutualités Libre et Chrétienne, dépouillement spécial SESA/UCL

⁴ Cfr T.1, Figure 1.2.4.1.2.3, p.61

Les résultats présentés par la Figure 6.2.3.1. montrent combien ces deux hypothèses sont divergentes, la première produisant une croissance de la demande d'environ un quart (indice 124) la seconde menant en 2020 à une consommation double de celle de 2000 (indice 208).

Figure 6.2.3.1. Projection de la consommation globale de SIAD selon deux hypothèses de croissance : CFGB, 2001-2020



Source : Projection SESA/UCL

Indice Taux constants = projection des taux de consommation par âge en CFGB 2000

Indice Taux croissants = projection des taux de consommation par âge en CFGB 2000, croissants jusqu'à atteindre en 2020 ceux de la Communauté flamande en 2000.

La demande de PAI résultant de ces deux scénarios est également très différente. En la faisant évoluer proportionnellement à la consommation, on néglige sans doute les gains de productivité qui pourraient résulter d'un doublement du volume de prestations à effectuer, mais l'ordre de grandeur est correct, car les gains de productivité dans un secteur à forte intensité de main d'œuvre, comme celui-ci, sont faibles. Un tel scénario peut surprendre ; il n'est cependant pas absurde de penser que, au Sud comme au Nord d'un même pays bénéficiant de la même assurance maladie, les taux par âge de recours aux soins infirmiers se situent au même niveau. Le second scénario mérite donc d'être envisagé et ses conséquences en termes de personnel mesurées.

En ce qui concerne le travail des services d'aide aux familles et aux personnes âgées, nous ne disposons pas de statistiques suffisamment représentatives de la consommation par âge. Un lien important associant les SAD aux SIAD, nous avons effectué pour les soignants une projection démographique reprenant les mêmes scénarios et les mêmes indices de croissance que pour les PAI.

Tableau 6.2.3.2. Projection de la demande de personnel infirmier et soignant ETP en SIAD et SAD selon deux scénarios d'évolution de la consommation de soins et aide à domicile : CFGB, 2001-2020

	PAI		Soignants		Indices	
	Tx constants	Tx croissants	Tx constants	Tx croissants	Tx constants	Tx croissants
2001	3295	3295	4993	4993	100	100
2005	3451	4046	5229	6131	105	123
2010	3667	4985	5557	7554	111	151
2015	3903	5924	5915	8977	118	180
2020	4100	6863	6213	10400	124	208

Source : Projection SESA/UCL

L'évolution de la demande de personnel est calculée en fonction de celle de la consommation à :

- Tx constants = taux / âge observés en CFGB 2000
- Tx croissants = taux / âge observés en CFGB 2000, croissants jusqu'à atteindre en 2020 les taux observés en Communauté flamande en 2000

6.2.4. Les « autres » besoins de personnel

Les **autres secteurs** d'activité des PAI et soignants pourraient faire l'objet d'un exercice de projection. L'influence du facteur démographique n'aura qu'une faible influence sur leur développement ; par contre, leur financement conditionnera leur avenir. Les effectifs de PAI et soignants y étant relativement peu nombreux, on n'a envisagé qu'une hypothèse de stabilité de l'emploi, tel qu'il a été estimé en 2000 (cfr tableau 3.1.1.).

Par ailleurs, dans l'ensemble des secteurs de la santé et de l'aide sociale, on ne peut négliger l'influence du temps de travail hebdomadaire sur le nombre d'ETP et de professionnels nécessaires pour réaliser le même volume de travail.. Le passage aux **35 heures / semaine**, dont la mise en œuvre quelque peu brutale a été très contestée en France, semble assez inéluctable à moyen ou long terme. Le passage progressif aux 35 heures à été calculé afin d'en mesurer l'impact éventuel sur le nombre d'ETP nécessaires pour satisfaire la même charge de travail.

6.3 Projection de la demande : synthèse

Les résultats obtenus dans chaque secteur d'activité, tant pour les PAI que pour les soignants, seront maintenant synthétisés pour chacune de ces qualifications. Pour effectuer un tel regroupement, une question se pose d'emblée. Quels scénarios convient-il d'agréger. On peut imaginer des scénarios minimaliste ou maximaliste, suivant que l'on retient, dans chaque secteur, une hypothèse basse ou au contraire une hypothèse haute. Ils ont l'avantage de délimiter des bornes, mais ils n'ont, comme tels, que peu de chance de se réaliser, car ces secteurs sont complémentaires et un développement plus important de l'un limitera sans doute les possibilités de l'autre. Entre ces deux extrêmes, trois scénarios ont été calculés pour les PAI et un pour les soignants. Les hypothèses retenues dans chaque secteur d'activité ont été clairement indiquées. D'autres scénarios peuvent être imaginés, et le lecteur qui souhaiterait en connaître le résultat pour une année donnée, peut obtenir

celui-ci en sommant les effectifs requis dans chacun des secteurs en fonction de l'hypothèse qu'il souhaite retenir (cfr Tableaux 6.3.1.1. et 6.3.1.2). On notera enfin que le choix d'une hypothèse haute pour les PAI n'implique pas automatiquement le choix de la même hypothèse pour les soignants. Dans certains cas, au contraire, il s'impose d'opérer des choix inverses, par exemple en ce qui concerne le remplacement des soignantes 54 bis.

6.3.1. Projection de la demande de PAI ETP

Cinq scénarios d'évolution ont été construits et calculés. Toutefois, le plus élevé, le MAXI, n'a qu'une faible probabilité de se réaliser. Il faudrait pour cela que tous les secteurs de soins connaissent ensemble un développement très élevé. Trois scénarios, - haut, moyen et bas,- combinent les tendances des secteurs de manière plus réaliste. Le Mini associe les tendances minimales, mais cependant déjà importantes, de chaque secteur

1. Le scénario haut :

- Croissance à l'hôpital ajoutant à la projection démographique une demande supplémentaire de 0,5% par an du personnel infirmier, de 2000 à 2005, pour pallier les difficultés de recrutement expérimentées en 2000 et de 0,5% par an pendant toute la période pour faire face à l'augmentation de la demande, les soignants 54bis ne sont pas remplacés par des infirmières comme dans le scénario MAXI.
- Croissance en maison de repos tenant compte d'une amélioration de l'EVSI au cours des années à venir, qui permettrait d'abaisser progressivement de cinq ans l'âge moyen d'entrée en maison de repos entre 60 et 84 ans.
- Croissance des SIAD calculée par projection des taux actuels et visant à obtenir en 2020 des taux de recours plus élevés (égaux à ceux de la Communauté flamande en 2000).

2. Le scénario moyen

- Croissance à l'hôpital en fonction de la projection démographique, du rattrapage 0,5%, de la demande supplémentaire 0,5%, et du remplacement par des infirmières des soignantes 54 bis quittant l'hôpital,
- Croissance en maison de repos comme en scénario haut
- Croissance des SIAD comme en scénario haut

3. Le scénario bas

- Croissance à l'hôpital se limitant à la projection démographique des taux d'hospitalisation actuels et remplacement par des infirmières des soignantes 54 bis quittant l'hôpital,
- Croissance en maison de repos projetant les taux d'hébergement actuels sur la structure d'âge en évolution,
- Croissance des SIAD se limitant à la projection démographique des taux actuels.

Le Scénario MAXI dépasse le scénario haut en assurant le remplacement des soignantes 54 bis par des infirmières, tandis que le scénario MINI se distingue du scénario bas en prévoyant que d'autres soignantes remplacent les 54bis.

Le tableau 6.3.1.1. rend compte de ces diverses hypothèses et des scénarios qui ont été construits en les assemblant. Si l'on écarte le scénario MAXI jugé extrême (38 % d'augmentation), les indices de croissance des PAI ETP s'étagent de 12 à 33 %, soit une augmentation, en vingt ans, de 3 800 à 10 300 ETP. L'impact d'une diminution progressive du temps de travail a également été calculé. Elle nécessiterait suivant les scénarios de 2 700 à 3 300 ETP supplémentaires, portant les indices de croissance par rapport à 2001 quelque 10 points plus haut.

Tableau 6.3.1.1. Scénarios de projection de la demande de PAI ETP en CFGB, 2001-2020

Scénarios dans les secteurs		2001	2005	2010	2015	2020	Croissance 2001-2020	
							Indice 2001=100	N. ETP
H1 : Sc2 Var1	Hôpital	19735	20777	22051	23549	25262	128	5527
H2 : Sc2 Var2	Hôpital	19735	20650	21657	22660	23740	120	4005
H3 : Sc1 Var1	Hôpital	19735	20049	20777	21821	23079	117	3344
H4 : Sc1 Var2	Hôpital	19735	19923	20384	20932	21557	109	1822
M1 : Sc1	MRPA-MRS	5262	5990	6695	7383	7907	150	2645
M2 : Sc2	MRPA-MRS	5262	5990	6179	6415	6440	122	1178
S1 : Sc1	SIAD	3295	4046	4985	5924	6863	208	3568
S2 : Sc2	SIAD	3295	3451	3667	3903	4100	124	805
A	Autres	2560	2560	2560	2560	2560	100	0
Scénarios PAI								
Sc1 : Maxi	H1+M1+S1+A	30852	33373	36291	39416	42592	138	11740
Sc2 : Haut	H1+M2+S1+A	30852	33373	35775	38449	41125	133	10273
Sc3 : Moyen	H2+M2+S1+A	30852	33246	35381	37560	39603	128	8751
Sc4 : Bas	H3+M1+S2+A	30852	32050	33700	35667	37645	122	6793
Sc5 : Mini	H4+M2+S2+A	30852	31923	32790	33810	34657	112	3805
-> 35h/sem 2020								
Sc1 : Maxi	H1+M1+S1+A	30852	33928	37649	41709	45954	149	15102
Sc2 : Haut	H1+M2+S1+A	30852	33928	37113	40685	44372	144	13520
Sc3 : Moyen	H2+M2+S1+A	30852	33799	36705	39744	42730	138	11878
Sc4 : Bas	H3+M1+S2+A	30852	32583	34960	37742	40617	132	9765
Sc5 : Mini	H4+M2+S2+A	30852	32454	34016	35777	37393	121	6541
Indices d'évolution : 2001=100								
Sc1 : Maxi	H1+M1+S1+A	100	108	118	128	138		
Sc2 : Haut	H1+M2+S1+A	100	108	116	125	133		
Sc3 : Moyen	H2+M2+S1+A	100	108	115	122	128		
Sc4 : Bas	H3+M1+S2+A	100	104	109	116	122		
Sc5 : Mini	H4+M2+S2+A	100	103	106	110	112		
-> 35h/sem 2020								
Sc1 : Maxi	H1+M1+S1+A	100	110	122	135	149		
Sc2 : Haut	H1+M2+S1+A	100	110	120	132	144		
Sc3 : Moyen	H2+M2+S1+A	100	110	119	129	138		
Sc4 : Bas	H3+M1+S2+A	100	106	113	122	132		
Sc5 : Mini	H4+M2+S2+A	100	105	110	116	121		

Source : SESA/UCL

Données détaillées par année au Tableau Annexe 6.3.1.1.

6.3.2. Projection de la demande de soignants ETP

La procédure suivie pour construire les scénarios d'évolution des soignants est semblable à celle des PAI. La croissance est estimée principalement en fonction de l'augmentation des besoins liée au vieillissement démographique, mais elle envisage aussi le remplacement à l'hôpital des soignantes 54bis par des infirmières et un certain rattrapage du retard des SAD en CFGB par rapport à la Communauté flamande. Le scénario Maxi associe les hypothèses supérieures en hôpital, en maison de repos et en SAD tandis que le scénario Haut retient l'hypothèse supérieure pour les SAD mais pas pour les maisons de repos, et que le scénario Bas fait l'inverse.

Tableau 6.3.1.2. Projection de la demande de soignants ETP selon plusieurs scénarios : CFGB, 2001-2020

		2001	2005	2010	2015	2020	Croissance 2001-2020	
Scénarios par secteur							Indice	N. Suppl.
H1 Sc1 Var2	Hôpital	6536	6610	6741	6924	7126	109	590
H2 Sc1 Var1	Hôpital	6536	6483	6348	6035	5604	86	-932
M1 : Tx cst	MRPA & MRS	8001	8962	10018	11046	11830	148	3829
M2 : Tx décr.	MRPA & MRS	8001	8962	9404	9817	9908	124	1907
S1 : Tx crsts	SAD	4993	6131	7554	8977	10400	208	5407
S2 : Tx cst	SAD	4993	5229	5557	5915	6213	124	1220
A	Autres	3688	3688	3688	3688	3688	100	0
Scénarios soignants								
Sc1 Maxi	H1+M1+S1+A	23218	25391	28002	30635	33044	142	9826
Sc2 Haut	H2+M2+S1+A	23218	25265	26994	28517	29600	127	6382
Sc3 Bas	H2+M1+S2+A	23218	24362	25610	26683	27334	118	4116
-> 35h/sem en 2020								
Sc1 Maxi		23218	25813	29049	32417	35653	154	12435
Sc2 Haut		23218	25685	28003	30176	31937	138	8719
Sc3 Bas		23218	24767	26568	28236	29492	127	6274
Indices d'évolution 2001=100								
Sc1 Maxi		100	109	121	132	142		
Sc2 Haut		100	109	116	123	127		
Sc3 Bas		100	105	110	115	118		
-> 35h/sem en 2020								
Sc1 Maxi		100	111	125	140	154		
Sc2 Haut		100	111	121	130	138		
Sc3 Bas		100	107	114	122	127		

Source : SESA/UCL

Les différents scénarios envisagent pour les soignants une croissance allant de 18 à 42%, soit de 4 100 à 9 800 ETP. Cependant, la probabilité que se réalise en même temps une croissance élevée en maison de repos et en SAD, comme l'envisage l'hypothèse Maxi, ne paraît pas réaliste à long terme. On ne peut toutefois la rejeter, car trop d'inconnues pèsent sur la situation réelle des soignants en maisons de repos. L'avenir de ces derniers dépendra beaucoup de la formation qu'ils recevront et des fonctions qui leur seront reconnues.

La diminution de la durée du temps de travail élève également de 10 points de pourcentage la croissance de la demande de soignants ; les indices par rapport à 2001 s'élèvent ainsi à 127, 138 et 154.

En résumé

- A l'hôpital, l'évolution démographique 2001-2002 nécessite, à taux constants d'admissions par âge, un supplément de quelque 9% d'infirmiers et de soignants. Afin de pourvoir par des infirmières au départ à la retraite des ASH, 2,6 % d'infirmières supplémentaires seront nécessaires. On a envisagé de surcroît, durant cinq ans, une croissance de 0,5 % par an par rapport à l'emploi infirmier au 01-01-2001, et durant toute la période 2001-2020, 0,5% par an supplémentaire, également de personnel infirmier, afin de répondre aux besoins nouveaux, liés au progrès des techniques et à l'évolution des mentalités. Un tel scénario porterait la croissance infirmière à l'hôpital à 20 %. S'il fallait, de surcroît, remplacer les soignantes 54 bis sortantes par des infirmières, c'est à 28 % que s'élèverait la croissance de la demande les concernant. Dans cette éventualité, on verrait les effectifs soignants à l'hôpital diminuer de 14%.
- En maison de repos, l'application des taux actuels d'hébergement par âge aux populations futures mène à une augmentation du nombre de résidents s'élevant à 38 %. Un correctif a été apporté en fonction de l'augmentation de l'EVSI. Si celle-ci pouvait progressivement faire reculer de cinq ans l'entrée en maison de repos des personnes âgées de 60 à 84 ans, l'effet sur l'émergence de besoins nouveaux serait considérable, ramenant cet accroissement à 8 %. Les scénarios concernant le personnel infirmier et soignant oscillent ainsi entre 50 et 22 % d'augmentation en 20 ans.
- En SIAD, un premier scénario projetant les taux actuels de recours aux SIAD par groupe d'âge aboutit à un accroissement de la consommation et, par conséquent, du personnel PAI de 24 %. Le second scénario suppose qu'en vingt ans les taux de recours en CFGFB pourraient croître jusqu'à rejoindre ceux que l'on constatait en Communauté flamande en 2000. Une telle hypothèse demanderait un doublement des effectifs de PAI. Les SAD étant très liés aux SIAD dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, la croissance de la demande de soignants a été calquée sur celle des PAI.
- Les scénarios combinant ces différentes hypothèses d'évolution conduisent :
 - . pour les PAI, à des estimations vraisemblables se situant entre 12 et 33% de croissance, soit une augmentation en vingt ans de quelque 3 800 à 10 200 ETP.
 - . pour les soignants, une croissance allant de 18 à 42 %, soit de 4 100 à 9 800 ETP.
- Le passage à un temps de travail de 35 h/semaine entraînerait à terme une demande supplémentaire de 8% élevant l'indice de croissance par rapport à 2001 de quelque 10 points de pourcentage.
- Les évaluations de la demande ont été effectuées en ETP, car la plupart des fichiers de données les recensent de cette manière. La confrontation avec les perspectives d'offre de professionnels, au chapitre suivant, sera réalisée également en ETP

CHAPITRE 7 : CONFRONTATION DES PROJECTIONS D'OFFRE ET DE DEMANDE DE PROFESSIONNELS

7.1. Méthode

La dernière étape de ce travail consiste à confronter les perspectives d'offre et de demande de personnel infirmier et soignant. La demande a été estimée à partir de l'évolution de l'emploi ; on s'est efforcé d'évaluer quel sera le volume de travail nécessaire pour répondre aux attentes des services et de la population. L'offre de personnel, attendue de 2001 à 2020, repose sur l'attractivité des études et leur taux de réussite mais aussi sur des hypothèses relatives au taux d'activité des professionnels, au taux d'insertion de leur activité dans le champ de la santé, à la fréquence et à la durée des temps partiels.

Les perspectives ont été établies, rappelons le, en ETP de personnes qui sont effectivement actives ou disposées à travailler dans le champ de la santé. Le nombre de personnes physiques nécessaires pour obtenir ces ETP dépend bien sûr de l'importance des temps partiels mais une modification de la durée officielle du travail hebdomadaire pourrait venir changer la donne à l'horizon 2020.

Différentes éventualités ayant été envisagées, on s'efforce donc de penser comment le système évoluerait si diverses hypothèses d'offre et de demande se combinaient. Le résultat de ce travail est présenté par les Tableaux 7.2.1. pour les PAI et 7.3.1. pour les soignantes. On y trouvera une synthèse donnant, de cinq en cinq ans, la projection de l'offre de personnel ETP, selon les scénarios exposés au chapitre 5 et, d'autre part, les effectifs attendus en fonction de l'évolution de la demande présentée au chapitre 6. A l'intersection de chaque scénario de demande avec un scénario d'offre pour une année donnée, est indiqué le solde, positif ou négatif, du croisement de l'offre prévue et de la demande. Lorsque l'offre est suffisante, ce résultat est imprimé en caractères gras.

Pour faciliter la compréhension de ces tableaux qui synthétisent l'essentiel du travail de projection, nous rappellerons brièvement les hypothèses qui sous-tendent chacun des scénarios d'offre et de demande. Pour plus de détail au sujet des scénarios d'offre de PAI, on voudra bien se reporter aux sections 5.3.1. et 5.5.5, et pour ceux des soignantes, à la section 5.6.3.

Tableau 7.1.1. Rappel des hypothèses posées pour le calcul des scénarios d'offre et de demande de PAI - API ETPet de soignantes APS ETP

1. Les scénarios concernant l'offre de PAI

- Scénario haut : taux élevé d'attraction des études : retour progressif aux taux de 1997-98, soit 5,9% en graduat, 2,4% en brevet, EENR exclus, nombre stable de graduées accoucheuses diplômées (67 par an).
- Scénario haut +++ : comme le scénario haut, avec accroissement du taux d'activité de 0,225% par an.
- Scénario bas : taux médian d'attraction des études au cours des années 1990-2000, soit 4% pour le graduat et 2% pour le brevet, EENR exclus, graduées accoucheuses = 67.
- Scénario bas+ : comme le scénario bas, avec accroissement du taux d'activité de 0,225% par an.

2. Les hypothèses concernant la demande de PAI

Sc1 Maxi :	Hôpital = Démographie, rattrapage : 0,5%/an de PAI de 2001 à 2005 ; progrès médicaux styles de vie : 0,5 %/an PAI 2001-2020, 54 bis sortantes remplacées par des infirmières. MRPA-MRS = reconversion des B et C en MRS, taux d'hébergement par âge constants, SIAD = Taux de consommation croissants.
Sc2 Haut :	Hôpital = comme Sc1, MRPA-MRS = reconversion B & C et taux décroissants selon EVSI, SIAD = Taux de consommation croissants.
Sc3 Moyen	Hôpital = comme Sc1, avec remplacement des 54bis par d'autres soignantes MRPA-MRS = comme Sc1, SIAD = comme Sc1.
Sc4 Bas	Hôpital = Démographie, ni rattrapage, ni progrès, remplacement 54bis par soignantes, MRPA-MRS = reconversion B & C et taux constants, SIAD = Taux de consommation par âge constants.
Sc5 Mini	Hôpital = comme Sc4, MRPA-MRS = reconversion B & C et taux décroissants selon EVSI, SIAD = comme Sc4.

N.B. L'emploi dans les « autres » secteurs d'activité est supposé constant dans tous les scénarios.

3. Les hypothèses concernant l'offre de soignantes

Scénario Haut : taux de pénétration des certifiées sur le marché de l'emploi soignant = 50%,

Scénario Bas : taux de pénétration des certifiées sur le marché de l'emploi soignant = 33%.

4. Les hypothèses concernant la demande de soignantes

Sc1 Maxi :	Hôpital = Démographie, remplacement des 54bis par des soignantes, MRPA-MRS = reconversion B & C en MRS, taux d'hébergement par âge constants, SAD = Taux de recours par âge croissants.
Sc2 Haut :	Hôpital = Démographie, remplacement des 54bis par des infirmières, MRPA-MRS = reconversion B & C en MRS, taux d'hébergement par âge décroissants, SAD = comme Sc1
Sc3 Bas :	Hôpital = comme Sc2 ; MRPA-MRS = comme Sc1 ; SAD = Taux constants.

N.B. L'emploi dans les « autres » secteurs d'activité est supposé constant dans tous les scénarios.

7.2. Offre et demande de PAI - API ETP

Tableau 7.2.1. Comparaison des perspectives d'offre et de demande de PAI-API ETP :
CFGB 2001-2020

Scénarios d'offre de PAI ETP en CFGB							Avec apport de 2200 PAI néerlandophones en Wallonie + Bruxelles			
			Haut +++	Haut	Bas +	Bas	Haut +++	Haut	Bas +	Bas
		2001	28116	28116	28116	28116	30316	30316	30316	30316
		2005	30754	30480	30717	30443	32954	32680	32917	32643
		2010	33307	32646	32892	32239	35507	34846	35092	34439
		2015	36080	34978	34575	33520	38280	37178	36775	35720
		2020	38119	36556	35118	33678	40319	38756	37318	35878
Demande de PAI-API ETP			Solde Demande - offre							
Sc1 Maxi	2001	30852	-2736	-2736	-2736	-2736	-536	-536	-536	-536
Sc1 Maxi	2005	33373	-2619	-2893	-2656	-2930	-419	-693	-456	-730
Sc1 Maxi	2010	36291	-2984	-3645	-3399	-4052	-784	-1445	-1199	-1852
Sc1 Maxi	2015	39416	-3336	-4438	-4841	-5896	-1136	-2238	-2641	-3696
Sc1 Maxi	2020	42592	-4473	-6036	-7474	-8914	-2273	-3836	-5274	-6714
Sc2 haut	2001	30852	-2736	-2736	-2736	-2736	-536	-536	-536	-536
Sc2 haut	2005	33373	-2619	-2893	-2656	-2930	-419	-693	-456	-730
Sc2 haut	2010	35775	-2468	-3129	-2883	-3536	-268	-929	-683	-1336
Sc2 haut	2015	38449	-2369	-3471	-3874	-4929	-169	-1271	-1674	-2729
Sc2 haut	2020	41125	-3006	-4569	-6007	-7447	-806	-2369	-3807	-5247
Sc3 moyen	2001	30852	-2736	-2736	-2736	-2736	-536	-536	-536	-536
Sc3 moyen	2005	32246	-1492	-1766	-1529	-1803	708	434	671	397
Sc3 moyen	2010	35381	-2074	-2735	-2489	-3142	126	-535	-289	-942
Sc3 moyen	2015	37560	-1480	-2582	-2985	-4040	720	-382	-785	-1840
Sc3 moyen	2020	39603	-1484	-3047	-4485	-5925	716	-847	-2285	-3725
Sc4 bas	2001	30852	-2736	-2736	-2736	-2736	-536	-536	-536	-536
Sc4 bas	2005	32050	-1295	-1570	-1333	-1607	905	630	867	593
Sc4 bas	2010	33700	-393	-1054	-807	-1460	1807	1146	1393	740
Sc4 bas	2015	35667	413	-689	-1092	-2148	2613	1511	1108	52
Sc4 bas	2020	37645	474	-1089	-2527	-3967	2674	1111	-327	-1767
Sc5 Mini	2001	30852	-2736	-2736	-2736	-2736	-536	-536	-536	-536
Sc5 Mini	2005	31923	-1169	-1443	-1206	-1480	1031	757	994	720
Sc5 Mini	2010	32790	517	-144	103	-550	2717	2056	2303	1650
Sc5 Mini	2015	33810	2269	1168	765	-291	4469	3368	2965	1909
Sc5 Mini	2020	34657	3462	1900	461	-978	5662	4100	2661	1222

Source : SESA/UCL

On ne manquera pas d'être frappé par l'importance de l'évolution de l'offre qui est ainsi prévue ; elle pourrait atteindre quelque 10 000 PAI ETP en vingt ans, soit une croissance de plus d'un tiers. Cependant, le lecteur attentif se souvenant que l'on attend durant cette période un supplément de diplômés se chiffrant à 20 000 PAI et 40 000 soignantes s'étonnera, à juste titre, de la différence entre l'offre en puissance et l'offre effective.

Plusieurs phénomènes peuvent cependant expliquer celle-ci.

- En premier lieu, le taux d'activité des femmes en Belgique est encore relativement bas par rapport à d'autres pays industrialisés. En se basant sur les résultats récents de travaux du MET, on a appliqué aux taux obtenus par le recensement de 1991 une croissance annuelle de 0,225% depuis 2001 (Hypothèse haute +++ et hypothèse basse + des PAI), ce qui laisse cependant une large perte de force de travail.
- D'autre part, le taux d'activité des infirmières dans le champ de la santé est faible alors que la formation qu'elles ont suivie est exigeante et demande beaucoup de persévérance pour mener à la réussite. Par contre, l'attrait d'activités moins lourdes, ou mieux rémunérées que le travail infirmier, peut mener des diplômées à se réorienter : 20% des diplômés actifs ne travailleraient pas dans le champ de la santé. Toutefois cette estimation repose sur les résultats du recensement de 1991 et demande confirmation.
- Le vieillissement structurel des effectifs de professionnels entre 2001 et 2020 entraîne une diminution du taux d'activité global, étant donné que l'activité diminue avec l'âge. Cette évolution est prise en compte dans nos perspectives d'offre qui appliquent aux professionnels des taux d'activité par âge.

Il n'est pas exclu que les progrès du taux d'activité et du taux d'activité dans le champ de la santé évoluent positivement et plus fort que ce que nous avons retenu pour nos projections. Mais, pour y arriver, des mesures appropriées seraient nécessaires.

En ce qui concerne les PAI, il a été nécessaire de tenir compte du cas particulier de Bruxelles qui constitue un marché ouvert aux néerlandophones comme aux francophones et devant satisfaire aux besoins des deux communautés linguistiques. Sur base du recensement de 1991, il a été mis en évidence que les infirmières flamandes y travaillaient en plus grand nombre que ne le laisserait supposer la proportion de population flamande à Bruxelles, habituellement estimée à 17%. Cet apport se chiffrait à 2 200 infirmières ETP en 1991. La partie droite du Tableau 7.2.1. indique donc quel est le résultat si cet apport se maintient, tant en 2001 que pendant la période qui suit.

Lorsque l'on compare l'offre et la demande de PAI en CFGB sans tenir compte de l'apport des infirmières flamandes à Bruxelles, presque tous les scénarios envisagés sont déficitaires. Cette éventualité doit donc absolument être évitée, en veillant à ce que le travail infirmier à Bruxelles reste suffisamment attractif.

Compte tenu du maintien de cet apport, comment la rencontre de l'offre et de la demande se présente-t-elle ?

L'hypothèse Maxi d'évolution de la demande, qui suppose une croissance élevée dans chacun des secteurs de soins, et le scénario Haut n'ont aucune chance de pouvoir se réaliser, même dans le cas d'une hypothèse haute +++ de l'offre. Le scénario moyen de la demande ne disposerait de l'effectif envisagé qu'avec une croissance haute+++ de l'offre.. Par contre, les scénarios bas et Mini de la demande seraient largement couverts en toute hypothèse, pour autant que l'apport d'infirmières néerlandophones à Bruxelles se confirme

Le moins que l'on puisse dire en analysant ces résultats, c'est que, même avec une croissance élevée de l'offre, on ne pourra pas répondre à tous les besoins de soins dont la

croissance est envisagée et que des choix devront être opérés pour utiliser au mieux les effectifs disponibles. On notera notamment que pour permettre une réduction progressive de la durée hebdomadaire du temps de travail à 35 h, qui nécessiterait quelque 3 000 PAI ETP supplémentaires en 2020, on ne dispose d'une marge de manœuvre suffisante que dans l'hypothèse de demande Mini, ou avec une demande Basse pour autant que l'offre soit Haute +++ et qu'il y ait un apport à Bruxelles d'au moins 2 200 infirmières flamandes. On reviendra sur ces résultats après avoir analysé les résultats des perspectives au sujet des soignants.

7.3 Offre et demande de soignantes ETP

Les projections de personnel soignant souffrent d'incertitudes importantes quant aux effectifs de départ, à l'avenir des fonctions auxquelles on les destine et aux formations qu'elles recevront. Le taux de pénétration des certifiées sur le marché des soins n'est pas connu avec précision. On peut seulement dire avec certitude qu'il est faible, voire dramatiquement faible. Celles qui obtiennent un certificat de soignante ne sont peut-être qu'une sur trois à exercer leur profession. Il est vrai que pour beaucoup d'entre elles le parcours scolaire menant à une orientation « soins » n'est pas le fruit d'un choix mais d'échecs successifs. De plus, on ignore combien d'entre elles poursuivent une formation ultérieure leur donnant une qualification supérieure.

L'évolution de l'offre calculée selon l'Hypothèse Basse (taux de pénétration = 33 %) aboutit rapidement à une impasse. Elle arriverait tout au plus à satisfaire le Scénario Bas de la demande qui limite la progression des services d'aide à domicile au vieillissement démographique et n'envisage donc pas l'insuffisance des effectifs nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Par contre, l'hypothèse haute (avec un taux de pénétration de 50%) dépasse largement les projections de la demande effectuées sur base des fonctions actuellement attribuées aux soignantes. Si celles-ci étaient formées de telle manière qu'elles disposent des compétences requises pour remplir d'autres fonctions qu'actuellement, et désirent travailler en santé, elles pourraient soulager les infirmières de la surcharge qu'elles subissent et devenir des auxiliaires précieuses au sein d'équipes infirmières.

La question, sur laquelle un accord semble difficile à trouver, est de savoir de quelles soignantes on a besoin pour qu'elles puissent remplacer leurs aînées dans les fonctions qui leur ont été reconnues ? En l'état actuel des choses, nous avons évalué l'évolution de la demande en testant deux hypothèses : le remplacement des soignantes 54 bis sortant de l'hôpital soit par d'autres soignantes compétentes, soit par des infirmières.

En analysant le Tableau 7.3.1., il faut garder en mémoire que les projections d'offre ont été établies en supposant que le taux de chômage observé en 2001 parmi les soignantes désireuses de travailler dans le champ de la santé, soit 19,3 %, se maintenait pendant la période qui suit. Il s'agit de nouveau d'une hypothèse « toutes choses restant égales » qui pourrait être démentie par une politique de formation et d'intégration adéquate.

Tableau 7.3.1. Comparaison des perspectives d'offre et de demande de soignantes APS ETP, CFGB 2001-2020

			Hyp. Haute	Hyp basse
	Offre de soignantes ETP		50% Nv cert.	33% Nv cert.
	2001		26845	23187
	2005		29160	25945
	2010		31296	27064
	2015		32629	27470
	2020		33570	27285
Demande de PAI – API ETP				
Sc1 Maxi	2001	23218	3627	-31
Sc1 Maxi	2005	25391	3769	554
Sc1 Maxi	2010	28002	3294	-938
Sc1 Maxi	2015	30635	1994	-3165
Sc1 Maxi	2020	33044	526	-5759
Sc2 Haut	2001	23218	3627	-31
Sc2 Haut	2005	25265	3895	680
Sc2 Haut	2010	26994	4302	70
Sc2 Haut	2015	28517	4112	-1047
Sc2 Haut	2020	29600	3970	-2315
Sc3 bas	2001	23218	3627	-31
Sc3 bas	2005	24362	4798	1583
Sc3 bas	2010	25610	5686	1454
Sc3 bas	2015	26683	5946	787
Sc3 bas	2020	27334	6236	-49

Source : SESA/UCL

S'il s'avérait exact que le taux de pénétration des certifiées dans le champ de la santé, au sens large du terme, ne dépasse pas 33% et si le taux de chômage des soignantes désireuses d'y travailler se maintenait au niveau de 2001, seul le scénario bas de la demande pourrait être satisfait. Dans ce cas, le départ des 54 bis devrait être compensé par des infirmières. Or, les scénarios de projection des PAI basés sur cette éventualité ne semblent pas réalisables. De plus, le scénario bas maintient constants les taux de recours aux soins et à l'aide à domicile en fonction de l'âge. Cette éventualité ne correspond guère à ce que l'on peut souhaiter pour satisfaire les besoins futurs de la population.

Pour que les certifiées accèdent plus nombreuses à l'emploi dans le champ de la santé, il faudrait sans doute que la formation qu'elles reçoivent garantisse l'acquisition des compétences recherchées par les services qui les emploient, mais aussi que les services s'organisent de manière à leur assurer un encadrement adéquat.

CHAPITRE 8 : CONCLUSION

Au cours de ce travail consacré au personnel infirmier et soignant en CFGB, nous avons été perpétuellement confrontés à un curieux paradoxe. D'une part, nous entendions les gestionnaires d'institutions de santé faire état de difficultés de recrutement, et les responsables des associations professionnelles dénoncer la pénurie infirmière et ses causes : mauvaises conditions de travail, désintérêt pour la profession, abandon de son exercice, statut peu valorisé, peu reconnu par la société, etc. D'autre part, les indicateurs que nous recueillions témoignaient d'un corps professionnel en pleine expansion, dont les activités, très recherchées, allaient croissant et atteignaient un haut degré de professionnalisme. Par ailleurs, de nombreuses revendications sociales du personnel infirmier en matière de statut, de salaire, de formation continuée et de protection au travail semblaient en voie d'être, sinon satisfaites, mieux prises en considération.

Nous limitant au point de vue adopté par le présent ouvrage et qui est celui de la gestion et de la disponibilité des ressources humaines, nous voudrions attirer l'attention du lecteur sur quelques observations qui méritent réflexion.

Dès 1998, l'ORBEM, suivi ensuite par le FOREM, a rangé l'art infirmier parmi les professions « critiques », c'est à dire : celles pour lesquelles les emplois ouverts sont difficilement satisfaits. Or, c'est à ce moment que les promotions de nouveaux diplômés atteignent un maximum historique.

- 1997-98 : Le plafond de 5 000 inscriptions en 1^{ère} année est atteint. Le taux d'attraction des études en soins infirmiers, soit le nombre d'étudiants résidant en Belgique (EENR non compris) par rapport aux jeunes de 18 ans s'élève à 5,85 % en graduat et 2,45 % en brevet (125% de plus qu'en 1990).
- 1998-99 : sortie de 1 297 graduées infirmières et graduées accoucheuses et de 896 brevetées infirmières. De 1992 à 1999, le nombre de diplômés croît à un rythme de plus de 10 % l'an en graduat. Pour les brevetés, l'évolution est parallèle mais décalée d'un ou deux ans.
- 1998-99 : La proportion de graduées poursuivant une spécialisation infirmière ou accoucheuse atteint 40%.

Mais c'est aussi au cours de la décennie 1990-2000 que l'on voit la demande de personnel infirmier, leur emploi, exploser dans les trois grands secteurs de soins :

- de 1991 à 1997, le personnel infirmier gradué à l'hôpital augmente de 13 % et les brevetées de 6 % alors que les soignants diminuent de 15 %. En 1998 et 1999, c'est l'ensemble du personnel hospitalier qui augmente encore de 8%.
- De 1995 à 2000, les infirmiers en MRPA et MRS augmentent de 27% et les soignants de 11%.
- En soins infirmiers à domicile, le personnel infirmier ETP augmente de 20% entre 1995 et 1998.

Ces brefs rappels permettent d'étayer une première conclusion : l'emploi infirmier a connu au cours de la dernière décennie, et en particulier au cours des cinq dernières années, une progression remarquable. Celle-ci a été rendue possible par l'augmentation du nombre de diplômés et une attractivité des études en soins infirmiers enregistrant une croissance exceptionnelle.

Cette conclusion nous renvoie à la question de départ : mais alors, pourquoi ce sentiment de « pénurie », pourquoi ces « difficultés de recrutement » ? Nous avons souligné que les études entreprises pour évaluer ces « difficultés » n'ont pas abouti à un constat permettant de définir la nature exacte et l'ampleur du phénomène. Ce que les statistiques nous révèlent par contre, c'est que la demande de personnel infirmier en provenance des institutions et des patients a augmenté très fort et très rapidement, nécessitant un recrutement dépassant largement le simple remplacement des départs. Dans de telles circonstances, l'ajustement de l'offre à la demande est plus difficile. L'abondance de la demande, en augmentant les possibilités de choix des infirmières, leur permet de rechercher de meilleures conditions de travail ; d'où, une plus grande mobilité

Il y a de nombreuses raisons qui expliquent la croissance de la demande de personnel de soins, en particulier des infirmières. Nous les avons analysées secteur par secteur. Il en est une cependant qui, en fonction de notre propos, requiert une attention particulière. Ses implications sont déterminantes pour penser l'avenir, car, contrairement à beaucoup d'autres facteurs d'influence, il y a moyen d'agir pour en modifier le cours.

On aura sans doute remarqué que la croissance du personnel infirmier s'accompagnait, à l'hôpital, d'un désengagement de personnel soignant. Dans le secteur des maisons de repos, qui a connu un développement considérable, l'emploi infirmier a augmenté plus rapidement que celui de soignants. Cette politique est généralement justifiée par la recherche de qualité. S'il est exact, – ce n'est pas à nous d'en juger, – que le personnel soignant n'offre pas les compétences attendues, la question est alors renvoyée aux différentes instances responsables de leur formation. Comment former les auxiliaires soignants indispensables pour équilibrer le travail dans une équipe de soins ? L'absence de mise en œuvre d'une réponse opérationnelle à cette question amène les employeurs à engager de préférence du personnel infirmier, au risque de générer sur le marché de l'emploi les difficultés dont on se plaint par ailleurs.

Les perspectives concernant l'avenir des professions infirmière et soignante butent particulièrement sur cette question. La plupart des facteurs pouvant influencer l'offre et la demande de personnel se prêtent à une évaluation dans des fourchettes d'estimation relativement raisonnables. Par contre, suivant que l'on écarte les soignants des équipes de soins ou que l'on pense pouvoir les y intégrer, on dégage des conclusions radicalement différentes.

Nous voudrions insister en terminant sur l'importance de la croissance de la demande à laquelle le système de soins doit se préparer, surtout au delà de 2010. Face à celle-ci, le personnel infirmier constitue, comme d'autres professionnels d'ailleurs, une ressource rare qu'il faudra employer à bon escient. En voulant faire exécuter, par les infirmières elles mêmes, l'entièreté des actes et des fonctions que requiert cette demande, on génère la pénurie et on empêche le développement du système. Il serait hautement souhaitable que le rôle de coordinatrice des soins que l'infirmière est à même de remplir dans une équipe soignante soit promu et valorisé de manière systématique. Cela devrait permettre

d'effectuer un travail de qualité, tout en y intégrant des auxiliaires de soins, sous sa responsabilité. L'analyse attentive des scénarios dont nous avons mesuré les besoins en personnel, montre avec évidence que pour assurer à chaque secteur de soins le développement qu'il serait souhaitable de lui donner dans une perspective de santé publique, il est nécessaire d'intégrer dans les services un plus grand nombre d'auxiliaires de soins.

Les dispositions qui vont entourer la mise en place de *l'aide soignant* devraient pouvoir répondre à deux exigences fondamentales. Il faut assurer aux aides soignants une formation qui les prépare à l'accomplissement des tâches qui leur seront demandées et les dispose à de bonnes relations dans l'équipe de travail et avec les patients. Mais aussi l'accès à cette formation devrait rester ouvert à des personnes qui, malgré un parcours scolaire faible, disposeraient des aptitudes à apprendre et des qualités humaines indispensables.

On ne peut cependant pas relâcher les efforts entrepris ces dernières années tant pour motiver les jeunes à entreprendre des études en soins infirmiers, que pour améliorer les conditions de travail ; ceci en vue de fidéliser les diplômés dans leur profession. Il faudrait même oser de nouvelles initiatives pour aider les jeunes mères à s'épanouir à la fois dans leur travail professionnel et leur vie de famille.

Bibliographie

AIDE À DOMICILE EN MILIEU RURAL, *L'aide à domicile : un défi permanent*, Ed. Luc Pire, 2001, 87 p.

ALVOET M., (en collaboration avec F. VANDENBROUCKE), *La psyché : le cadet de mes soucis ?*, Note de politique relative aux soins de santé mentale, Ministère de la santé publique, 2001

ALVOET M., (en collaboration avec F. VANDENBROUCKE), *Défis et perspectives pour les hôpitaux dans le cadre des soins de santé intégrés*, Ministère de la santé publique, 2001

ANSAY P., GOLDSCHMIDT A., *Dictionnaire des solidarités*, Petite Bibliothèque de la citoyenneté, Co-éd. Chronique sociale, Lyon et EVO, Bruxelles

BIETLOT M, DEMAREST S., TAFFOREAU J., VAN OYEN H., *La santé en Belgique, ses communautés et ses régions, résultats de l'enquête de santé par interview*, MSP, 1997

BORCHGRAEVE, B., *Une réforme de l'enseignement en soins infirmiers, pour qui, pourquoi, comment?*, Info-Nursing n°29, mars 1993, Eds. Association Catholique du Nursing, Bruxelles, 58 p.

CHAMPAGNE A.M., DARDENNE S., *Les formations infirmières organisées en Communauté française de Belgique*, in : *Mémento de l'art infirmier*, Ed. Kluwer, partie II, Chap. 1, pp. 129-159.

CHAPELLIER, J.-L., *Approche du métier de l'aide familiale*, Université de Mons-Hainaut, 1998

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE, *Les maisons médicales ; un axe de la politique de soins de santé primaires de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale*, 5ème édition, 2001-2002.

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE, *Les services de santé mentale*, 2ème édition, 2001.

COM-RUELLE L., MIDY F., ULMANN P. *La profession infirmière en mutation*. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens, *CREDES*, n°1318, Octobre 2000, 153 p.

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DE LA RÉGION WALLONNE, *Rapport sur la situation économique et sociale de la Wallonie* (2000), CESRW, 2001

DARDENNE S., *Evolution historique de l'art infirmier et formation au sein du système éducatif de la Communauté française*, Kluwer Editorial, 1999, pp.151-178.

DE LANNOY, et all., *Brussel in de jaren negentig en na 2000 : een demografische doorlichting* - Steunpunt Demografie, VUB, Working paper, 1999.

DELIEGE D., LEROY X., LECLERCQ A., *Offre en soins de santé*, in : *Aspects socio-économiques des soins de santé en Belgique*, *Vademecum*, Bruxelles, IBES, 1998, pp-69-141.

DENOLF L., DENYS J., SIMOENS P., *Les entreprises et le recrutement en Belgique en 1998*, KUL, Hiva, Louvain, 1999

FESAD, *L'aide à domicile, ses caractéristiques et les conditions de son nécessaire développement*, Jambes, 2000

FONDATION ROI BAUDOIN, *Le secteur non marchand en Belgique, aperçu socio-économique, rapport de synthèse*, , 2001

GADEYNE S., DEBOOSERE P., *L'inégalité ultime, : différences de mortalité chez les hommes et chez les femmes belges en fonction des caractéristiques socio-économiques et du type de ménage*, RBSS, 2002, N°1, pp. 59-104.

GILAIN B., JADOUL B, NYSSSEN M, PETRELLA F., *Les services de proximité : quels modes d'organisation socio-économiques pour quels enjeux*, UCL, Charleroi, 98/6

HANS S., *Les enjeux des titres et qualifications professionnels particuliers*, in *Mémento de l'art infirmier*, Edition Kluwer, 1999, 428 p.

HEDEBOUW, G., PACOLET, J., SPINNEWIJN, H., WINTERS, S., *De thuiszorg in Vlaanderen*, Hiva, KUL.

LAVILLE, JL. NYSSSENS , M., (Sous la direction de), *Les services sociaux, entre associations, Etat et marché, L'aide aux personnes âgées*, chap.2, GILLAIN, B., NYSSSENS, M., *Belgique : l'histoire d'un partenariat associatif-public*, Ed. La Découverte/M.A.U.S.S./C.R.I.D.A., Paris, 2001, pp. 47 à 65.

LEROY X., HUBIN M., *Le temps consacré aux soins en maison de repos*, SESA, rapport de recherche FSE - SSTC - FSHP. 1999, 88 p.

LEROY X., HUBIN M., *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, rapport de recherche FSE - SSTC - FSHP. 1999, 90 p.

LEROY X., J DEFOURNY, M. DESCHAMPS, F. FECHER, G. HEDEBOUW, M. HUBIN, D. MIGNOT, K. MENDONCK, H. MEULEMANS, E. SAMOY, N. VAN LANDEGHEM, *Le temps consacré aux soins : Une analyse de la prestation de services et de soins dans le domaine des soins de santé et du bien-être*, IISA, rapport de synthèse de la recherche FSE - SSTC - FSHP., 1999, 95 p.

LEROY X., LECLERCQ A, LORANT V, *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique : projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010*. Tome.1 Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier, Bruxelles, SESA, 1998, 258 p.

LEROY X., LECLERCQ A. *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010*. Tome 2: Travail soignant et soignants qualifiés, Bruxelles, SESA, 1998, 170p.

LEROY X., PACOLET J., LECLERCQ A., DESCHAMPS M., LORANT V., GOS E., *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010*. Tome 1: Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier, Bruxelles, SESA/HIVA, 1998, 225 p.

LEROY X., PACOLET J., LECLERCQ A., DESCHAMPS M., GOS E. & LANOYE H., *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projections jusqu'en 2000 et*

scénarios jusqu'en 2010. Tome 2: Travail soignant et soignants qualifiés, Bruxelles/Leuven, SESA/HIVA, 1998, 155 p.

LEROY X., LECLERCQ A., *Le marché du travail infirmier et soignant: quelles perspectives ?* Revue Wallonie, juin 2000 , N°63, pp.48-57.

LE SECTEUR NON MARCHAND EN BELGIQUE, *aperçu socio-économique, rapport de synthèse publié par la Fondation Roi Baudouin*, 2001

LORANT V. ET PETRELLA F., *L'évaluation des politiques sociales : une application à l'accueil de l'enfance*, Analyses et Prévision, septembre 2000, 85-103.

MANISE C., *Titres et Qualifications*, Info-Nursing, N° 42, juin 1994, Editions Association Catholique du Nursing, Bruxelles, 36 p.

MASSART A-C., *L'hospitalisation de jour*, Département Recherches et Développement, Mutualité Chrétienne, juin 2000.

MERTENS S., ADAM S., DEFOURNY J., MARÉE M., PACOLET J., VANDEPUTTE I., *Le secteur non marchand privé en Belgique. Panorama statistique et éléments de comparaison internationale, Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project et Projet inter universitaire sur le secteur non marchand en Belgique*, 1999.

MERTENS S., MARÉE M., *L'importance de l'emploi dans le secteur non marchand*, in Non Marchand n° 4, 1999

MEUNIER B., *Le management du non-marchand*, Economica, Col. Economie contemporaine, 1992.

MIDY F., *Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans : propos d'infirmières*, Paris, CreDES, 2003, 20 p.

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE, *Commission d'agrément des centres de coordination de soins et services à domicile, Approche d'une évaluation globale des centres de coordination en Région wallonne*, 1998

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, ADMINISTRATION DES SOINS DE SANTE, *Défis et perspectives pour les hôpitaux dans le cadre des soins de santé intégrés*, 1.09.2001

MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES, INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUES, *Statistiques sociales, Enquête sur les forces de travail*, année 1999

MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES, INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUES, *Statistiques sociales, Enquête sur les forces de travail*, année 1998

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DES PENSIONS, MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Note de politique générale, La psyché : le cadet de mes soucis ? Soins de santé mentale : les voies de la participation et de la concertation*, Bruxelles, mars 2001.

MUTUALITES SOCIALISTES, Direction Générale Etudes, Développement et Information, *Etude 99-2000*

ORBEM, *Analyse des fonctions critiques en Région de Bruxelles Capitale en 2000*, décembre 2001

PARIS V., *Perspectives démographiques des personnels « non médicaux »*, Paris, CreDES, 2001, 33 p.

PARYS H., DE CONICK P., DE JONGHE A., MEULEMANS H., *En quête d'un nouvel élan dans le domaine des soins. Application EVC dans le secteur de la santé*, RBSS, 2002, N°1, pp.5-35.

PARYS H., MEULEMANSVC : *Nouvelle forme d'appréciation dans le secteur des soins de santé*, RBSS, 2003, N°1, pp. 9-31

PEERS J., *Les soins de santé en Belgique : défis et opportunités*, 1999

REGION DE BRUXELLES CAPITALE, *Tableau de bord de la Santé, Observatoire de la santé de Bruxelles-Capitale*, 2001.

STINGLHAMBER B., *Infirmière, Genèse et réalité d'une profession*, Editions De Boeck, 1991, 291 p.

THIERY F., ZACHARY M.D., DE VILLE PH., VENDENDERGHE V., *Enseignement initial : les enjeux du développement de l'enseignement supérieur sur fond de crise de l'enseignement secondaire qualifiant*, Cahier de recherche du GIRSEF, n° 1, 1999.

VANHEERSWYNGHELIS A., *Les politiques de l'emploi en Belgique*, Dossier du CRISP n° 53, 2001

VAN OUYTSEL A, SOMER A., *Etude statistique et planification de l'offre en kinésithérapie, MSP, Direction de l'art de guérir*, Bruxelles, 2002, 48 p.

WAUTIER D., *La mise en oeuvre du plan Maribel social dans le secteur privé*, in « Non marchand » n°4 1999.

WIRTSCHAFTS - UND SOZIALRAT DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT BELGIENS, *Der pflegesektor in der Deutschsprachige Gemeinschaft : Angebot und Nachfrage auf dem arbeitsmarkt - Bestandsaufnahme und zukünftiger bedarf*, juin 2001.

Annexes

Tableau Annexe 2.1.1.2.1. Taux d'attraction des études en soins infirmiers sur la population âgée de 18 ans en CFGB, 1977-2001

Année d'entrée	ESP	EPSC	ESP+EPSC
	p/r TOTAL 18 ans	p/r TOTAL 18 ans	p/r TOTAL 18 ans
1977	2,76%	1,53%	4,29%
1978	2,75%	1,56%	4,30%
1979	2,83%	1,66%	4,48%
1980	2,79%	1,76%	4,56%
1981	2,86%	1,99%	4,85%
1982	2,87%	1,98%	4,85%
1983	2,86%	1,92%	4,79%
1984	2,69%	2,04%	4,73%
1985	2,62%	1,86%	4,48%
1986	2,82%	1,80%	4,62%
1987	2,92%	1,56%	4,48%
1988	2,63%	1,43%	4,06%
1989	2,25%	1,37%	3,63%
1990	2,32%	1,35%	3,67%
1991	2,69%	1,57%	4,26%
1992	3,07%	1,72%	4,79%
1993	4,13%	2,54%	6,67%
1994	5,26%	3,36%	8,62%
1995	5,34%	3,30%	8,64%
1996	6,07%	3,66%	9,73%
1997	6,29%	3,82%	10,11%
1998	6,04%	3,53%	9,57%
1999	5,44%	3,43%	8,87%
2000	5,04%	3,50%	8,53%
2001	5,10%	3,69%	8,79%

Source : Direction générale de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires sociales, Communauté française (données) et SESA, UCL (traitement).

**Tableau Annexe 2.1.1.3.1.1. Etudiants et élèves inscrits en 1ère année
Enseignement de plein exercice en soins infirmiers, CFGB, 1977-2001**

Année	Nombre d'étudiants			Indice d'évolution (1980-81=indice 100)		
	ESP	EPSC	ESP+EPSC	ESP	EPSC	ESP+EPSC
1977-78	1725	958	2683	100	88	95
1978-79	1733	982	2715	100	90	96
1979-80	1744	1021	2765	101	93	98
1980-81	1731	1093	2824	100	100	100
1981-82	1730	1206	2936	100	110	104
1982-83	1781	1228	3009	103	112	107
1983-84	1791	1205	2996	103	110	106
1984-85	1621	1231	2852	94	113	101
1985-86	1526	1083	2609	88	99	92
1986-87	1590	1013	2603	92	93	92
1987-88	1622	864	2486	94	79	88
1988-89	1480	807	2287	85	74	81
1989-90	1283	782	2065	74	72	73
1990-91	1339	779	2118	77	71	75
1991-92	1517	888	2405	88	81	85
1992-93	1679	942	2621	97	86	93
1993-94	2152	1326	3478	124	121	123
1994-95	2657	1699	4356	153	155	154
1995-96	2687	1657	4344	155	152	154
1996-97	3016	1821	4837	174	167	171
1997-98	3113	1891	5004	180	173	177
1998-99	3010	1761	4771	174	161	169
1999-00	2775	1749	4524	160	160	160
2000-01	2568	1782	4350	148	163	154
2001-02	2563	1854	4417	148	170	156

Source: D.G. de la santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté française (données) et SESA, UCL (traitement).

Tableau Annexe 2.1.1.3.1.2. Taux de réussite des étudiants en graduat et des élèves en brevet de la CFGB, ayant commencé leurs études de 1977 à 1998

Année scolaire	ESP 1ère année	ESP 1er Diplôme	ESP Taux	EPSC 1ère année	EPSC (2ans) N. brevets	EPSC (2ans) Bt ASH	EPSC(3 ans) Brevet	EPSC (2ans) Tx brevets	EPSC (2ans) Tx Bt ASH	EPSC Taux	Tx diplômés & brevetés
			1er dipl.inf.		ASH	ss Bt Infi	infirmier	ASH	ss Bt Infi.	Bt Infirmier	infirmiers
1977-78	1725	916	64%	958	619	107	366	71%	15%	56%	61%
1978-79	1733	1073	59%	982	678	143	512	64%	16%	48%	55%
1979-80	1744	1098	62%	1021	629	154	535	63%	12%	51%	58%
1980-81	1731	1027	56%	1093	644	126	475	66%	14%	52%	54%
1981-82	1730	1073	58%	1206	723	157	518	61%	13%	48%	54%
1982-83	1781	963	51%	1228	739	160	566	59%	9%	50%	51%
1983-84	1791	996	50%	1205	722	108	579	57%	12%	45%	48%
1984-85	1621	908	54%	1231	687	148	614	54%	6%	48%	52%
1985-86	1526	904	54%	1083	664	74	539	57%	8%	49%	52%
1986-87	1590	880	57%	1013	618	89	590	56%	11%	45%	52%
1987-88	1622	824	57%	864	564	109	529	61%	7%	54%	56%
1988-89	1480	908	60%	807	524	57	455	67%	7%	60%	60%
1989-90	1283	926	59%	782	537	55	467	67%	11%	56%	58%
1990-91	1339	888	60%	779	525	86	482	66%	10%	56%	59%
1991-92	1517	762	55%	888	518	81	439	64%	9%	55%	55%
1992-93	1679	809	55%	942	569	82	437	73%	16%	57%	56%
1993-94	2152	833	50%	1326	688	151	487	55%	7%	48%	49%
1994-95	2657	928	46%	1699	735	92	537			43%	45%
1995-96	2687	1019	45%	1657			643			51%	47%
1996-97	3016	1135	46%	1821			725			49%	47%
1997-98	3113	1097	42%	1891			840			46%	44%
1998-99	3010	1234		1761			896				
1999-00	2775	1173		1749			879				
2000-01	2568			1782							
2001-02	2563			1854							

Source : D.G. de la santé, Communauté française, calculs SESA/UCL

Tableau Annexe 2.1.1.3.2.1. Nombre d'étudiants/élèves en soins infirmiers selon la nationalité, la résidence en Belgique et la zone d'implantation de l'école : CFGB, 2000-2001

	BELGE		ETRANGER				TOTAL	% CFGB	% EENR	
			U. EUROPEENNE		HORS UNION					
			Résident	TOTAL	Résident	TOTAL				
		OUI	NON	OUI	NON					
Bruxelles										
Graduat (sauf spéc.)	1144	114	146	265	245	0	245	1649	32,3%	8,9%
1ère année	523	51	78	129	138	0	138	790	31,9%	9,9%
2ème année	314	34	30	64	63	0	63	441	32,6%	6,8%
3ème année	307	29	38	67	44	0	44	418	33,0%	9,1%
Spécialisation (pas acc.)	527	29	10	39	13	0	13	579	66,6%	1,7%
Brevet	247	55	34	89	163	0	163	499	16,2%	6,8%
1ère année	99	15	12	27	77	0	77	203	15,2%	5,9%
2ème année	63	27	19	46	49	0	49	158	16,3%	12,0%
3ème année	85	13	3	16	37	0	37	138	17,6%	2,2%
Graduat + Brevet	1391	169	180	349	408	0	408	2148	26,2%	8,4%
TOTAL	1918	198	190	388	421	0	421	2727	30,1%	7,0%
Zone frontalière avec la France										
Graduat (sauf spéc.)	502	35	104	139	14	6	20	661	13,0%	16,6%
1ère année	248	17	52	69	8	3	11	328	13,2%	16,8%
2ème année	139	12	30	42	2	2	4	185	13,7%	17,3%
3ème année	115	6	22	28	4	1	5	148	11,7%	15,5%
Spécialisation (pas acc.)	19	0	0	0	0	0	0	19	2,2%	0,0%
Brevet	362	32	949	981	18	10	28	1371	44,4%	69,9%
1ère année	154	11	441	452	11	5	16	622	46,5%	71,7%
2ème année	111	12	298	310	5	2	7	428	44,3%	70,1%
3ème année	97	9	210	219	2	3	5	321	40,9%	66,4%
Graduat + Brevet	864	67	1053	1120	32	16	48	2032	24,8%	52,6%
TOTAL	883	67	1053	1120	32	16	48	2051	22,7%	52,1%
Autres zones										
Graduat (sauf spéc.)	2423	79	188	267	64	34	98	2788	54,7%	8,0%
1ère année	1169	38	101	139	29	23	52	1360	54,9%	9,1%
2ème année	621	26	57	83	15	9	24	728	53,8%	9,1%
3ème année	633	15	30	45	20	2	22	700	55,3%	4,6%
Spécialisation (pas acc.)	260	5	3	8	2	1	3	271	31,2%	1,5%
Brevet	926	49	190	239	53	0	53	1218	39,4%	15,6%
1ère année	398	18	70	88	26	0	26	512	38,3%	13,7%
2ème année	286	15	64	79	16	0	16	381	39,4%	16,8%
3ème année	242	16	56	72	11	0	11	325	41,5%	17,2%
Graduat + Brevet	3349	128	378	506	117	34	151	4006	48,9%	10,3%
TOTAL	3609	133	381	514	119	35	154	4277	47,2%	9,7%
CFGB										
Graduat (sauf spéc.)	4069	228	438	671	323	40	363	5098	100%	9,4%
1ère année	1940	106	231	337	175	26	201	2478	100%	10,4%
2ème année	1074	72	117	189	80	11	91	1354	100%	9,5%
3ème année	1055	50	90	140	68	3	71	1266	100%	7,3%
Spécialisation (pas acc.)	806	34	13	47	15	1	16	869	100%	1,6%
Brevet	1535	136	1173	1309	234	10	244	3088	100%	38,3%
1ère année	651	44	523	567	114	5	119	1337	100%	39,5%
2ème année	460	54	381	435	70	2	72	967	100%	39,6%
3ème année	424	38	269	307	50	3	53	784	100%	34,7%
Graduat + Brevet	5604	364	1611	1975	557	50	607	8186	100%	20,3%
TOTAL	6410	398	1624	2022	572	51	623	9055	100%	18,5%

Source : Enquête SESA/UCL

Tableau Annexe 2.1.1.3.3.1. Evolution des PAI diplômés annuellement, graduat infirmier (1er diplôme), brevet infirmier et ASH, CFGB 1962 à 2000

Année	Gradués	Brevetés	ASH	Gradués & brevetés
1961-62	325	27	170	352
1962-63	124	96	213	220
1963-64	137	166	256	303
1964-65	182	202	264	384
1965-66	245	200	323	445
1966-67	293	253	314	546
1967-68	391	211	378	602
1968-69	474	298	394	772
1969-70	510	297	470	807
1970-71	625	352	468	977
1971-72	537	357	473	894
1972-73	695	351	424	1046
1973-74	626	328	404	954
1974-75	546	321	395	867
1975-76	630	307	410	937
1976-77	698	332	468	1030
1977-78	916	366	619	1282
1978-79	1073	512	678	1585
1979-80	1098	535	629	1633
1980-81	1027	475	644	1502
1981-82	1073	529	723	1602
1982-83	963	566	739	1529
1983-84	996	579	722	1575
1984-85	908	587	687	1495
1985-86	904	556	664	1460
1986-87	880	586	618	1466
1987-88	824	525	564	1349
1988-89	908	455	524	1363
1989-90	926	466	537	1392
1990-91	888	481	525	1369
1991-92	762	435	518	1197
1992-93	809	434	569	1243
1993-94	833	487	688	1320
1994-95	928	537	735	1465
1995-96	1019	643	0	1662
1996-97	1135	725		1860
1997-98	1097	840		1937
1998-99	1234	896		2130
1999-00	1173	879		2052

Source: D.G. de la Santé, Communauté française (données) et SESA, UCL (traitement).

Tableau Annexe 2.1.1.3.3.2.a) Evolution du nombre de brevets infirmiers délivrés en CFGB de 1962 à 2000 (1er et 2ème certificats E.P.S.C).

Année	jusqu'en 1979		de 1980 à 1995		jusqu'en 1996		à partir de 1997		Total EPSC
	br. Hosp.	hosp. Psy.	A.S.H.	A.S.H. psy.	inf. Hosp.	inf. Psychiat.	br. d'inf. hosp.	I.H. S.M. et psy.	
1961-62	161	9	0	0	26	1	0	0	197
1962-63	195	18	0	0	96	0	0	0	309
1963-64	231	25	0	0	157	9	0	0	422
1964-65	253	11	0	0	181	21	0	0	466
1965-66	291	32	0	0	194	6	0	0	523
1966-67	289	25	0	0	231	22	0	0	567
1967-68	343	35	0	0	186	25	0	0	589
1968-69	360	34	0	0	276	22	0	0	692
1969-70	432	38	0	0	267	30	0	0	767
1970-71	439	29	0	0	333	19	0	0	820
1971-72	452	21	0	0	329	28	0	0	830
1972-73	403	21	0	0	331	20	0	0	775
1973-74	378	26	0	0	305	23	0	0	732
1974-75	374	21	0	0	291	30	0	0	716
1975-76	378	32	0	0	284	23	0	0	717
1976-77	439	29	0	0	313	19	0	0	800
1977-78	570	49	0	0	339	27	0	0	985
1978-79	641	37	0	0	471	41	0	0	1190
1979-80	0	0	590	39	498	37	0	0	1164
1980-81	0	0	616	28	442	33	0	0	1119
1981-82	0	0	678	44	500	18	0	0	1240
1982-83	0	0	687	52	530	36	0	0	1305
1983-84	0	0	682	47	532	47	0	0	1308
1984-85	0	0	631	56	573	41	0	0	1301
1985-86	0	0	605	56	485	54	0	0	1200
1986-87	0	0	579	39	546	44	0	0	1208
1987-88	0	0	538	27	492	37	0	0	1094
1988-89	0	0	503	22	427	28	0	0	980
1989-90	0	0	510	28	445	22	0	0	1005
1990-91	0	0	508	17	452	30	0	0	1007
1991-92	0	0	497	27	422	17	0	0	963
1992-93	0	0	558	23	415	22	0	0	1018
1993-94	0	0	653	35	465	22	0	0	1175
1994-95	0	0	714	32	509	28	0	0	1283
1995-96	0	0	0	0	607	36	0	0	643
1996-97	0	0	0	0	0	0	677	48	725
1997-98	0	0	0	0	0	0	798	42	840
1998-99	0	0	0	0	0	0	829	67	896
1999-00	0	0	0	0	0	0	805	74	879

Tableau Annexe 2.1.1.3.3.2. b) Evolution du nombre de diplômes (1er et 2ème) d'infirmière graduée délivrés en CFGB de 1962 à 2000

jusqu'en 1996 (1997, pour social)						à partir de 96	à partir de 1997						Total ESP	
Année	hosp.	Psych.	pedia.	social	accou		inf. Gradu é(e)	san. Ment.	pedia.	Comm.	Accou.	S.I.A. M.U.		im. Med.
62	245	24	7	44	15	0	0	0	0	0	0	0	0	335
63	108	6	3	32	12	0	0	0	0	0	0	0	0	161
64	130	5	4	22	14	0	0	0	0	0	0	0	0	175
65	148	0	21	32	24	0	0	0	0	0	0	0	0	225
66	209	3	14	21	15	0	0	0	0	0	0	0	0	262
67	268	3	6	23	13	0	0	0	0	0	0	0	0	313
68	314	1	16	34	26	0	0	0	0	0	0	0	0	391
69	390	11	23	32	18	0	0	0	0	0	0	0	0	474
70	432	7	15	40	16	0	0	0	0	0	0	0	0	510
71	480	15	23	68	39	0	0	0	0	0	0	0	0	625
72	462	19	17	54	20	0	0	0	0	0	0	0	0	572
73	579	17	27	78	29	0	0	0	0	0	0	0	0	730
74	533	9	19	80	24	0	0	0	0	0	0	0	0	665
75	485	5	25	49	32	0	0	0	0	0	0	0	0	596
76	566	9	26	38	24	0	0	0	0	0	0	0	0	663
77	622	20	38	41	29	0	0	0	0	0	0	0	0	750
78	816	16	38	77	29	0	0	0	0	0	0	0	0	976
79	965	13	44	82	55	0	0	0	0	0	0	0	0	1159
80	999	22	37	80	70	0	0	0	0	0	0	0	0	1208
81	954	18	41	67	79	0	0	0	0	0	0	0	0	1159
82	1000	18	43	52	76	0	0	0	0	0	0	0	0	1189
83	915	15	37	40	53	0	0	0	0	0	0	0	0	1060
84	935	20	55	55	72	0	0	0	0	0	0	0	0	1137
85	864	9	49	57	99	0	0	0	0	0	0	0	0	1078
86	894	15	51	43	76	0	0	0	0	0	0	0	0	1079
87	830	28	46	62	96	0	0	0	0	0	0	0	0	1062
88	770	18	52	65	89	0	0	0	0	0	0	0	0	994
89	844	27	44	60	79	0	0	0	0	0	0	0	0	1054
90	856	19	69	71	88	0	0	0	0	0	0	0	0	1103
91	816	19	59	68	93	0	0	0	0	0	0	0	0	1055
92	702	16	60	56	80	0	0	0	0	0	0	0	0	914
93	755	21	48	47	64	0	0	0	0	0	0	0	0	935
94	833	7	58	42	85	0	0	0	0	0	0	0	0	1025
95	929	29	70	37	87	0	0	0	0	0	0	0	0	1152
96	18	19	61	42	85	1001	0	0	0	0	0	0	0	1226
97	0	0	0	13	0	1135	21	71	61	50	128	2	0	1481
98	0	0	0	0	0	1097	35	111	90	89	116	8	0	1546
99	0	0	0	0	0	1234	23	94	68	67	153	10	23	1672
2000	0	0	0	0	0	1173	34	98	98	74	169	12	31	1689

Source : D.G. de la Santé, Communauté française (données) et SESA, UCL (traitement)

Tableau Annexe 2.1.1.3.3.2.c) Evolution du nombre de diplômes ou certificats (1er et 2ème) délivrés en CFGB de 1962 à 2000

Année	ESP	EPSC		ESP + EPSC
	Hosp. & Spéc	ASH	ASH & Brevet inf	
1961-62	335	170	197	532
1962-63	161	213	309	470
1963-64	175	256	422	597
1964-65	225	264	466	691
1965-66	262	323	523	785
1966-67	313	314	567	880
1967-68	391	378	589	980
1968-69	474	394	692	1166
1969-70	510	470	767	1277
1970-71	625	468	820	1445
1971-72	572	473	830	1402
1972-73	730	424	775	1505
1973-74	665	404	732	1397
1974-75	596	395	716	1312
1975-76	663	410	717	1380
1976-77	750	468	800	1550
1977-78	976	619	985	1961
1978-79	1159	678	1190	2349
1979-80	1208	629	1164	2372
1980-81	1159	644	1119	2278
1981-82	1189	722	1240	2429
1982-83	1060	739	1305	2365
1983-84	1137	729	1308	2445
1984-85	1078	687	1301	2379
1985-86	1079	661	1200	2279
1986-87	1062	618	1208	2270
1987-88	994	565	1094	2088
1988-89	1054	525	980	2034
1989-90	1103	538	1005	2108
1990-91	1055	525	1007	2062
1991-92	914	524	963	1877
1992-93	935	581	1018	1953
1993-94	1025	688	1175	2200
1994-95	1152	746	1283	2435
1995-96	1226		643	1869
1996-97	1481		725	2206
1997-98	1546		840	2386
1998-99	1672		896	2568
1999-00	1689		879	2568

Source : D.G. de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires sociales, Communauté française

Tableau Annexe 2.1.3.2.1.1. Diplômés du secteur de la santé par profession, région et sexe selon le recensement de 1991

		Effectifs initiaux				Effectifs après "nettoyage"				Proportion de perte (%)			
		Bruxelles	Flandre	Wallonie	Pays	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Pays	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Pays
Hommes	médecin généraliste	2075	8739	5699	16513	2073	8730	5694	16497	0,1	0,1	0,1	0,1
	médecin spécialiste	1416	3802	2442	7660	1404	3775	2424	7603	0,8	0,7	0,7	0,7
	dentiste	483	2521	1284	4288	419	2423	1189	4031	13,3	3,9	7,4	6,0
	pharmacien	648	2960	1931	5539	629	2921	1909	5459	2,9	1,3	1,1	1,4
	vétérinaire	215	1682	1167	3064	210	1667	1156	3033	2,3	0,9	0,9	1,0
	kiné licencié	215	976	441	1632	196	906	414	1516	8,8	7,2	6,1	7,1
	kiné gradué	346	2537	1645	4528	330	2204	1577	4111	4,6	13,1	4,1	9,2
	infirmier	426	7701	2199	10326	377	7376	2025	9778	11,5	4,2	7,9	5,3
	diététicien	4	46	19	69	1	31	18	50	75,0	32,6	5,3	27,5
	logopède licencié	6	35	17	58	5	32	15	52	16,7	8,6	11,8	10,3
	sciences bio-médicale	13	68	29	110	2	37	4	43	84,6	45,6	86,2	60,9
	total	5847	31067	16873	53787	5646	30102	16425	52173	3,4	3,1	2,7	3,0
	Femmes	médecin généraliste	947	2215	1701	4863	946	2212	1695	4853	0,1	0,1	0,4
médecin spécialiste		697	1311	892	2900	688	1288	882	2858	1,3	1,8	1,1	1,4
dentiste		325	1442	687	2454	309	1417	662	2388	4,9	1,7	3,6	2,7
pharmacien		979	3356	2306	6641	971	3328	2295	6594	0,8	0,8	0,5	0,7
vétérinaire		93	432	272	797	91	430	270	791	2,2	0,5	0,7	0,8
kiné licencié		286	856	433	1575	262	788	405	1455	8,4	7,9	6,5	7,6
kiné gradué		802	4133	2069	7004	580	2674	1650	4904	27,7	35,3	20,3	30,0
infirmier		6663	50909	24049	81621	6295	48813	22588	77696	5,5	4,1	6,1	4,8
diététicien		74	655	214	943	61	589	193	843	17,6	10,1	9,8	10,6
logopède licencié		57	122	106	285	54	120	102	276	5,3	1,6	3,8	3,2
sciences bio-médicale		24	22	25	71	13	13	9	35	45,8	40,9	64,0	50,7
total		10947	65453	32754	10915	10270	61672	30751	10269	6,2	5,8	6,1	5,9
Ensemble		médecin généraliste	3022	10954	7400	21376	3019	10942	7389	21350	0,1	0,1	0,1
	médecin spécialiste	2113	5113	3334	10560	2092	5063	3306	10461	1,0	1,0	0,8	0,9
	dentiste	808	3963	1971	6742	728	3840	1851	6419	9,9	3,1	6,1	4,8
	pharmacien	1627	6316	4237	12180	1600	6249	4204	12053	1,7	1,1	0,8	1,0
	vétérinaire	308	2114	1439	3861	301	2097	1426	3824	2,3	0,8	0,9	1,0
	kiné licencié	501	1832	874	3207	458	1694	819	2971	8,6	7,5	6,3	7,4
	kiné gradué	1148	6670	3714	11532	910	4878	3227	9015	20,7	26,9	13,1	21,8
	infirmier	7089	58610	26248	91947	6672	56189	24613	87474	5,9	4,1	6,2	4,9
	diététicien	78	701	233	1012	62	620	211	893	20,5	11,6	9,4	11,8
	logopède licencié	63	157	123	343	59	152	117	328	6,3	3,2	4,9	4,4
	sciences bio-médicale	37	90	54	181	15	50	13	78	59,5	44,4	75,9	56,9
	total	16794	96520	49627	16294	15916	91774	47176	15486	5,2	4,9	4,9	5,0

Source : INS (données) et SESA, UCL (traitement)

Tableau Annexe 2.1.3.2.1.2. Effectifs d'infirmiers par sexe et région en rapport avec le nombre de médecins et avec la population : recensement de 1991

	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Pays
Effectifs infirmiers				
Hommes	377	7376	2025	9778
Femmes	6295	48813	22588	77696
Ensemble	6672	56189	24613	87474
Effectifs médecins				
Hommes	3477	12505	8118	24100
Femmes	1634	3500	2577	7711
Ensemble	5111	16005	10695	31811
Effectif de la population				
Hommes	452794	2848630	1579261	4880685
Femmes	507530	2919226	1679534	5106290
Ensemble	960324	5767856	3258795	9986975
Rapport infirmiers <i>(pour 10 000 habitants)</i>				
Hommes	8,3	25,9	12,8	20,0
Femmes	124,0	167,2	134,5	152,2
Ensemble	69,5	97,4	75,5	87,6
Rapport infirmiers <i>(pour 100 médecins)</i>				
Hommes	10,8	59,0	24,9	40,6
Femmes	385,3	1394,7	876,5	1007,6
Ensemble	130,5	351,1	230,1	275,0

Source: INS (recensement général de la population, 1991) et SESA, UCL (traitement).

Tableau Annexe 2.1.3.2.3.1 Nombre d'infirmiers gradués hospitaliers ou spécialistes obtenant leur diplôme en CFGB de 1962 à 2000

Année	Inf. gradué	Spécialité (ss acc).			Infirmière accoucheuse			Inf. spécialisé (y.c. acc)			Total gradués
		hospitalier	1er dipl.	2e dipl.	Total	1er dipl.	2e dipl.	Total	1er dipl.	2e dipl.	
1961-62	245	72	3	75	8	7	15	80	10	90	325
1962-63	108	18	23	41	1	11	12	19	34	53	127
1963-64	130	9	22	31	1	13	14	10	35	45	140
1964-65	148	35	18	53	1	23	24	36	41	77	184
1965-66	209	29	9	38	7	8	15	36	17	53	245
1966-67	268	22	10	32	3	10	13	25	20	45	293
1967-68	314	51	0	51	26	0	26	77	0	77	391
1968-69	390	66	0	66	18	0	18	84	0	84	474
1969-70	432	62	17	79	16	14	30	78	31	109	510
1970-71	481	106	19	125	39	30	69	145	49	194	626
1971-72	462	69	21	90	6	14	20	75	35	110	537
1972-73	579	108	14	122	9	20	29	117	34	151	696
1973-74	533	93	16	109	0	24	24	93	40	133	626
1974-75	485	55	24	79	6	26	32	61	50	111	546
1975-76	566	59	14	73	5	19	24	64	33	97	630
1976-77	622	75	24	99	1	28	29	76	52	128	698
1977-78	816	99	32	131	2	27	29	101	59	160	917
1978-79	965	108	31	139	0	55	55	108	86	194	1073
1979-80	999	97	42	139	3	67	70	100	109	209	1099
1980-81	954	75	30	105	0	79	79	75	109	184	1029
1981-82	1000	73	50	123	0	76	76	73	126	199	1073
1982-83	915	48	53	101	0	53	53	48	106	154	963
1983-84	935	59	71	130	2	70	72	61	141	202	996
1984-85	864	46	73	119	1	97	98	47	170	217	911
1985-86	863	44	66	110	0	76	76	44	142	186	907
1986-87	830	52	84	136	1	95	96	53	179	232	883
1987-88	762	59	76	135	5	84	89	64	160	224	826
1988-89	844	66	65	131	0	79	79	66	144	210	910
1989-90	856	69	90	159	2	86	88	71	176	247	927
1990-91	816	70	76	146	2	91	93	72	167	239	888
1991-92	702	60	72	132	1	79	80	61	151	212	763
1992-93	755	54	62	116	1	63	64	55	125	180	810
1993-94	833	0	107	107		85	85	0	192	192	833
1994-95	928	0	136	136		87	87	0	223	223	928
1995-96	1017	0	122	122		85	85	0	207	207	1017
1996-97	1135	0	296	296	50		50	50	296	346	1185
1997-98	1085	0	360	360	89		89	89	360	449	1174
1998-99	1230	0	371	371	67		67	67	371	438	1297
1999-00	1171	0	442	442	74		74	74	442	516	1245

Tableau annexe 2.1.3.3.1. Taux d'activité et d'occupation des PAI par Région, communauté linguistique, âge et sexe : 1991

	BRUXELLES		FLANDRE		WALLONIE		CFGB		Belgique	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	Taux d'activité									
20-24 ans	100,0%	98,3%	100,0%	99,4%	99,3%	99,1%	99,4%	99,0%	99,9%	99,3%
25-29 ans	100,0%	96,5%	99,9%	97,4%	99,8%	97,3%	99,8%	97,2%	99,9%	97,3%
30-34 ans	97,2%	93,7%	99,8%	93,0%	99,5%	94,0%	99,2%	93,9%	99,6%	93,3%
35-39 ans	100,0%	90,7%	99,6%	88,2%	99,6%	91,1%	99,7%	91,0%	99,6%	89,3%
40-44 ans	90,0%	89,6%	99,1%	83,8%	97,8%	87,3%	97,2%	87,6%	98,7%	85,3%
45-49 ans	93,3%	85,4%	98,8%	76,6%	94,5%	81,9%	94,3%	82,6%	97,7%	78,8%
50-54 ans	92,3%	76,6%	96,1%	67,1%	92,9%	72,9%	92,8%	73,7%	94,9%	69,8%
55-59 ans	84,6%	60,6%	83,8%	48,8%	48,9%	46,3%	55,6%	49,8%	72,1%	49,5%
60-64 ans	66,7%	12,3%	41,8%	10,8%	32,6%	10,9%	35,9%	11,3%	39,5%	11,0%
	Taux d'occupation des actifs dans la profession infirmière									
20-24 ans	80,6%	93,5%	88,9%	92,8%	83,7%	88,7%	83,2%	89,4%	87,7%	91,8%
25-29 ans	82,7%	89,1%	84,7%	88,8%	78,0%	88,0%	78,6%	88,2%	83,3%	88,6%
30-34 ans	69,5%	84,4%	78,6%	87,4%	76,9%	84,0%	75,9%	84,0%	77,9%	86,2%
35-39 ans	73,8%	78,4%	78,5%	83,7%	71,9%	79,0%	72,2%	78,9%	77,2%	81,8%
40-44 ans	64,7%	76,2%	71,5%	78,8%	54,3%	77,1%	55,1%	77,0%	68,4%	78,0%
45-49 ans	46,2%	69,7%	68,9%	72,9%	47,7%	73,0%	47,5%	72,4%	63,9%	72,6%
50-54 ans	66,7%	70,3%	65,3%	72,8%	31,4%	72,1%	37,1%	71,7%	56,0%	72,3%
55-59 ans	63,6%	66,7%	58,8%	70,3%	40,9%	70,8%	47,6%	69,5%	55,4%	69,9%
60-64 ans	0,0%	71,1%	51,9%	65,2%	26,7%	59,8%	21,8%	62,9%	39,1%	64,3%
	Taux d'activité des diplômés dans la profession infirmière									
20-24 ans	80,6%	91,9%	88,9%	92,2%	83,1%	87,9%	82,7%	88,5%	87,5%	91,2%
25-29 ans	82,7%	85,9%	84,7%	86,5%	77,8%	85,6%	78,5%	85,7%	83,2%	86,2%
30-34 ans	67,6%	79,0%	78,4%	81,3%	76,5%	78,9%	75,3%	78,9%	77,6%	80,4%
35-39 ans	73,8%	71,1%	78,2%	73,8%	71,7%	71,9%	71,9%	71,8%	76,9%	73,0%
40-44 ans	58,2%	68,2%	70,8%	66,0%	53,1%	67,3%	53,5%	67,5%	67,5%	66,6%
45-49 ans	43,1%	59,5%	68,1%	55,8%	45,1%	59,8%	44,8%	59,8%	62,4%	57,3%
50-54 ans	61,5%	53,8%	62,7%	48,8%	29,1%	52,5%	34,5%	52,8%	53,1%	50,4%
55-59 ans	53,8%	40,4%	49,3%	34,3%	20,0%	32,8%	26,5%	34,7%	40,0%	34,6%
60-64 ans	0,0%	8,7%	21,7%	7,0%	8,7%	6,5%	7,8%	7,1%	15,5%	7,1%

Source: INS, recensement, traitement et calculs SESA/UCL

NB. Les diplômés encore aux études sont considérés comme potentiellement actifs mais sans emploi

Par contre les miliciens (service obligatoire en 1991) ne sont comptés

ni comme potentiellement actifs, ni comme inactifs.

Tableau Annexe 2.3.2.2.1. Evolution du nombre d'élèves en puériculture, du taux d'attraction de la formation, des certificats obtenus et du taux de réussite, CFGB, 1977-2000

	5ème année	Tx attraction	6ème année	brevets	Tx de réussite
	EPSS	/ jf 18 ans	EPSS	ou certificats*	
1977/78	1097	3,56%	821	827	81%
1978/79	1122	3,64%	850	885	77%
1979/80	1212	3,93%	906	867	81%
1980/81	1315	4,27%	992	979	70%
1981/82	1369	4,44%	980	915	70%
1982/83	1344	4,36%	998	956	67%
1983/84	1213	3,93%	961	901	79%
1984/85	1221	3,96%	845	958	71%
1985/86	897	2,91%	857	871	76%
1986/87	790	2,56%	689	686	83%
1987/88	659	2,14%	596	652	71%
1988/89	761	2,47%	533	467	71%
1989/90	891	2,89%	616	544	68%
1990/91	882	2,86%	720	610	72%
1991/92	938	3,04%	713	633	65%
1992/93	1028	3,33%	712	606	68%
1993/94	1136	3,68%	819	695	64%
1994/95	1245	4,04%	884	728	70%
1995/96	1397	4,53%	1004	868	62%
1996/97	1460	4,74%	1103	865	60%
1997/98	1425	4,62%	1131	876	53%
1998/99	1340	4,35%	1094	757	50%
1999/2000	1475	4,78%	1001	671	
2000/2001	1370	4,40%	1054		

Source : Ministère de la Culture et des aff. Soc. de la CFB et calculs SESA/UCL

* Brevets jusque 1986, certificats depuis 1987 Y compris ceux délivrés par les jurys d'état et par la Communauté germanophone

Tableau Annexe 2.3.2.2. Brevets et certificats de soignants et éducateurs délivrés en CFGB de 1988 à 2000 et taux d'attraction par rapport aux jeunes-filles de 19 ans

	Certificat de :	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Puéricultrices	6e an ESST	652	467	544	610	633	606	695	728	837	801	830	757	671
Aspirant nursing	6e an ESST	236	230	223	271	220	215	295	330	355	406	457	508	487
Auxiliaire F&S	6e an ESSP	798	717	636	717	583	576	597	650	711	762	813	819	800
Auxiliaire Polyvalente.	Prom. Sociale					20	35	398	736	846	783	789	808	807
Total soignants		1686	1414	1403	1598	1456	1432	1985	2444	2749	2752	2889	2892	2765
Education enf	6e an ESST	285	349	412	385	365	465	503	470	618	669	720	719	701
Educ.-moniteur d'enfants	6e an ESSP	12	42	72	71	103	70	83	106	90	141	192	203	121
Educateur	Prom. Sociale					188	175	210	222	308	262	265	271	270
Moniteur	Prom. Sociale					73	112	93	102	98	99	100	102	102
Total éducateurs		297	391	484	456	729	822	889	900	1114	1171	1277	1295	1194
Total soignants et éducateurs.		1983	1804	1887	2054	2185	2254	2874	3344	3863	3923	4166	4187	3960
Taux de certification des soignantes /		6,1%	5,0%	5,0%	5,6%	5,2%	5,3%	7,7%	9,7%	11,0%	11,1%	11,7%	11,8%	10,8%
pop. JF 19 ans en CFGB		27620	28012	27915	28501	27856	27021	25681	25134	24973	24758	24707	24575	25653

Tableau annexe 2.3.3.3. Soignants bénéficiant de l'art. 54 bis de l'A.R. N°78, par régime linguistique, âge et lieu d'activité

		Francophones actifs en hôpital				Néerlandophones actifs en hôpital		
		Non	oui	Total		Non	oui	Total
25-29 ans	Count	0	0	0	Count	2	3	5
	% cl.âge	0	0	0	% cl.âge	40,0	60,0	100,0
	% activité	0	0	0	% activité	0,1	0,0	0,1
30-34 ans	Count	25	27	52	Count	83	120	203
	% cl.âge	48,1	51,9	100,0	% cl.âge	40,9	59,1	100,0
	% activité	2,7	0,9	1,3	% activité	3,3	1,8	2,2
35-39 ans	Count	169	225	394	Count	524	670	1194
	% cl.âge	42,9	57,1	100,0	% cl.âge	43,9	56,1	100,0
	% activité	18,0	7,1	9,6	% activité	20,5	10,1	13,0
40-44 ans	Count	221	770	991	Count	738	1645	2383
	% cl.âge	22,3	77,7	100,0	% cl.âge	31,0	69,0	100,0
	% activité	23,6	24,3	24,1	% activité	28,9	24,7	25,9
45-49 ans	Count	191	852	1043	Count	500	1771	2271
	% cl.âge	18,3	81,7	100,0	% cl.âge	22,0	78,0	100,0
	% activité	20,4	26,8	25,4	% activité	19,6	26,6	24,7
50-54 ans	Count	160	711	871	Count	347	1321	1668
	% cl.âge	18,4	81,6	100,0	% cl.âge	20,8	79,2	100,0
	% activité	17,1	22,4	21,2	% activité	13,6	19,9	18,1
55-59 ans	Count	99	383	482	Count	216	764	980
	% cl.âge	20,5	79,5	100,0	% cl.âge	22,0	78,0	100,0
	% activité	10,6	12,1	11,7	% activité	8,5	11,5	10,6
60-64 ans	Count	73	206	279	Count	142	358	500
	% cl.âge	26,2	73,8	100,0	% cl.âge	28,4	71,6	100,0
	% activité	7,8	6,5	6,8	% activité	5,6	5,4	5,4
Total	Count	938	3174	4112	Count	2552	6652	9204
	% cl.âge	22,8	77,2	100,0	% cl.âge	27,7	72,3	100,0
	% activité	100,0	100,0	100,0	% activité	100,0	100,0	100,0

Tableau Annexe 4.2.2.1. Evolution du nombre de chômeurs selon qu'ils sont ou non indemnisés et inoccupés par région et qualification:CFGB 1997-2001

Région Wallonne	TOTAL	ASH	Total	Inf. grad.	Total	Inf. Brev.	Inf. Brev.	Accou-	Personnel	Aide	Puéri-	Aide	Aide	Aspirant	Garde	P. S.				
	PAI		Inf grad.	Hosp.	Psy.	Pedi.	Sociale	AMU	Inf Brev.	Hosp	Psy	cheuses	Soignant	sanitaire	cultrice	familiale	senior	nursing	d'enfant	non dipl.
1997	CCI	179	27	83	68	3	2	7	3	69	63	4	4921	1848	1760	565	149	201	398	1044
	Autres DEI	41	6	21	17	0	1	2	0	15	14	1	542	198	204	62	15	24	40	106
	Total DEI	220	33	104	85	3	3	9	3	84	77	5	5463	2046	1964	627	164	225	438	1150
	DEO	405	55	212	172	2	14	22	3	137	129	15	2755	951	1132	305	64	140	162	453
	DE	625	88	316	257	5	17	31	6	221	206	20	8218	2997	3096	932	228	365	600	1603
1998	CCI	223	42	92	74	5	5	7	1	89	77	10	5248	1938	1912	531	136	234	497	1050
	Autres DEI	55	7	28	22	1	1	3	1	20	19	2	597	215	231	62	15	27	47	109
	Total DEI	278	49	120	96	6	6	10	2	109	96	12	5845	2153	2143	593	151	261	544	1159
	DEO	553	52	300	233	6	16	36	9	201	192	21	3193	1105	1352	340	79	153	164	487
	DE	831	101	420	329	12	22	46	11	310	288	33	9038	3258	3495	933	230	414	708	1646
1999	CCI	172	25	84	64	4	7	9	0	63	59	5	5040	1858	1766	513	112	230	561	1205
	Autres DEI	52	5	27	20	1	2	3	1	20	19	2	609	223	225	64	14	29	55	125
	Total DEI	224	30	111	84	5	9	12	1	83	78	7	5649	2081	1991	577	126	259	616	1330
	DEO	564	51	297	225	7	20	32	13	216	204	17	3582	1296	1419	387	90	176	213	570
	DE	788	81	408	309	12	29	44	14	299	282	24	9231	3377	3410	964	216	435	829	1900
2000	CCI	141	19	66	45	4	5	9	3	56	53	11	5157	1905	1801	489	128	227	607	1234
	Autres DEI	41	4	22	17	1	1	3	1	16	15	1	617	226	227	61	14	30	59	129
	Total DEI	182	23	88	62	5	6	12	4	72	68	12	5774	2131	2028	550	142	257	666	1363

	DEO	443	33	241	189	4	12	26	10	168	157	11	8	3582	1296	1409	379	70	197	231	585
	DE	625	56	329	250	9	18	38	14	240	225	15	20	9356	3427	3437	929	212	454	897	1948
2001	CCI	134	18	66	39	3	11	11	2	50	46	4	10	5212	1911	1791	505	117	241	647	1224
	Autres DEI	43	4	23	17	1	2	3	1	16	15	1	2	634	234	230	62	14	30	65	135
	Total DEI	177	22	89	56	4	13	14	3	66	61	5	12	5846	2145	2021	567	131	271	712	1359
	DEO	469	35	260	196	5	13	32	13	174	163	11	13	3755	1404	1460	369	74	177	270	689
	DE	646	57	349	252	9	26	46	16	240	224	16	25	9601	3549	3481	936	205	448	982	2048
Région Bruxelloise																					
1997	CCI	57	8	20	14	0	3	3	0	29	29	0	3	567	153	259	93	62			57
1998	CCI	79	7	39	29	1	4	5	0	33	33	0	7	693	179	312	108	94			58
1999	CCI	60	4	29	22	2	1	4	0	27	26	1	10	691	197	301	89	104			61
	Autres DEI	11	1	5	5	0	0	0	0	3	3	0	1	61	26	31	0	0	4	0	9
	Total DEI	71	5	34	27	2	1	4	0	30	29	1	11	752	223	332	89	104	4	0	70
	DEO	43	1	23	22	1	2	-4	2	7	7	0	3	92	54	0	0	0	38	0	25
	DE	114	6	57	49	3	3	0	2	37	36	1	14	844	277	332	89	104	42		95
2000	CCI	46	2	20	11	1	2	6		24	22	2	6	682	229	296	78	79			48
	Autres DEI	11	1	3	1	0	0	1	0	3	3	0	1	65	28	31	0	0	6	0	11
	Total DEI	57	3	23	12	1	2	7	0	27	25	2	7	747	257	327	78	79	6	0	59
	DEO	57	5	8	3	0	2	-1	5	7	7	0	1	100	36	7	0	0	57	0	56
	DE	114	8	31	15	1	4	6	5	34	32	2	8	847	293	334	78	79	63		115
2001	CCI	42	3	23	17	2	2	2		16	15	1	2	634	234	260	75	65	0		45
	Autres DEI	8	1	4	3	0	0	0	0	3	3	0	0	83	31	32	0	0	69	0	10
	Total DEI	50	4	27	20	2	2	2	0	19	18	1	2	717	265	292	75	65	69	0	55
	DEO	32	6	13	10	0	1	0	3	15	15	0	3	161	67	45	0	0	0	0	54
	DE	82	10	40	30	2	3	2	3	34	33	1	5	878	332	337	75	65	69		109

Tableau Annexe 4.2.2.1. Evolution du nombre de chômeurs selon qu'ils sont ou non indemnisés et inoccupés par région et qualification:CFGB 1997-2001 (suite)

		TOTAL	ASH	Total	Inf. grad.	Total	Inf. Brev.	Inf. Brev.	Accou-	Personnel	Aide	Puéri-	Aide	Aide	Aspirant	Garde	P. S.				
		PAI		Inf grad.	Hosp.	Psy.	Pedi.	Sociale	AMU	Inf Brev.	Hosp	Psy	cheuses	Soignant	sanitair e	cultrice	familial e	senior	nursing	d'enfa nt	non dipl.
19 97	CCI	236	35	103	82	3	5	10	3	98	92	6	7	5488	2001	2019	658	211	201	398	1101
19 98	CCI	302	49	131	103	6	9	12	1	122	110	12	17	5941	2117	2224	639	230	234	497	1108
19 99	CCI	232	29	113	86	6	8	13	0	90	85	5	15	5731	2055	2067	602	216	230	561	1266
	Autres DEI	63	6	32	25	1	2	3	1	23	22	1	3	670	249	256	64	14	33	55	134
	Total DEI	295	35	145	111	7	10	16	1	113	107	6	18	6401	2304	2323	666	230	263	616	1400
	DEO	607	52	320	247	8	22	28	15	223	211	12	20	3674	1350	1419	387	90	214	213	595
	DE	902	87	465	358	15	32	44	16	336	318	18	38	10075	3654	3742	1053	320	477	829	1995
20 00	CCI	187	21	86	56	5	7	15	3	80	75	5	17	5839	2134	2097	567	207	227	607	1282
	Autres DEI	52	4	25	18	1	2	3	1	19	18	1	2	682	254	258	61	14	36	59	139
	Total DEI	239	25	111	74	6	9	18	4	99	93	6	19	6521	2388	2355	628	221	263	666	1421
	DEO	500	39	249	191	4	13	26	15	175	164	11	9	3682	1332	1416	379	70	254	231	642
	DE	739	64	360	265	10	22	44	19	274	257	17	28	10203	3720	3771	1007	291	517	897	2063
20 01	CCI	176	21	89	56	5	13	13	2	66	61	5	12	5846	2145	2051	580	182	241	647	1269
	Autres DEI	50	5	27	19	1	2	3	1	19	18	1	2	716	265	261	62	14	99	65	145
	Total DEI	226	26	116	75	6	15	16	3	85	79	6	14	6562	2410	2312	642	196	340	712	1414
	DEO	502	41	273	207	5	14	32	16	189	178	11	16	3917	1471	1506	369	74	177	270	743
	DE	728	67	389	282	11	29	48	19	274	257	17	30	10479	3881	3818	1011	270	517	982	2157

Source : ORBEM, FOREM, calculs SESA/UCL

Autres DEI 1999-01 calculés en appliquant le % de cette catégorie en 1996 sur le nombre de DE

DEO= DE-Total DEI

Tableau Annexe 5.3.1.1. Taux d'attraction, de réussite, de spécialisation, de masculinisation des PAI

Années	Taux d'attraction				Taux de réussite		Taux de	Taux de masculinité		
	Brevet		Graduat		Brevet	Graduat	spécialisation	Brevet	Graduat	Graduat
	Hyp Hte	Hyp Basse	Hyp Hte	Hyp Basse			Graduat			
1989-90	1,4%	1,4%	2,3%	2,3%	54,1%	59,5%		6,5%	11,8%	2,9%
1990-91	1,3%	1,3%	2,3%	2,3%	59,7%	60,5%	0,16	6,2%	11,8%	2,9%
1991-92	1,6%	1,6%	2,7%	2,7%	56,1%	54,9%	0,16	6,2%	12,1%	2,9%
1992-93	1,7%	1,7%	3,1%	3,1%	56,1%	55,3%	0,199	6,8%	14,3%	2,9%
1993-94	1,8%	1,8%	4,0%	4,0%	54,8%	49,7%	0,163	7,2%	15,4%	2,9%
1994-95	2,4%	2,4%	5,0%	5,0%	57,0%	46,7%	0,131	7,6%	15,4%	2,9%
1995-96	2,2%	2,2%	5,1%	5,1%	48,5%	43,5%	0,296	9,7%	17,4%	9,8%
1996-97	2,4%	2,4%	5,7%	5,7%	42,7%	43,5%	0,317	11,9%	17,3%	17,3%
1997-98	2,4%	2,4%	5,9%	5,9%	50,7%	41,3%	0,338	14,3%	17,7%	13,4%
1998-99	2,2%	2,2%	5,5%	5,5%	49,2%	41,3%	0,358	12,7%	16,3%	18,6%
1999-00	2,1%	2,1%	4,9%	4,9%	46,5%	41,3%	0,359	13,8%	17,1%	16,5%
2000-01	2,2%	2,2%	4,6%	4,6%	46,5%	41,3%	0,369	14,0%	17,5%	18,7%
2001-02	2,2%	2,2%	4,7%	4,6%	46,5%	41,3%	0,372	14,4%	17,7%	20,0%
2002-03	2,2%	2,1%	4,7%	4,5%	46,5%	41,3%	0,375	14,8%	17,9%	21,0%
2003-04	2,2%	2,1%	4,8%	4,5%	46,5%	41,3%	0,379	15,2%	18,1%	22,0%
2004-05	2,2%	2,1%	4,9%	4,5%	46,5%	41,3%	0,381	15,5%	18,3%	22,8%
2005-06	2,2%	2,1%	4,9%	4,4%	46,5%	41,3%	0,384	15,8%	18,5%	23,6%
2006-07	2,3%	2,1%	5,0%	4,4%	46,5%	41,3%	0,387	16,2%	18,7%	24,3%
2007-08	2,3%	2,1%	5,1%	4,4%	46,5%	41,3%	0,39	16,5%	18,9%	25,0%
2008-09	2,3%	2,1%	5,1%	4,3%	46,5%	41,3%	0,392	16,8%	19,0%	25,6%
2009-10	2,3%	2,1%	5,2%	4,3%	46,5%	41,3%	0,395	17,0%	19,2%	26,1%
2010-11	2,3%	2,1%	5,3%	4,3%	46,5%	41,3%	0,397	17,3%	19,3%	26,6%
2001-12	2,3%	2,1%	5,3%	4,2%	46,5%	41,3%	0,4	17,6%	19,4%	27,1%
2012-13	2,3%	2,1%	5,4%	4,2%	46,5%	41,3%	0,402	17,9%	19,6%	27,6%
2013-14	2,4%	2,1%	5,5%	4,2%	46,5%	41,3%	0,404	18,1%	19,7%	28,0%
2014-15	2,4%	2,0%	5,5%	4,2%	46,5%	41,3%	0,406	18,4%	19,8%	28,4%
2015-16	2,4%	2,0%	5,6%	4,1%	46,5%	41,3%	0,409	18,6%	19,9%	28,8%
2016-17	2,4%	2,0%	5,7%	4,1%	46,5%	41,3%	0,411	18,8%	20,0%	29,2%
2017-18	2,4%	2,0%	5,7%	4,1%	46,5%	41,3%	0,413	19,1%	20,1%	29,6%
2018-19	2,4%	2,0%	5,8%	4,0%	46,5%	41,3%	0,415	19,3%	20,2%	29,9%
2019-20	2,4%	2,0%	5,9%	4,0%	46,5%	41,3%	0,417	19,5%	20,3%	30,2%

Source : SESA/UCL

Tableau annexe 5.3.3.1. Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB :
Infirmières graduées 1er diplôme, Hyp. 1
Infirmières graduées 1er diplôme, Hyp. Haute

	N. diplômés Inf. gradués					Population 18 ans		Et. 1ère an.		Graduées	
	depuis 1996 : ss EENR.					Population 18 ans		ss EENR	Taux	Taux	ACC.
	% H	H	F	Total	Total de	H	F	depuis 94	attraction	réussite	depuis 97
				1er dipl IG**	réussites ét.de t-2						
1987-88						28187	27300	1622		57,2%	
1988-89						28642	27736	1480		60,0%	
1989-90	11,8%	109	818	927	927	29128	27780	1283		59,5%	
1990-91	11,8%	105	783	888	888	29444	28283	1339	2,3%	60,5%	
1991-92	12,1%	92	671	763	763	28851	27633	1517	2,7%	54,9%	
1992-93	14,3%	116	694	810	810	27946	26805	1679	3,1%	55,3%	
1993-94	15,4%	129	704	833	833	26735	25432	2087	4,0%	49,7%	
1994-95	15,4%	143	785	928	928	25729	24812	2524	5,0%	46,7%	
1995-96	17,4%	172	816	988	1038	25544	24730	2553	5,1%	43,5%	
1996-97	17,3%	188	901	1090	1179	25264	24439	2835	5,7%	43,5%	50
1997-98	17,7%	184	858	1042	1109	25021	24459	2895	5,9%	41,3%	89
1998-99	16,3%	189	971	1160	1234	25510	24322	2739	5,5%	41,3%	67
1999-00	17,1%	192	934	1126	1195	25723	25298	2525	4,9%	41,3%	74
2000-01	17,5%	186	878	1063	1130	25750	25223	2337	4,6%	41,3%	69
2001-02	17,7%	173	802	975	1042	25510	24806	2340	4,7%	41,3%	67
2002-03	17,9%	161	736	897	964	25375	24017	2330	4,7%	41,3%	67
2003-04	18,1%	163	736	899	966	25483	24844	2408	4,8%	41,3%	67
2004-05	18,3%	164	731	895	962	25743	24780	2451	4,9%	41,3%	67
2005-06	18,5%	172	755	927	994	26722	25598	2573	4,9%	41,3%	67
2006-07	18,7%	177	768	944	1011	26787	25844	2623	5,0%	41,3%	67
2007-08	18,9%	188	807	995	1062	27656	26545	2738	5,1%	41,3%	67
2008-09	19,0%	193	822	1016	1083	27749	26903	2797	5,1%	41,3%	67
2009-10	19,2%	204	859	1063	1130	27965	27143	2857	5,2%	41,3%	67
2010-11	19,3%	210	877	1087	1154	28224	27488	2926	5,3%	41,3%	67
2011-12	19,4%	216	896	1112	1179	27862	26937	2914	5,3%	41,3%	67
2012-13	19,6%	223	917	1140	1207	26860	25793	2835	5,4%	41,3%	67
2013-14	19,7%	223	912	1135	1202	26133	25047	2790	5,5%	41,3%	67
2014-15	19,8%	218	885	1103	1170	25891	25239	2821	5,5%	41,3%	67
2015-16	19,9%	216	868	1084	1151	26469	25773	2917	5,6%	41,3%	67
2016-17	20,0%	220	878	1097	1164	26474	25592	2942	5,7%	41,3%	67
2017-18	20,1%	229	908	1137	1204	26415	25580	2973	5,7%	41,3%	67
2018-19	20,2%	232	915	1147	1214	26378	25516	3002	5,8%	41,3%	67
2019-20	20,3%	236	924	1160	1227	26202	25223	3009	5,9%	41,3%	67

Source : Calculs et projections UCL/SESA

**Tableau annexe 5.3.3.2. Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB :
Infirmières brevetées, Hyp. Haute**

	N. Brevets Infirmiers.				POPULATION 18 ANS		Inscrits en 1ère	Taux d'attraction	Taux de réussite
	depuis 1996 : ss EENR.				H	F	ss EENR depuis 94		de 1ère au brevet
	% H	H	F	Total					
1987-88					28187	27300	864	1,6%	
1988-89					28642	27736	807	1,4%	
1989-90	6,5%	30	437	467	29128	27780	782	1,4%	54,1%
1990-91	6,2%	30	452	482	29444	28283	779	1,3%	59,7%
1991-92	6,2%	27	412	439	28851	27633	888	1,6%	56,1%
1992-93	6,8%	30	407	437	27946	26805	942	1,7%	56,1%
1993-94	7,2%	35	452	487	26735	25432	955	1,8%	54,8%
1994-95	7,6%	41	496	537	25729	24812	1189	2,4%	57,0%
1995-96	9,7%	45	418	463	25544	24730	1127	2,2%	48,5%
1996-97	11,9%	60	447	508	25264	24439	1202	2,4%	42,7%
1997-98	14,3%	82	490	571	25021	24459	1210	2,4%	50,7%
1998-99	12,7%	75	517	591	25510	24322	1092	2,2%	49,2%
1999-00	13,8%	78	485	563	25723	25298	1084	2,1%	46,5%
2000-01	14,0%	75	457	532	25750	25223	1105	2,2%	46,5%
2001-02	14,4%	73	431	504	25510	24806	1098	2,2%	46,5%
2002-03	14,8%	76	438	514	25375	24017	1085	2,2%	46,5%
2003-04	15,2%	77	433	510	25483	24844	1113	2,2%	46,5%
2004-05	15,5%	78	426	504	25743	24780	1125	2,2%	46,5%
2005-06	15,8%	82	435	517	26722	25598	1172	2,2%	46,5%
2006-07	16,2%	84	438	523	26787	25844	1187	2,3%	46,5%
2007-08	16,5%	90	455	545	27656	26545	1230	2,3%	46,5%
2008-09	16,8%	92	459	552	27749	26903	1249	2,3%	46,5%
2009-10	17,0%	98	474	572	27965	27143	1267	2,3%	46,5%
2010-11	17,3%	101	480	580	28224	27488	1289	2,3%	46,5%
2011-12	17,6%	104	485	589	27862	26937	1276	2,3%	46,5%
2012-13	17,9%	107	492	599	26860	25793	1234	2,3%	46,5%
2013-14	18,1%	107	486	593	26133	25047	1207	2,4%	46,5%
2014-15	18,4%	105	468	574	25891	25239	1213	2,4%	46,5%
2015-16	18,6%	104	457	561	26469	25773	1247	2,4%	46,5%
2016-17	18,8%	106	458	564	26474	25592	1251	2,4%	46,5%
2017-18	19,1%	111	469	580	26415	25580	1257	2,4%	46,5%
2018-19	19,3%	112	469	581	26378	25516	1262	2,4%	46,5%
2019-20	19,5%	114	470	584	26202	25223	1258	2,4%	46,5%

Source : Calculs et projections SESA/UCL

**Tableau annexe 5.3.3.3. Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB :
Total PAI selon le sexe et par qualification, Hyp. haute**

	Répartition par sexe			Répartition selon la qualification				
	H	F	H+F	ASH	Inf Graduées	Graduées	Inf. Brev.	PAI
					1er dipl	accouch.		yc Gr.Acc.
					ss acc 97+	>= 1997		1997+
1989-90	144	1306	1450	56	927		467	1450
1990-91	141	1315	1456	86	888		482	1456
1991-92	128	1161	1289	87	763		439	1289
1992-93	154	1187	1341	94	810		437	1341
1993-94	179	1292	1471	151	833		487	1471
1994-95	198	1391	1589	124	928		537	1589
1995-96	217	1235	1451	0	988		463	1451
1996-97	250	1397	1647	0	1090	50	508	1647
1997-98	269	1434	1702	0	1042	89	571	1702
1998-99	265	1553	1818	0	1160	67	591	1818
1999-00	272	1490	1763	0	1126	74	563	1763
2000-01	262	1402	1664	0	1063	69	532	1664
2001-02	247	1299	1546	0	975	67	504	1546
2002-03	239	1239	1478	0	897	67	514	1478
2003-04	242	1234	1476	0	899	67	510	1476
2004-05	244	1222	1466	0	895	67	504	1466
2005-06	256	1255	1511	0	927	67	517	1511
2006-07	263	1271	1534	0	944	67	523	1534
2007-08	279	1327	1607	0	995	67	545	1607
2008-09	288	1347	1634	0	1016	67	552	1634
2009-10	303	1399	1702	0	1063	67	572	1702
2010-11	312	1422	1735	0	1087	67	580	1735
2011-12	322	1446	1768	0	1112	67	589	1768
2012-13	332	1474	1806	0	1140	67	599	1806
2013-14	333	1463	1796	0	1135	67	593	1796
2014-15	326	1418	1743	0	1103	67	574	1743
2015-16	322	1390	1712	0	1084	67	561	1712
2016-17	328	1400	1728	0	1097	67	564	1728
2017-18	341	1442	1784	0	1137	67	580	1784
2018-19	346	1449	1795	0	1147	67	581	1795
2019-20	352	1459	1811	0	1160	67	584	1811

Source : Calculs et projections SESA/UCL

IG** Depuis 1996, les Grad accoucheuses diplômées l'année t sont décomptées des IG ayant réussi en t-1
ss EENR = sans les étudiants étrangers non résidents

**Tableau annexe 5.3.3.4. Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB :
Infirmières graduées 1er diplôme et graduées accoucheuses depuis 1997, Hyp. Basse**

	N. diplômés Inf. gradués					Et. 1ère an.	ss EENR	Taux attraction	Taux réussite	Gradués ACC. depuis 97		
	depuis 1996 : ss EENR.				Total de réus- sites						Population 18 ans	
	% H	H	F	Total							H	F
				1er dipl IG**							ét.de t-2	
1987-88						28187	27300	1622	2,9%	57,2%		
1988-89						28642	27736	1480	2,6%	60,0%		
1989-90	11,8%	109	818	927	927	29128	27780	1283	2,3%	59,5%		
1990-91	11,8%	105	783	888	888	29444	28283	1339	2,3%	60,5%		
1991-92	12,1%	92	671	763	763	28851	27633	1517	2,7%	54,9%		
1992-93	14,3%	116	694	810	810	27946	26805	1679	3,1%	55,3%		
1993-94	15,4%	129	704	833	833	26735	25432	2087	4,0%	49,7%		
1994-95	15,4%	143	785	928	928	25729	24812	2524	5,0%	46,7%		
1995-96	17,4%	172	816	988	1038	25544	24730	2553	5,1%	43,5%		
1996-97	17,3%	188	901	1090	1179	25264	24439	2835	5,7%	43,5%	50	
1997-98	17,7%	184	858	1042	1109	25021	24459	2895	5,9%	41,3%	89	
1998-99	16,3%	189	971	1160	1234	25510	24322	2739	5,5%	41,3%	67	
1999-00	17,1%	192	934	1126	1195	25723	25298	2525	4,9%	41,3%	74	
2000-01	17,5%	186	878	1063	1130	25750	25223	2337	4,6%	41,3%	69	
2001-02	17,7%	173	802	975	1042	25510	24806	2249	4,6%	41,3%	67	
2002-03	17,9%	161	736	897	964	25375	24017	2276	4,5%	41,3%	67	
2003-04	18,1%	156	705	861	928	25483	24844	2270	4,5%	41,3%	67	
2004-05	18,3%	160	712	872	939	25743	24780	2334	4,5%	41,3%	67	
2005-06	18,5%	161	709	870	937	26722	25598	2332	4,4%	41,3%	67	
2006-07	18,7%	168	729	896	963	26787	25844	2385	4,4%	41,3%	67	
2007-08	18,9%	169	726	895	962	27656	26545	2388	4,4%	41,3%	67	
2008-09	19,0%	174	743	917	984	27749	26903	2391	4,3%	41,3%	67	
2009-10	19,2%	176	742	918	985	27965	27143	2400	4,3%	41,3%	67	
2010-11	19,3%	177	742	920	987	28224	27488	2344	4,3%	41,3%	67	
2011-12	19,4%	179	744	923	990	27862	26937	2236	4,2%	41,3%	67	
2012-13	19,6%	176	724	900	967	26860	25793	2157	4,2%	41,3%	67	
2013-14	19,7%	168	687	856	923	26133	25047	2140	4,2%	41,3%	67	
2014-15	19,8%	163	660	823	890	25891	25239	2170	4,2%	41,3%	67	
2015-16	19,9%	162	653	816	883	26469	25773	2147	4,1%	41,3%	67	
2016-17	20,0%	166	663	828	895	26474	25592	2128	4,1%	41,3%	67	
2017-18	20,1%	165	654	819	886	26415	25580	2108	4,1%	41,3%	67	
2018-19	20,2%	164	647	811	878	26378	25516	2073	4,0%	41,3%	67	
2019-20	20,3%	163	640	803	870	26202	25223	0	4,0%	41,3%	67	

Source : Calculs et projections SESA/UCL

ss EENR = sans les étudiants étrangers non résidents

**Tableau annexe 5.3.3.5. Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB :
Infirmières brevetées, Hyp. basse**

		N. Brevets Inf.					Inscrits	Taux	Taux de
		depuis 1996 : ss EENR.					en 1ère	d'attraction	réussite
					POPULATION 18 ANS				de 1ère
	% H	H	F	Total	H	F			au brevet
1987-88					28187	27300	864	1,6%	
1988-89					28642	27736	807	1,4%	
1989-90	6,5%	30	437	467	29128	27780	782	1,4%	54,1%
1990-91	6,2%	30	452	482	29444	28283	779	1,3%	59,7%
1991-92	6,2%	27	412	439	28851	27633	888	1,6%	56,1%
1992-93	6,8%	30	407	437	27946	26805	942	1,7%	56,1%
1993-94	7,2%	35	452	487	26735	25432	955	1,8%	54,8%
1994-95	7,6%	41	496	537	25729	24812	1189	2,4%	57,0%
1995-96	9,7%	45	418	463	25544	24730	1127	2,2%	48,5%
1996-97	11,9%	60	447	508	25264	24439	1202	2,4%	42,7%
1997-98	14,3%	82	490	571	25021	24459	1210	2,4%	50,7%
1998-99	12,7%	75	517	591	25510	24322	1092	2,2%	49,2%
1999-00	13,8%	78	485	563	25723	25298	1084	2,1%	46,5%
2000-01	14,0%	75	457	532	25750	25223	1105	2,2%	46,5%
2001-02	14,4%	73	431	504	25510	24806	1086	2,2%	46,5%
2002-03	14,8%	76	438	514	25375	24017	1062	2,1%	46,5%
2003-04	15,2%	77	428	505	25483	24844	1078	2,1%	46,5%
2004-05	15,5%	77	417	494	25743	24780	1077	2,1%	46,5%
2005-06	15,8%	79	422	501	26722	25598	1111	2,1%	46,5%
2006-07	16,2%	81	420	501	26787	25844	1113	2,1%	46,5%
2007-08	16,5%	85	431	516	27656	26545	1141	2,1%	46,5%
2008-09	16,8%	87	431	517	27749	26903	1146	2,1%	46,5%
2009-10	17,0%	90	440	531	27965	27143	1151	2,1%	46,5%
2010-11	17,3%	92	440	533	28224	27488	1158	2,1%	46,5%
2011-12	17,6%	94	441	535	27862	26937	1135	2,1%	46,5%
2012-13	17,9%	96	442	538	26860	25793	1086	2,1%	46,5%
2013-14	18,1%	96	432	527	26133	25047	1051	2,1%	46,5%
2014-15	18,4%	93	412	505	25891	25239	1045	2,0%	46,5%
2015-16	18,6%	91	398	488	26469	25773	1063	2,0%	46,5%
2016-17	18,8%	92	394	486	26474	25592	1055	2,0%	46,5%
2017-18	19,1%	94	400	494	26415	25580	1049	2,0%	46,5%
2018-19	19,3%	95	396	490	26378	25516	1042	2,0%	46,5%
2019-20	19,5%	95	392	488	26202	25223	1028	2,0%	46,5%

Source : Calculs et projections SESA/UCL

ss EENR = sans les étudiants étrangers non résidents

**Tableau annexe 5.3.3.6. Projection des diplômés PAI de 1990 à 2020 en CFGB :
Total PAI selon le sexe et par qualification, Hyp. basse**

	Répartition par sexe			Répartition selon la qualification				PAI yc Gr.Acc. 1997+
	H	F	H+F	ASH	Inf Graduées	Graduées	Inf. Brev.	
					1er dipl ss acc 97+	accouch. >= 1997		
1989-90	144	1306	1450	56	927		467	1450
1990-91	141	1315	1456	86	888		482	1456
1991-92	128	1161	1289	87	763		439	1289
1992-93	154	1187	1341	94	810		437	1341
1993-94	179	1292	1471	151	833		487	1471
1994-95	198	1391	1589	124	928		537	1589
1995-96	217	1235	1451	0	988		463	1451
1996-97	250	1397	1647	0	1090	50	508	1647
1997-98	269	1434	1702	0	1042	89	571	1702
1998-99	265	1553	1818	0	1160	67	591	1818
1999-00	272	1490	1763	0	1126	74	563	1763
2000-01	262	1402	1664	0	1063	69	532	1664
2001-02	247	1299	1546	0	975	67	504	1546
2002-03	239	1239	1478	0	897	67	514	1478
2003-04	235	1198	1433	0	861	67	505	1433
2004-05	239	1194	1433	0	872	67	494	1433
2005-06	242	1195	1437	0	870	67	501	1437
2006-07	250	1214	1464	0	896	67	501	1464
2007-08	256	1223	1479	0	895	67	516	1479
2008-09	263	1238	1501	0	917	67	517	1501
2009-10	268	1248	1516	0	918	67	531	1516
2010-11	272	1248	1519	0	920	67	533	1519
2001-12	276	1250	1525	0	923	67	535	1525
2012-13	274	1231	1506	0	900	67	538	1506
2013-14	266	1184	1450	0	856	67	527	1450
2014-15	258	1137	1395	0	823	67	505	1395
2015-16	255	1116	1371	0	816	67	488	1371
2016-17	259	1122	1381	0	828	67	486	1381
2017-18	261	1119	1380	0	819	67	494	1380
2018-19	261	1108	1368	0	811	67	490	1368
2019-20	260	1097	1357	0	803	67	488	1357

Source : Calculs et projections SESA/UCL

Tableau annexe 5.5.1.1 Effectifs des PAI selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020 : Hypothèse haute

	Inf. Gradués			Inf. Brevetés			Grad. Acc.			ASH			Total		
	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F
2001	3092	22949	26040	1050	14163	15212	8	271	280	143	2780	2923	4293	40163	44456
2002	3269	23626	26895	1122	14583	15705	10	338	349	141	2724	2866	4543	41271	45814
2003	3433	24229	27662	1192	14976	16168	12	403	416	140	2669	2809	4777	42276	47054
2004	3585	24766	28351	1266	15375	16640	14	468	482	139	2613	2752	5003	43221	48225
2005	3739	25302	29041	1340	15768	17108	16	533	549	137	2558	2695	5233	44160	49393
2006	3894	25832	29726	1416	16154	17569	18	598	616	136	2503	2638	5464	45086	50550
2007	4055	26440	30495	1491	16461	17952	20	663	683	135	2452	2587	5701	46016	51717
2008	4220	27060	31281	1570	16771	18340	22	727	750	134	2401	2535	5946	46959	52905
2009	4397	27719	32116	1653	17097	18750	24	792	816	133	2350	2483	6207	47958	54166
2010	4578	28392	32970	1739	17427	19166	26	857	883	132	2300	2432	6476	48976	55452
2011	4770	29101	33871	1830	17773	19602	28	922	950	131	2249	2381	6760	50045	56804
2012	4951	29639	34590	1921	17975	19897	30	986	1017	129	2171	2300	7031	50772	57803
2013	5137	30195	35332	2016	18184	20200	32	1051	1083	126	2093	2219	7312	51523	58835
2014	5330	30773	36103	2114	18400	20514	34	1116	1150	124	2015	2139	7602	52304	59906
2015	5524	31345	36869	2212	18609	20821	36	1180	1217	121	1938	2059	7893	53072	60965
2016	5712	31889	37601	2308	18801	21109	38	1245	1283	119	1860	1979	8177	53795	61972
2017	5880	32248	38128	2396	18915	21310	40	1309	1350	116	1772	1887	8431	54244	62675
2018	6051	32617	38668	2485	19030	21515	42	1374	1416	113	1683	1796	8691	54704	63395
2019	6231	33016	39247	2579	19156	21736	44	1438	1482	110	1595	1705	8965	55206	64170
2020	6414	33422	39837	2675	19283	21958	46	1502	1549	107	1507	1614	9242	55714	64957

Source : ProjectionSESA/UCL

Tableau annexe 5.5.1.2 Effectifs des PAI selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2000 à 2020 : Hypothèse basse

Année	Inf. Gradués			Inf. Brevetés			Grad. Acc.			ASH			Total		
	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F
2001	3092	22949	26040	1050	14163	15212	8	271	280	143	2780	2923	4293	40163	44456
2002	3269	23626	26895	1122	14583	15705	10	338	349	141	2724	2866	4543	41271	45814
2003	3433	24229	27662	1192	14976	16168	12	403	416	140	2669	2809	4778	42276	47054
2004	3585	24766	28351	1266	15374	16640	14	468	482	139	2613	2752	5004	43221	48225
2005	3732	25271	29003	1340	15763	17103	16	533	549	137	2558	2695	5225	44125	49350
2006	3883	25783	29666	1413	16140	17553	18	598	616	136	2503	2638	5450	45023	50474
2007	4033	26345	30378	1486	16433	17920	20	663	683	135	2452	2587	5675	45892	51567
2008	4190	26926	31116	1561	16724	18285	22	727	750	134	2401	2535	5907	46778	52686
2009	4348	27504	31851	1640	17027	18667	24	792	816	133	2350	2483	6145	47673	53818
2010	4511	28097	32608	1720	17329	19049	26	857	883	132	2300	2432	6389	48583	54972
2011	4675	28690	33365	1804	17640	19443	28	922	950	131	2249	2381	6638	49500	56139
2012	4823	29092	33915	1887	17803	19690	30	986	1017	129	2171	2300	6869	50053	56922
2013	4973	29497	34470	1972	17967	19939	32	1051	1083	126	2093	2219	7104	50608	57712
2014	5120	29881	35001	2059	18133	20192	34	1116	1150	124	2015	2139	7337	51146	58482
2015	5258	30229	35487	2145	18289	20434	36	1180	1217	121	1938	2059	7561	51635	59196
2016	5391	30549	35940	2229	18424	20653	38	1245	1283	119	1860	1979	7777	52078	59855
2017	5506	30694	36199	2303	18479	20782	40	1309	1350	116	1772	1887	7965	52254	60218
2018	5623	30848	36472	2378	18531	20909	42	1374	1416	113	1683	1796	8157	52436	60593
2019	5740	30994	36734	2456	18588	21044	44	1438	1482	110	1595	1705	8350	52615	60965
2020	5856	31132	36988	2534	18642	21176	46	1502	1549	107	1507	1614	8543	52783	61326

Source : Projection SESA/UCL

Tableau annexe 5.5.2.1. Effectifs de PAI actifs selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse haute

	Inf. Gradués			Inf. Brevetés			Grad. Acc.			ASH			Total		
	Inf. Gradués			Inf. Brevetés			Grad. Acc.			ASH			Total		
	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F
2001	3051	19920	22970	1034	12459	13493	8	268	276	137	2123	2259	4230	34769	38999
2002	3220	20470	23690	1103	12692	13795	10	332	343	135	2058	2194	4468	35553	40021
2003	3376	20946	24322	1169	12899	14068	12	395	408	134	1994	2128	4692	36235	40926
2004	3520	21355	24875	1239	13110	14349	14	458	473	132	1930	2062	4906	36853	41759
2005	3666	21760	25426	1311	13316	14626	16	521	538	131	1866	1997	5124	37463	42587
2006	3813	22152	25965	1383	13512	14895	18	583	601	129	1802	1931	5343	38049	43392
2007	3956	22447	26403	1454	13630	15084	20	643	663	127	1727	1854	5557	38447	44004
2008	4103	22757	26860	1528	13749	15277	22	704	726	125	1652	1777	5778	38862	44640
2009	4261	23102	27363	1607	13883	15490	24	765	789	122	1577	1700	6015	39327	45342
2010	4425	23461	27886	1688	14021	15709	26	825	852	120	1503	1623	6260	39810	46070
2011	4598	23848	28446	1775	14171	15946	28	885	913	118	1428	1546	6519	40332	46852
2012	4754	24125	28879	1858	14266	16124	30	943	973	115	1346	1461	6757	40681	47437
2013	4915	24422	29338	1944	14365	16310	32	1002	1034	111	1265	1376	7003	41054	48057
2014	5083	24737	29821	2034	14469	16503	34	1060	1095	108	1183	1291	7259	41450	48709
2015	5252	25045	30297	2123	14566	16689	36	1119	1155	105	1101	1206	7516	41832	49348
2016	5414	25311	30725	2211	14640	16851	38	1176	1214	101	1020	1121	7765	42148	49912
2017	5552	25481	31033	2289	14662	16951	40	1232	1272	97	939	1035	7978	42314	50292
2018	5694	25661	31355	2368	14683	17051	42	1289	1331	92	858	950	8196	42491	50687
2019	5844	25867	31711	2452	14713	17165	44	1345	1389	88	776	864	8428	42701	51129
2020	5997	26077	32074	2537	14741	17278	46	1401	1447	83	695	779	8664	42914	51578

Source : SESA/UCL

Tableau annexe 5.5.2.2. Effectifs de PAI actifs selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse basse

	Inf. Gradués			Inf. Brevetés			Grad. Acc.			ASH			Total		
	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F
2001	3051	19920	22970	1034	12459	13493	8	268	276	137	2123	2259	4230	34769	38999
2002	3220	20470	23690	1103	12692	13795	10	332	343	135	2058	2194	4468	35553	40021
2003	3376	20946	24322	1170	12899	14068	12	395	408	134	1994	2128	4692	36234	40926
2004	3520	21355	24875	1239	13110	14349	14	458	473	132	1930	2062	4906	36853	41759
2005	3659	21730	25389	1310	13311	14621	16	521	538	131	1866	1997	5116	37428	42544
2006	3802	22103	25905	1380	13499	14879	18	583	601	129	1802	1931	5330	37987	43317
2007	3934	22353	26287	1449	13602	15051	20	643	663	127	1727	1854	5530	38325	43855
2008	4073	22624	26696	1519	13703	15222	22	704	726	125	1652	1777	5739	38683	44422
2009	4212	22890	27102	1593	13814	15407	24	765	789	122	1577	1700	5952	39045	44998
2010	4357	23170	27527	1669	13924	15593	26	825	852	120	1503	1623	6173	39422	45595
2011	4503	23442	27945	1749	14040	15789	28	885	913	118	1428	1546	6398	39795	46194
2012	4626	23586	28212	1824	14097	15920	30	943	973	115	1346	1461	6595	39972	46567
2013	4751	23735	28486	1901	14152	16052	32	1002	1034	111	1265	1376	6796	40153	46948
2014	4873	23861	28734	1979	14207	16186	34	1060	1095	108	1183	1291	6994	40311	47306
2015	4986	23949	28936	2057	14252	16309	36	1119	1155	105	1101	1206	7184	40421	47605
2016	5094	23997	29091	2132	14271	16403	38	1176	1214	101	1020	1121	7365	40465	47830
2017	5179	23959	29138	2196	14236	16433	40	1232	1272	97	939	1035	7512	40366	47878
2018	5267	23933	29200	2261	14196	16457	42	1289	1331	92	858	950	7662	40276	47938
2019	5354	23895	29249	2329	14159	16488	44	1345	1389	88	776	864	7814	40176	47990
2020	5439	23848	29288	2397	14118	16514	46	1401	1447	83	695	779	7965	40063	48028

Source : Projection SESA/UCL

Tableau annexe 5.5.3.1. Effectifs de PAI occupés dans la profession infirmière selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse haute

	Inf. Gradués			Inf. Brevetés			Grad. Acc.			ASH			Total		
	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F
2001	2375	16232	18607	808	10075	10882	7	239	246	99	1631	1730	3289	28176	31466
2002	2498	16663	19161	859	10250	11110	9	296	304	97	1574	1671	3463	28783	32246
2003	2609	17028	19636	908	10402	11310	11	351	362	95	1517	1611	3622	29297	32919
2004	2708	17330	20038	960	10555	11516	12	407	419	93	1459	1552	3773	29751	33524
2005	2808	17627	20435	1013	10703	11715	14	462	476	91	1402	1493	3925	30194	34119
2006	2907	17898	20806	1066	10838	11904	16	514	530	88	1345	1434	4077	30596	34673
2007	3004	18110	21114	1119	10920	12039	17	564	581	86	1284	1370	4225	30878	35103
2008	3105	18336	21441	1172	11003	12175	19	615	634	83	1223	1306	4379	31177	35556
2009	3215	18588	21804	1231	11095	12326	20	666	686	81	1162	1243	4547	31512	36059
2010	3330	18852	22182	1292	11191	12483	22	717	739	78	1101	1179	4721	31861	36582
2011	3450	19136	22586	1356	11300	12656	23	765	788	75	1040	1116	4905	32240	37146
2012	3565	19354	22920	1420	11380	12799	25	809	834	72	978	1050	5082	32521	37603
2013	3684	19595	23278	1485	11461	12946	26	856	882	69	915	985	5264	32827	38091
2014	3806	19845	23652	1552	11545	13097	28	902	930	66	853	919	5453	33145	38597
2015	3927	20090	24017	1619	11623	13242	29	948	977	63	791	854	5639	33452	39091
2016	4039	20289	24328	1683	11678	13361	31	992	1023	60	729	789	5813	33688	39501
2017	4134	20426	24560	1741	11696	13437	32	1035	1067	57	669	726	5964	33826	39790
2018	4232	20573	24804	1797	11713	13510	33	1078	1112	54	609	663	6116	33973	40089
2019	4335	20740	25075	1858	11735	13593	35	1121	1156	50	550	600	6278	34146	40425
2020	4441	20908	25348	1919	11755	13674	36	1165	1201	47	490	537	6442	34318	40761

Source : Projection SESA/UCL

Tableau annexe 5.5.3.2. Effectifs de PAI API selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse basse

	Inf. Gradués			Inf. Brevetés			Grad. Acc.			ASH			Total		
	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F
2001	2375	16232	18607	808	10075	10882	7	239	246	99	1631	1730	3289	28176	31466
2002	2498	16663	19161	859	10250	11110	9	296	304	97	1574	1671	3463	28783	32246
2003	2609	17028	19636	908	10402	11310	11	351	362	95	1517	1611	3622	29297	32919
2004	2708	17330	20038	960	10555	11516	12	407	419	93	1459	1552	3773	29751	33524
2005	2802	17600	20402	1012	10699	11711	14	462	476	91	1402	1493	3918	30163	34081
2006	2898	17855	20753	1064	10826	11889	16	514	530	88	1345	1434	4065	30540	34605
2007	2985	18025	21010	1114	10896	12010	17	564	581	86	1284	1370	4202	30769	34971
2008	3078	18217	21295	1165	10962	12127	19	615	634	83	1223	1306	4345	31017	35362
2009	3173	18399	21572	1219	11033	12253	20	666	686	81	1162	1243	4493	31260	35753
2010	3271	18592	21863	1275	11104	12379	22	717	739	78	1101	1179	4646	31514	36160
2011	3368	18774	22142	1334	11183	12516	23	765	788	75	1040	1116	4800	31762	36562
2012	3455	18874	22329	1390	11228	12618	25	809	834	72	978	1050	4942	31890	36832
2013	3542	18983	22525	1447	11271	12718	26	856	882	69	915	985	5085	32025	37109
2014	3625	19067	22692	1505	11312	12817	28	902	930	66	853	919	5224	32133	37358
2015	3699	19117	22817	1562	11344	12907	29	948	977	63	791	854	5354	32200	37555
2016	3765	19125	22889	1616	11351	12967	31	992	1023	60	729	789	5471	32197	37668
2017	3816	19079	22895	1662	11320	12982	32	1035	1067	57	669	726	5567	32103	37670
2018	3869	19047	22916	1707	11283	12990	33	1078	1112	54	609	663	5663	32018	37681
2019	3921	19004	22924	1754	11248	13002	35	1121	1156	50	550	600	5759	31923	37683
2020	3971	18950	22921	1801	11208	13009	36	1165	1201	47	490	537	5854	31813	37668

Source : Projection SESA/UCL

Tableau annexe 5.5.4.1. Effectifs de PAI API ETP selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse haute

	Inf. Gradués			Inf. Brevetés			Grad. Acc.			ASH			Total		
	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F
2001	2350	14354	16704	799	8877	9676	7	228	235	98	1402	1500	3255	24861	28116
2002	2472	14734	17207	850	9033	9884	9	278	287	96	1354	1450	3428	25400	28827
2003	2582	15051	17633	899	9164	10063	11	328	339	94	1306	1400	3585	25849	29434
2004	2680	15301	17981	950	9292	10242	12	378	390	92	1258	1350	3734	26229	29963
2005	2779	15544	18323	1002	9414	10416	14	428	441	90	1210	1300	3885	26595	30480
2006	2877	15769	18647	1055	9533	10588	15	472	487	87	1162	1250	4035	26937	30972
2007	2973	15936	18908	1107	9603	10711	17	511	528	85	1111	1196	4182	27161	31343
2008	3073	16123	19195	1160	9670	10831	18	553	572	82	1060	1142	4334	27406	31740
2009	3182	16329	19511	1218	9747	10965	20	594	614	80	1009	1088	4500	27679	32179
2010	3295	16551	19846	1278	9830	11108	21	636	658	77	957	1034	4672	27974	32646
2011	3414	16800	20214	1342	9927	11270	23	676	699	74	906	981	4854	28310	33163
2012	3527	16995	20523	1405	9998	11402	24	714	739	71	852	924	5028	28560	33588
2013	3644	17213	20857	1469	10069	11538	26	753	779	68	799	867	5208	28833	34041
2014	3765	17442	21207	1536	10144	11680	27	792	819	65	745	810	5394	29123	34517
2015	3885	17664	21549	1602	10213	11815	29	831	860	62	691	754	5578	29400	34978
2016	3995	17847	21841	1665	10261	11926	30	869	899	59	638	697	5750	29614	35364
2017	4089	17971	22060	1722	10278	12000	32	905	937	56	586	642	5899	29740	35640
2018	4185	18100	22286	1778	10293	12071	33	943	976	53	534	587	6049	29869	35919
2019	4288	18251	22539	1838	10315	12152	34	980	1014	50	482	531	6210	30027	36237
2020	4392	18402	22794	1898	10335	12233	36	1017	1053	46	430	476	6372	30184	36556

Source : Projection SESA/UCL

Tableau annexe 5.5.4.2. Effectifs de PAI API ETP selon la qualification et le sexe en CFGB projetés de 2001 à 2020, hypothèse basse

	Inf. Gradués			Inf. Brevetés			Grad. Acc.			ASH			Total		
	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F	Hommes	Femmes	H + F
2001	2350	14354	16704	799	8877	9676	7	228	235	98	1402	1500	3255	24861	28116
2002	2472	14734	17207	851	9033	9884	9	278	287	96	1354	1450	3428	25400	28827
2003	2582	15051	17633	899	9164	10063	11	328	339	94	1306	1400	3585	25849	29435
2004	2680	15301	17981	950	9292	10242	12	378	390	92	1258	1350	3734	26229	29964
2005	2773	15517	18291	1002	9410	10411	14	428	442	90	1210	1300	3878	26565	30443
2006	2868	15727	18595	1053	9522	10574	16	472	487	87	1162	1250	4024	26883	30907
2007	2954	15854	18808	1103	9580	10682	17	511	528	85	1111	1196	4159	27056	31215
2008	3046	16008	19054	1153	9631	10784	19	553	572	82	1060	1142	4300	27251	31551
2009	3139	16148	19287	1207	9687	10894	20	594	615	80	1009	1088	4446	27438	31884
2010	3237	16302	19539	1262	9746	11008	22	636	658	77	957	1034	4598	27642	32240
2011	3332	16456	19788	1320	9816	11136	23	676	699	74	906	981	4750	27854	32604
2012	3418	16539	19957	1375	9854	11229	25	714	739	71	852	924	4890	27959	32849
2013	3504	16633	20137	1432	9889	11321	26	753	779	68	799	867	5030	28074	33104
2014	3586	16708	20293	1489	9924	11414	28	792	820	65	745	810	5168	28169	33337
2015	3659	16750	20409	1546	9952	11497	29	831	860	62	691	754	5296	28224	33520
2016	3723	16757	20481	1599	9956	11555	31	869	899	59	638	697	5412	28220	33632
2017	3774	16716	20490	1644	9929	11573	32	905	937	56	586	642	5506	28136	33642
2018	3826	16687	20514	1688	9897	11585	33	943	976	53	534	587	5601	28061	33661
2019	3877	16651	20528	1735	9868	11602	35	980	1015	50	482	531	5696	27981	33677
2020	3926	16607	20534	1781	9835	11616	36	1017	1053	46	430	476	5790	27889	33679

Source : Projection SESA/UCL

Tableau Annexe 5.6.3.1. Effectifs de soignantes APS en CFGB par catégorie d'âge, projection 2001 - 2020, Hypothèse basse, 33% d'APS parmi les nouvelles certifiées

	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Total
2001	5436	2590	5255	6666	5966	4330	2431	1140	247	34061
2002	5581	2933	4483	6518	6171	4526	2654	1298	293	34456
2003	5578	3312	3771	6370	6376	4724	2876	1454	339	34800
2004	5529	3739	3016	6222	6581	4921	3098	1611	384	35100
2005	5522	4218	2254	6073	6786	5119	3320	1766	429	35489
2006	5482	4518	2431	5297	6638	5302	3479	1946	499	35591
2007	5524	4644	2753	4518	6491	5485	3639	2125	568	35746
2008	5569	4655	3109	3801	6343	5669	3799	2303	637	35884
2009	5686	4635	3509	3040	6196	5852	3958	2482	705	36064
2010	5775	4599	3960	2273	6049	6035	4118	2661	774	36243
2011	5868	4561	4241	2451	5276	5904	4267	2790	853	36210
2012	5950	4574	4359	2776	4500	5773	4415	2919	932	36197
2013	5970	4610	4370	3135	3786	5642	4564	3048	1011	36135
2014	5902	4701	4351	3539	3028	5513	4712	3177	1090	36013
2015	5808	4777	4318	3993	2265	5383	4861	3306	1168	35878
2016	5745	4862	4282	4276	2442	4694	4756	3427	1226	35711
2017	5703	4931	4294	4396	2766	4005	4652	3547	1283	35577
2018	5648	4970	4328	4407	3124	3370	4548	3668	1340	35404
2019	5640	4944	4414	4388	3527	2696	4445	3788	1398	35239
2020	5655	4877	4485	4355	3980	2016	4341	3909	1455	35071

Tableau annexe 5.6.3.2. Effectifs de soignantes APS en CFGB par catégorie d'âge, projection 2001 - 2020, Hypothèse haute, 50% d'APS parmi les nouvelles diplômées

	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Total
2001	8236	3924	5480	6666	5966	4330	2431	1140	247	38421
2002	8457	4444	4931	6518	6171	4526	2654	1298	293	39291
2003	8452	5018	4473	6370	6376	4724	2876	1454	339	40082
2004	8377	5665	3950	6222	6581	4921	3098	1611	384	40808
2005	8367	6392	3416	6073	6786	5119	3320	1766	429	41668
2006	8306	6845	3683	5524	6638	5302	3479	1946	499	42222
2007	8369	7036	4171	4970	6491	5485	3639	2125	568	42854
2008	8438	7053	4710	4510	6343	5669	3799	2303	637	43461
2009	8615	7023	5317	3982	6196	5852	3958	2482	705	44131
2010	8750	6968	6000	3444	6049	6035	4118	2661	774	44798
2011	8891	6910	6425	3714	5502	5904	4267	2790	853	45256
2012	9015	6930	6604	4206	4951	5773	4415	2919	932	45744
2013	9045	6985	6621	4750	4492	5642	4564	3048	1011	46157
2014	8942	7123	6593	5362	3967	5513	4712	3177	1090	46478
2015	8800	7238	6542	6050	3431	5383	4861	3306	1168	46778
2016	8705	7367	6488	6479	3700	4896	4756	3427	1226	47044
2017	8641	7471	6506	6660	4191	4406	4652	3547	1283	47358
2018	8558	7531	6558	6677	4733	3998	4548	3668	1340	47612
2019	8545	7491	6688	6649	5344	3531	4445	3788	1398	47877
2020	8568	7389	6795	6598	6030	3055	4341	3909	1455	48139

Source : SESA/UCL

APS : actives dans une profession soignante, y compris les demandeurs d'emploi inoccupés

Tableau annexe 5.6.4.1. Effectifs ETP de soignantes APS et ayant un emploi, en CFGB par catégorie d'âge, projection 2001 - 2020, Hypothèse basse, 33 % d'actives en santé parmi les nouvelles diplômées

	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Total
2001	3708	1731	3457	4539	4127	3025	1643	787	171	23187
2002	3807	1961	2949	4438	4269	3163	1793	895	202	23477
2003	3805	2214	2481	4337	4410	3301	1943	1003	234	23728
2004	3771	2499	1984	4236	4552	3439	2093	1111	265	23951
2005	3767	2820	1483	4136	4694	3576	2243	1219	296	24234
2006	3739	3020	1599	3607	4592	3704	2350	1342	344	24299
2007	3768	3104	1811	3077	4490	3832	2458	1466	392	24398
2008	3799	3112	2045	2588	4388	3960	2566	1589	439	24487
2009	3879	3098	2309	2070	4286	4088	2674	1713	487	24604
2010	3939	3074	2605	1548	4185	4216	2782	1836	534	24719
2011	4003	3049	2790	1669	3650	4125	2882	1925	589	24681
2012	4058	3057	2868	1890	3113	4033	2983	2014	643	24660
2013	4072	3081	2875	2135	2619	3942	3083	2103	697	24608
2014	4026	3143	2863	2410	2095	3851	3183	2192	752	24514
2015	3962	3193	2841	2719	1567	3761	3284	2281	806	24412
2016	3919	3250	2817	2912	1689	3280	3213	2364	846	24291
2017	3890	3296	2825	2993	1913	2798	3143	2447	885	24191
2018	3853	3323	2847	3001	2161	2354	3073	2530	925	24067
2019	3847	3305	2904	2988	2440	1883	3003	2614	964	23947
2020	3857	3260	2951	2965	2753	1409	2933	2697	1004	23827

Source : SESA/UCL

Tableau annexe 5.6.4.2. Effectifs ETP de soignantes APS et ayant un emploi, en CFGB par catégorie d'âge, projection 2001 - 2020, Hypothèse haute, 50 % d'actives en santé parmi les nouvelles diplômées

	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Total
2001	5770	2694	3703	4662	4239	3107	1687	808	175	26845
2002	5925	3051	3332	4558	4384	3248	1841	919	208	27467
2003	5921	3445	3023	4455	4530	3390	1995	1031	240	28030
2004	5869	3889	2669	4351	4676	3532	2150	1141	272	28548
2005	5862	4388	2308	4248	4822	3673	2304	1252	304	29160
2006	5819	4699	2489	3863	4716	3805	2414	1379	353	29538
2007	5864	4830	2818	3476	4612	3936	2525	1506	402	29969
2008	5912	4842	3183	3154	4507	4068	2636	1632	451	30384
2009	6036	4821	3593	2785	4402	4199	2746	1759	500	30842
2010	6130	4784	4054	2409	4298	4330	2857	1885	548	31296
2011	6229	4744	4342	2597	3909	4236	2960	1977	604	31600
2012	6316	4758	4463	2942	3517	4143	3064	2068	660	31930
2013	6337	4795	4474	3322	3192	4049	3167	2160	716	32211
2014	6265	4890	4455	3750	2818	3956	3270	2251	772	32427
2015	6165	4969	4421	4231	2438	3862	3373	2343	828	32629
2016	6099	5058	4384	4531	2629	3513	3300	2428	869	32811
2017	6054	5129	4396	4658	2978	3162	3228	2514	909	33027
2018	5996	5170	4431	4670	3363	2869	3156	2599	950	33204
2019	5987	5143	4519	4650	3797	2534	3084	2684	990	33387
2020	6003	5073	4592	4614	4284	2192	3012	2770	1031	33570

Source : SESA/UCL

Tableau Annexe 6.2.1.1. Projection des PAI et soignantes en hôpital par qualification selon deux variantes de chaque scénario: CFGB 2001-2020

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sc1 Var1	PAI + Sgts	26271	26392	26440	26474	26533	26609	26688	26819	26972	27125	27271	27417	27558	27704	27856	28012	28173	28337	28507	28683
	PAI	19735	19859	19908	19969	20049	20141	20259	20429	20603	20777	20944	21163	21376	21597	21821	22049	22301	22556	22815	23079
	Sgts	6536	6532	6531	6506	6483	6468	6429	6390	6368	6348	6327	6254	6181	6107	6035	5964	5872	5781	5692	5604
	ASH	735	709	683	658	632	606	580	554	528	502	476	451	425	399	373	347	321	295	269	244
	Infi + acc	19000	19150	19225	19311	19418	19535	19679	19875	20075	20275	20467	20712	20952	21199	21448	21702	21980	22261	22546	22835
	54 bis	0	32	63	95	127	158	217	276	335	394	452	562	671	780	889	998	1129	1260	1391	1522
SC1 Var 2	PAI + SGTS	26271	26392	26440	26474	26533	26609	26688	26819	26972	27125	27271	27417	27558	27704	27856	28012	28173	28337	28507	28683
	PAI	19735	19828	19845	19874	19923	19983	20042	20154	20269	20384	20491	20601	20706	20817	20932	21050	21171	21296	21424	21557
	Sgts	6536	6564	6595	6600	6610	6626	6646	6666	6703	6741	6780	6815	6852	6887	6924	6962	7001	7042	7083	7126
	ASH	735	709	683	658	632	606	580	554	528	502	476	451	425	399	373	347	321	295	269	244
	Infi + acc	19000	19119	19162	19216	19291	19377	19462	19600	19740	19881	20015	20151	20281	20419	20559	20703	20850	21001	21155	21313
	cr infir	0	182	364	546	728	909	1001	1092	1183	1273	1364	1455	1546	1637	1728	1819	1910	2001	2092	2183
Sc2 Var1	PAI + Sgts	26271	26574	26804	27020	27260	27519	27689	27911	28154	28398	28635	28872	29104	29341	29584	29831	30083	30338	30599	30866
	PAI	19735	20041	20272	20514	20777	21050	21259	21521	21786	22051	22308	22618	22923	23235	23549	23868	24211	24557	24907	25262
	Sgts	6536	6532	6531	6506	6483	6468	6429	6390	6368	6348	6327	6254	6181	6107	6035	5964	5872	5781	5692	5604
	ASH	735	709	683	658	632	606	580	554	528	502	476	451	425	399	373	347	321	295	269	244
	Infi +acc	19182	19332	19589	19857	20145	20445	20680	20967	21258	21548	21832	22168	22498	22836	23176	23521	23890	24262	24638	25018
Sc 2 Var 2	PAI + Sgts	26271	26574	26804	27020	27260	27519	27689	27911	28154	28398	28635	28872	29104	29341	29584	29831	30083	30338	30599	30866
	PAI	19735	20010	20209	20419	20650	20892	21042	21245	21451	21657	21856	22057	22252	22455	22660	22869	23081	23297	23516	23740
	Sgts	6536	6564	6595	6600	6610	6626	6646	6666	6703	6741	6780	6815	6852	6887	6924	6962	7001	7042	7083	7126
	ASH	735	709	683	658	632	606	580	554	528	502	476	451	425	399	373	347	321	295	269	244
	Infi +acc	19182	19482	19707	19944	20201	20378	20553	20782	21014	21246	21470	21697	21918	22147	22378	22613	22851	23093	23338	23584

Source SESA/UCL

SC1=Scénario 1, SC2= Scénario 2, VAR1= Variante 1, VAR2=Variante2, Infi=Infirmières, Acc=Accoucheuses, Sgts=Soignantes

Tableau Annexe 6.2.2.1. Projection du nombre de résidents en maisons de repos selon que les taux d'hébergement restent constants ou sont décroissants grâce à une augmentation de l'EVSI : CFGB, 2001-2020 (Source : SESA/UCL)

N résidents à taux constants																						
	Tx d'hébergement en 2001	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Taux d'hébergement en 2020
<60	0,05%	1786	1800	1813	1819	1823	1827	1825	1822	1820	1818	1816	1815	1814	1813	1811	1809	1808	1806	1804	1801	0,05%
60-64	0,55%	1063	1028	1006	1001	1012	1036	1146	1248	1326	1382	1442	1434	1431	1430	1439	1449	1467	1482	1499	1518	0,55%
65-69	1,10%	2126	2059	2008	2002	1998	1981	1918	1880	1874	1898	1947	2156	2350	2499	2608	2722	2711	2708	2709	2731	1,10%
70-74	2,29%	4251	4247	4233	4160	4085	3949	3835	3749	3748	3749	3723	3611	3546	3545	3598	3702	4108	4484	4775	4989	2,29%
75-79	5,17%	8229	8278	8215	8167	8099	8113	8132	8127	8005	7881	7641	7442	7302	7322	7347	7308	7100	6986	7012	7146	5,17%
80-84	13,48%	10763	10738	12006	13137	13765	13789	13719	13666	13641	13586	13670	13763	13802	13635	13463	13100	12813	12627	12715	12809	13,48%
85-89	27,06%	14057	14195	12979	11999	12189	14143	16256	18155	19788	20734	20902	20906	20932	21006	21033	21329	21596	21763	21577	21383	27,06%
90-94	51,26%	10353	10541	10887	11172	11567	11251	10519	9637	9007	9447	11286	13077	14552	15772	16533	16799	16925	17047	17232	17387	51,26%
95-99	78,92%	3366	3510	3709	3906	4017	4203	4332	4513	4676	4881	4735	4397	4028	3815	4174	5171	6040	6669	7175	7520	78,92%
100+	90,00%	392	452	470	505	542	568	595	634	669	684	714	742	769	797	832	795	726	664	635	731	90,00%
Total		56385	56849	57326	57868	59095	60859	62275	63431	64553	66059	67876	69344	70526	71633	72839	74184	75294	76236	77132	78015	
Indice 2001=1		1,00	1,01	1,02	1,03	1,05	1,08	1,10	1,12	1,14	1,17	1,20	1,23	1,25	1,27	1,29	1,32	1,34	1,35	1,37	1,38	
Indice 2005=1						1,00	1,03	1,05	1,07	1,09	1,12	1,15	1,17	1,19	1,21	1,23	1,26	1,27	1,29	1,31	1,32	
																						Taux
Résidents avec augmentation de l'ESI de 5 ans en 20ans																						d'hébergement
	0,05%	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	en 2020
<60	0,55%	1786	1800	1813	1819	1823	1827	1825	1822	1820	1818	1816	1815	1814	1813	1811	1809	1808	1806	1804	1801	0,05%
60-64	1,10%	1063	1001	953	922	905	900	965	1018	1047	1055	1062	1019	979	940	909	877	850	819	789	759	0,27%
65-69	2,29%	2126	2005	1902	1844	1787	1719	1614	1533	1479	1447	1433	1530	1606	1642	1645	1645	1567	1493	1422	1362	0,55%
70-74	5,17%	4251	4131	4001	3819	3639	3409	3206	3032	2929	2827	2706	2526	2383	2286	2222	2185	2312	2401	2426	2399	1,10%
75-79	13,48%	8229	7914	7617	7337	7042	6819	6600	6362	6035	5714	5319	4966	4662	4463	4267	4033	3713	3452	3262	3118	2,29%
80-84	27,06%	10763	11882	12839	13561	13698	13210	12633	12077	11549	10998	10559	10120	9636	9013	8399	7686	7042	6471	6044	5614	5,17%
85-89	51,26%	14057	13184	12055	11144	11321	13136	15098	16862	18378	19257	19413	19417	19441	19510	19535	19810	20057	20213	20040	19860	27,06%
90-94	78,92%	10353	10585	10932	11218	11615	11298	10562	9677	9044	9487	11333	13131	14612	15838	16601	16868	16996	17118	17304	17459	51,26%
95-99	90,00%	3366	3510	3709	3906	4017	4203	4332	4513	4676	4881	4735	4397	4028	3815	4174	5171	6040	6669	7175	7520	78,92%
100+		392	452	470	505	542	568	595	634	669	684	714	742	769	797	832	795	726	664	635	731	90,00%
Total		56385	56465	56292	56074	56387	57088	57431	57530	57626	58167	59091	59664	59930	60116	60395	60879	61110	61106	60901	60622	
Indice 2001=1		1,00	1,00	1,00	0,99	1,00	1,01	1,02	1,02	1,02	1,03	1,05	1,06	1,06	1,07	1,07	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	
Indice 2005=1						1,00	1,01	1,02	1,02	1,02	1,03	1,05	1,06	1,06	1,07	1,07	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	

Tableau Annexe 6.2.2.2. Perspectives d'évolution de la demande de personnel infirmier et soignant en maison de repos : CFGB 2001-2020

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Reconversion en MRS																					
	PAI	5262	5444	5626	5808	5990															
	Soignants	8001	8241	8482	8722	8962															
Besoins nouveaux liés à la démographie																					
Scénario1	PAI						6168	6312	6429	6543	6696	6880	7029	7148	7261	7383	7519	7632	7727	7818	7907
	Soignants						9229	9444	9619	9790	10018	10293	10516	10695	10863	11046	11250	11418	11561	11697	11830
Scénario 2	PAI						6064	6101	6111	6121	6179	6277	6338	6366	6386	6415	6467	6491	6491	6469	6440
	Soignants						9110	9202	9251	9295	9404	9562	9663	9717	9760	9817	9910	9961	9972	9946	9908
Indices de croissance																					
Scénario1	PAI	100	103	107	110	114	117	120	122	124	127	131	134	136	138	140	143	145	147	149	150
	Soignants	100	103	106	109	112	115	118	120	122	125	129	131	134	136	138	141	143	144	146	148
Scénario2	PAI	100	103	107	110	114	115	116	116	116	117	119	120	121	121	122	123	123	123	123	122
	Soignants	100	103	106	109	112	114	115	116	116	118	120	121	121	122	123	124	124	125	124	124

Tableau Annexe 6.3.1.1. Projection de la demande de PAI selon plusieurs scénarios : CFGB, 2001-2020 (Source : SESA/UCL)

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
H1 : Sc2 Var1	Hôpital	19735	20041	20272	20514	20777	21050	21259	21521	21786	22051	22308	22618	22923	23235	23549	23868	24211	24557	24907	25262
H2 : Sc2 Var2	Hôpital	19735	20010	20209	20419	20650	20892	21042	21245	21451	21657	21856	22057	22252	22455	22660	22869	23081	23297	23516	23740
H3 : Sc1 Var1	Hôpital	19735	19859	19908	19969	20049	20141	20259	20429	20603	20777	20944	21163	21376	21597	21821	22049	22301	22556	22815	23079
H4 : Sc1 Var2	Hôpital	19735	19828	19845	19874	19923	19983	20042	20154	20269	20384	20491	20601	20706	20817	20932	21050	21171	21296	21424	21557
M1 : Sc1	MRPA-MRS	5262	5444	5626	5808	5990	6168	6312	6429	6543	6695	6880	7028	7148	7260	7383	7519	7631	7727	7818	7907
M2 : Sc2	MRPA-MRS	5262	5444	5626	5808	5990	6064	6101	6111	6121	6179	6277	6338	6366	6386	6415	6467	6491	6491	6469	6440
S1 : Sc1	SIAD	3295	3483	3671	3858	4046	4234	4422	4610	4798	4985	5173	5361	5549	5737	5924	6112	6300	6488	6676	6863
S2 : Sc2	SIAD	3295	3336	3369	3404	3451	3502	3546	3583	3621	3667	3723	3774	3819	3862	3903	3940	3976	4014	4056	4100
A	Autres	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560	2560
Scénarios PAI																					
Sc1 : Maxi	H1+M1+S1+A	30852	31528	32129	32741	33373	34013	34553	35120	35686	36291	36921	37568	38180	38792	39416	40059	40702	41332	41960	42592
Sc2 : Haut	H1+M2+S1+A	30852	31528	32129	32741	33373	33908	34342	34802	35264	35775	36318	36877	37397	37917	38449	39007	39562	40096	40612	41125
Sc3 : Moyen	H2+M2+S1+A	30852	31496	32065	32646	33246	33750	34125	34526	34930	35381	35866	36316	36727	37137	37560	38009	38432	38836	39221	39603
Sc4 : Bas	H3+M1+S2+A	30852	31199	31464	31740	32050	32371	32677	33002	33327	33700	34106	34525	34904	35280	35667	36067	36468	36856	37249	37645
Sc5 : Mini	H4+M2+S2+A	30852	31168	31400	31646	31923	32109	32249	32408	32570	32790	33051	33273	33451	33626	33810	34017	34199	34361	34509	34657
	-> 35h/sem 2020																				
Sc1 : Maxi	H1+M1+S1+A	30852	31659	32396	33149	33928	34720	35415	36141	36872	37649	38455	39285	40083	40887	41709	42556	43408	44251	45099	45954
Sc2 : Haut	H1+M2+S1+A	30852	31659	32396	33149	33928	34613	35199	35814	36437	37113	37827	38563	39262	39965	40685	41438	42192	42928	43649	44372
Sc3 : Moyen	H2+M2+S1+A	30852	31627	32332	33053	33799	34451	34976	35530	36091	36705	37356	37975	38558	39143	39744	40377	40988	41579	42154	42730
Sc4 : Bas	H3+M1+S2+A	30852	31329	31725	32136	32583	33044	33491	33962	34435	34960	35523	36103	36644	37186	37742	38315	38893	39460	40035	40617
Sc5 : Mini	H4+M2+S2+A	30852	31297	31661	32040	32454	32776	33053	33351	33653	34016	34424	34794	35119	35442	35777	36137	36472	36788	37090	37393
Indices de croissance																					
Sc1 : Maxi	H1+M1+S1+A	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136	138
Sc2 : Haut	H1+M2+S1+A	100	102	104	106	108	110	111	113	114	116	118	120	121	123	125	126	128	130	132	133
Sc3 : Moyen	H2+M2+S1+A	100	102	104	106	108	109	111	112	113	115	116	118	119	120	122	123	125	126	127	128
Sc4 : Bas	H3+M1+S2+A	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	111	112	113	114	116	117	118	119	121	122
Sc5 : Mini	H4+M2+S2+A	100	101	102	103	103	104	105	105	106	106	107	108	108	109	110	110	111	111	112	112
	-> 35h/sem 2020																				
Sc1 : Maxi	H1+M1+S1+A	100	103	105	107	110	113	115	117	120	122	125	127	130	133	135	138	141	143	146	149
Sc2 : Haut	H1+M2+S1+A	100	103	105	107	110	112	114	116	118	120	123	125	127	130	132	134	137	139	141	144
Sc3 : Moyen	H2+M2+S1+A	100	103	105	107	110	112	113	115	117	119	121	123	125	127	129	131	133	135	137	138
Sc4 : Bas	H3+M1+S2+A	100	102	103	104	106	107	109	110	112	113	115	117	119	121	122	124	126	128	130	132
Sc5 : Mini	H4+M2+S2+A	100	101	103	104	105	106	107	108	109	110	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121

Tableau Annexe 6.3.2.1. Projection de la demande de soignants APS ETP selon plusieurs scénarios : C FGB, 2001-2020

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
H1 Sc1 Var2	Hôpital	6536	6564	6595	6600	6610	6626	6646	6666	6703	6741	6780	6815	6852	6887	6924	6962	7001	7042	7083	7126
H2 Sc1 Var1	Hôpital	6536	6532	6531	6506	6483	6468	6429	6390	6368	6348	6327	6254	6181	6107	6035	5964	5872	5781	5692	5604
M1 : Tx cst	MRPA & MRS	8001	8241	8482	8722	8962	9229	9444	9619	9790	10018	10293	10516	10695	10863	11046	11250	11418	11561	11697	11830
M2 : Tx décr,	MRPA & MRS	8001	8241	8482	8722	8962	9110	9202	9251	9295	9404	9562	9663	9717	9760	9817	9910	9961	9972	9946	9908
S1 : Tx crsts	SAD	4993	5278	5562	5847	6131	6416	6701	6985	7270	7554	7839	8124	8408	8693	8977	9262	9547	9831	10116	10400
S2 : Tx cst	SAD	4993	5055	5106	5158	5229	5306	5373	5430	5486	5557	5641	5718	5787	5853	5915	5970	6025	6082	6146	6213
A	Autres	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688	3688
Scénarios soignants																					
Sc1 Maxi	H1+M1+S1+A	23218	23771	24326	24857	25391	25960	26479	26958	27450	28002	28600	29143	29643	30131	30635	31162	31654	32122	32584	33044
Sc2 Haut	H2+M2+S1+A	23218	23739	24263	24762	25265	25682	26019	26314	26622	26994	27416	27729	27994	28247	28517	28824	29067	29272	29442	29600
Sc3 Bas	H2+M1+S2+A	23218	23517	23807	24073	24362	24692	24935	25127	25332	25610	25950	26176	26352	26511	26683	26872	27003	27112	27223	27334
-> 35h/sem en 2020																					
Sc1 Maxi		23218	23869	24529	25167	25813	26499	27139	27743	28363	29049	29788	30475	31121	31758	32417	33104	33759	34391	35021	35653
Sc2 Haut		23218	23838	24465	25071	25685	26215	26668	27079	27506	28003	28555	28996	29390	29773	30176	30620	31000	31340	31644	31937
Sc3 Bas		23218	23614	24005	24374	24767	25205	25556	25858	26174	26568	27028	27373	27665	27943	28236	28547	28799	29028	29259	29492
Indices d'évolution 2001=100																					
Sc1 Maxi		100	102	105	107	109	112	114	116	118	121	123	126	128	130	132	134	136	138	140	142
Sc2 Haut		100	102	105	107	109	111	112	113	115	116	118	119	121	122	123	124	125	126	127	127
Sc3 Bas		100	101	103	104	105	106	107	108	109	110	112	113	113	114	115	116	116	117	117	118
-> 35h/sem en 2020																					
Sc1 Maxi		100	103	106	108	111	114	117	119	122	125	128	131	134	137	140	143	145	148	151	154
Sc2 Haut		100	103	105	108	111	113	115	117	118	121	123	125	127	128	130	132	134	135	136	138
Sc3 Bas		100	102	103	105	107	109	110	111	113	114	116	118	119	120	122	123	124	125	126	127

Source : SESA/UCL

LISTE DES PUBLICATIONS

1. Dans le cadre de la recherche :

Manpower Planning :Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale, 2000 -2010 -2020,

1.1. Communauté française et Communauté germanophone

LEROY X., HUBIN M., SALHI M., STORDEUR S., DRAELANTS H., DE BACKER B. (2002), *Manpower Planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020. Tome 1. Soins de santé et aide sociale: Les champs d'activité*, SESA-UCL, Bruxelles, 263 + 57 p.

LEROY X., HUBIN M., SALHI M., STORDEUR S., DRAELANTS H., DE BACKER B. (2002), *Manpower Planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020. Tome 2. Le personnel infirmier et soignant: de 1995 à 2000 et de 2001 à 2020*, SESA-UCL, Bruxelles, 215 + 44 p.

DE BACKER B. (2002), *Manpower Planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020. Tome 3. Les travailleurs sociaux: situation en 2000*, SESA-UCL, Bruxelles, 86 p.

LEROY X., BERDI M., HUBIN M., SALHI M., STORDEUR S., DRAELANTS H., DE BACKER B. (2002), *Manpower Planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale, Edition électronique, (CD-ROM)*, SESA-UCL, Bruxelles.

1.2. Communauté flamande

PACOLET J., COUDRON V., STROBBE S. & DEWILDE S. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 1. Het aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2000*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

PACOLET J., VAN DE PUTTE I., MARCHAL A., CATTART G., DEGREEF T., VERBRUGGHE K. & DEWILDE S. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de*

- zorgsector en de socioculturele sector. Deel 2. De vraag naar zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2000*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- PACOLET J., VAN DE PUTTE I., CATTART G., COUDRON V., DEGREEF T. & VERBRUGGHE K. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 3. Prognose tot 2005 en scenario's tot 2020 voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- MARCHAL A. & PACOLET J. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 4. De socioculturele sector in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2010*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- PACOLET J., VAN DE PUTTE I., CATTART G. & COUDRON V. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 5. Synthèse voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2020*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- PACOLET J., VAN DE PUTTE I., MARCHAL A., CATTART G., COUDRON V., DEGREEF T., VERBRUGGHE K. & DEWILDE S. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 7. Elektronische bijlage (CD-ROM)*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

1.3. Belgique

- LEROY X. & PACOLET J. (2002), *Manpower Planning dans le champ de la santé et de l'aide sociale. Synthèse pour la Belgique 1995-2020*, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven. .
- PACOLET J. & LEROY X. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6. Synthèse voor de zorgsector in België 1995-2020*, HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Brussel.

2. Dans le cadre de la recherche précédente :

Offre et demande de travail infirmier et soignant : Projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010

2.1. Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier

2.1.1 Communauté française et Communauté germanophone

LECLERCQ A., LORANT V. & LEROY X. (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 1: Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier*, SESA-UCL, Bruxelles, 276 p.

2.1.2 Communauté flamande

DE MAN P., DESCHAMPS M., PACOLET J. & GOS E. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 1: Verpleegkundigen en het verplegend werk*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 308 p.

2.1.3 Belgique

LECLERCQ A., DESCHAMPS M., LEROY X., PACOLET J., LORANT V. & GOS E. (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 1: Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier*, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven, 260 p.

DESCHAMPS M., LECLERCQ A., PACOLET J., LEROY X., GOS E. & LORANT V. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 1: Verpleegkundigen en het verplegend werk*, HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Bruxelles, 260 p.

2.2. Travail soignant et soignants qualifiés

2.2.1 Communauté française et Communauté germanophone

LECLERCQ A. & LEROY X. (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, projections*

jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 2: Travail soignant et soignants qualifiés, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven, 184 p.

2.2.2. Communauté flamande

LANOYE H., DESCHAMPS M., PACOLET J. & GOS E. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 2: Gekwalificeerd verzorgenden en het verzorgend werk, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 262 p.*

2.2.3. Belgique

LECLERCQ A., DESCHAMPS M., LEROY X., PACOLET J., LANOYE H. & GOS E. (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 2: Travail soignant et soignants qualifiés, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven, 170 p.*

DESCHAMPS M., LECLERCQ A., PACOLET J., LEROY X., LANOYE H. & GOS E. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 2: Gekwalificeerd verzorgenden en het verzorgend werk, HIVA-K.U.Leuven/ SESA-UCL, Leuven/Bruxelles, 208 p.*

Information et commandes :

SESA / UCL, Clos Chapelle aux Champs, 30.41, B-1200 Bruxelles

Fax 32 2 764 30 31

E-mail: Vanbell@sesa.ucl.ac.be

HIVA-K.U.Leuven, E. Van Evenstraat 2e, B-3000 Leuven

Fax +32 16 32 33 44

E-mail: Liesbeth.Villa@hiva.kuleuven.ac.be