



SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE
HEALTH SYSTEMS RESEARCH
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE
UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Hoger Instituut voor Arbeid
Katholieke Universiteit Leuven

Manpower Planning Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale

Tome 4. Synthèse pour la Belgique, 1995-2020

Xavier Leroy, Jozef Pacolet, Griet Cattaert, Véronique Coudron

Recherche commanditée par AFOSOC – Association des Fonds Sociaux du secteur non marchand, le Fonds Social pour les Hôpitaux Privés, *Het Sociaal Fonds voor het Sociaal-Cultureel werk van de Vlaamse Gemeenschap*, le Fonds Social MR-MRS, le Fonds social des Institutions et Services d'Aide aux Jeunes et aux Handicapés, *Het Sociaal Fonds voor de Vlaamse Opvoeding en Huisvestingsinrichtingen* et le Fonds Social européen



Met de steun van
de Europese Unie
Dienst Europees
Sociaal Fonds



Avec le Soutien
de l'Union européenne
Fonds Social
Européen

AFOSOC-VESOFO



Hoger instituut voor de arbeid
Katholieke Universiteit Leuven



Université catholique de Louvain
Ecole de santé publique
Recherche sur les systèmes de santé
SESA – Socio Economie de la Santé

Plus est en vous.

Manpower planning dans le champ de la santé et de l'aide sociale

Tome 4. Synthèse pour la Belgique, 1995-2020

Xavier Leroy, Jozef Pacolet, Griet Cattaert, Véronique Coudron

Recherche commanditée par AFOSOC – Association des Fonds Sociaux du secteur non marchand, le Fonds Social pour les Hôpitaux Privés, *Het Sociaal Fonds voor het Sociaal-Cultureel werk van de Vlaamse Gemeenschap*, le Fonds Social MR-MRS, le Fonds social des Institutions et Services d'Aide aux Jeunes et aux Handicapés, *Het Sociaal Fonds voor de Vlaamse Opvoeding en Huisvestingsinrichtingen* et le Fonds Social européen

*Aux professionnels de la santé, avec une
grande estime pour la dignité de leur
précieux travail aux valeurs multiples.*

Pour le droit et le bien-être du patient.

‘Ne méprisez pas les prophètes, mais vérifiez tout et conservez ce qui est bon’ (Thess.I 5:20).

PREFACE

Les économistes, dit-on, ont la fâcheuse réputation d'inventer des chiffres même lorsqu'ils n'en trouvent pas. Les non-économistes, quant à eux, ont parfois tendance à nier les chiffres, même lorsqu'ils existent. L'exercice de planification du personnel dans le champ de la santé et de l'aide sociale qui a été réalisé une nouvelle fois dans les Communautés flamande, française et germanophone a au moins le mérite d'avoir été aussi loin que possible dans la quête de données chiffrées pertinentes relatives aux 'ressources humaines' dans le champ de la santé.

La collaboration entre l'HIVA et le SESA, qui s'est poursuivie à cet effet pendant cinq ans à la demande d'AFOSOC et des organismes qui en font partie, a produit une petite bibliothèque de rapports, dont nous avons ici sélectionné les principaux éléments en guise de synthèse. Les deux équipes de chercheurs ont utilisé des méthodes et des sources parfois différentes mais le plus souvent comparables si bien qu'elles aboutissent à une unité de perception et d'analyse. La confrontation des deux approches dans cette synthèse renforce le travail effectué et en illustre la nécessité, mais aussi la fragilité. Pour se prononcer sur les problèmes de personnel dans le secteur des soins, tant actuels que futurs, il est indispensable d'en disposer une image précise et exhaustive. Dans la série de nos rapports spécifiques à chaque communauté et secteur d'activité, nous avons déjà souligné combien ces approches deviennent d'autant plus utiles que ce champ d'activité opère non seulement une profonde mutation, mais qu'il est aussi, indiscutablement, en pleine expansion.

Dans la synthèse 2002 pour la Flandre, nous avons conclu que la demande accrue de soins liée au vieillissement de la population et les nouvelles exigences de qualification rendaient ces analyses prospectives d'autant plus justifiées qu'elles conduisent à prôner des politiques visant non seulement à maintenir la main-d'œuvre à son niveau actuel (politique de rétention) mais aussi à y attirer des forces nouvelles. Il nous est apparu en effet que l'apport de moyens supplémentaires pour l'enseignement et la formation devenait une question vitale. En faisant réaliser le présent projet de recherche, AFOSOC et les fonds sociaux ont

assumé leurs responsabilités en ce domaine; la politique des 'ressources humaines' dans le secteur des soins avait besoin qu'on lui porte une attention croissante. Nous ne pouvons mieux les remercier qu'en faisant référence à l'importance que l'Europe entend donner à cette approche dans les prochaines années. Dans une communication récente (2004)¹, la Commission a annoncé qu'en 2005, le secteur de la santé devra occuper une place bien définie dans la stratégie de Lisbonne pour plus de croissance et plus de création d'emplois. Elle en appelle ainsi à tous les acteurs impliqués ('stakeholders'): administrations, partenaires sociaux, dispensateurs de soins, gens de terrain, prestataires de soins, représentants des usagers pour contribuer à la conception et à la mise en œuvre d'une stratégie commune. Elle appliquera elle-même une 'méthode ouverte de coordination' aux soins de santé et, ce faisant, devra accorder une large attention à la gestion des ressources humaines. Sous le titre 'Assurer l'accès aux soins: universalité, équité, solidarité', nous lisons la recommandation suivante:

"Les Etats membres conviennent de promouvoir une gestion des ressources humaines permettant de faire face aux conséquences du vieillissement démographique dans le secteur des soins de santé et des soins de longue durée, notamment de prévenir ou de résorber les pénuries de certains personnels, grâce à un investissement suffisant dans la formation initiale et continue et à l'amélioration de la qualité des emplois, y compris celle de la santé et de la sécurité au travail. La contribution du Fonds social européen doit être pleinement utilisée dans ce cadre." (p. 9).

Dans le monde entier, il est actuellement de mise d'accorder une grande attention aux forces de travail dans le secteur des soins de santé, non seulement comme sujet d'étude mais comme objectif politique. Les problèmes et les solutions ne sont toutefois pas identiques partout, et ne sont pas non plus à l'ordre du jour avec une même acuité et au même moment. Il reste cependant que la comparaison et l'évaluation au niveau international sont une source d'inspiration pour l'analyse de sa propre situation. Plutôt que de chercher dans de lointains continents, ou uniquement aux E-U, des diagnostics et des remèdes salvateurs, nous avons pu mettre en lumière une riche palette d'information, autorisant une réflexion ad hoc sur la réalité dans les communautés nationales belges², ceci via une collaboration entre deux équipes (HIVA-K.U.Leuven et SESA-UCL). Par ailleurs, et cela devient de plus en plus rare, cette synthèse nous a offert la possibilité de mieux comprendre chaque communauté; on notera à ce propos qu'un rapport commun

¹ Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité Economique et Social européen et au Comité des Régions. Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables: un appui aux stratégies nationales par la 'méthode ouverte de coordination', 20 avril 2004.

² Pour faciliter la lecture, nous avons regroupé la Communauté française et la Communauté germanophone de Belgique en une seule catégorie, dénommée en abrégé "Communauté française"; nous espérons que nos concitoyens de l'Est ne nous en tiendront pas rigueur.

sur la Région de Bruxelles-Capitale est aussi en préparation. Cependant, nous avons également découvert, avec une certaine amertume, qu'il devient de plus en plus difficile de les comparer (du moins dans les statistiques). Au moment où l'on prétend, nous dit-on, garder à l'esprit la dimension européenne d'un marché unique de l'emploi pour les professions de la santé, nous constatons dans ce rapport combien il s'avère difficile de conserver la comparabilité des professions, de leur évolution et de l'offre de formation, ainsi que des statistiques qui s'y rapportent. Il n'empêche que, pour les professions soignantes, les marchés nationaux (ou régionaux) de l'emploi sont intégrés au niveau européen, et constituent dès lors des 'vases communicants'. Quand une région souffre de manques plus ou moins importants ou qu'elle marque plus ou moins d'intérêt pour les formations en santé, les liens interrégionaux peuvent jouer un grand rôle. Mais est-ce bien le cas? Cela aussi mériterait une recherche. Notre série de rapports, complétée par la présente synthèse pour la Belgique offrent, nous l'espérons, un ensemble statistique permettant d'assurer le suivi, aujourd'hui et demain, de ces phénomènes sociétaux.

De nombreuses personnes ont exprimé leur intérêt pour ce type d'analyses et en ont suivi attentivement le développement en participant, commentaires à l'appui, aux réunions d'un large comité d'accompagnement. Le soutien des comités directeurs des fonds sociaux et d'AFOSOC a permis la réalisation de cette recherche. Nous les en remercions vivement. Nous souhaitons de plus remercier particulièrement les personnes qui, par leur implication personnelle et leur confiance, ont soutenu la réalisation complète du projet. Il s'agit d'administrateurs et de collaborateurs, anciens ou actuels d'AFOSOC et du FSHP, plus particulièrement Pierre Jossart, Walter Cornelis, Chris Terlaeken, Dirk Vermeulen, Anne Mawet, Dominique Wautier, et Jan Hertogen. Ils estimaient cette tâche nécessaire. Leur conviction nous a incités à entreprendre nos travaux, alors même que le financement n'était pas encore complètement acquis. Nous sommes aussi très redevables aux commanditaires pour la patience dont ils ont témoigné dans l'attente de la présente synthèse. Car hélas, la réalisation d'une synthèse de ce genre demande de reprendre le travail dans son ensemble, tant les sources d'information sont encore et toujours difficilement comparables. Avec plus de 2.000 pages de nouveaux rapports sur les secteurs de la santé dans les Communautés flamande, française et germanophone, nous avons contribué à la connaissance statistique de ce secteur; ce qui s'avère utile de part et d'autre de la frontière linguistique. Il peut être recommandé, pour en compléter l'étude, de se référer également à notre première série de rapports qui contiennent encore d'autres informations sur cette matière.³ Nous espérons que le lecteur ne sera pas effrayé par cette pile de documents.

³ La série complète de références se trouve à la fin de ce volume.

Nous remercions ici expressément l'Association des Fonds Sociaux (AFOSOC), le *Sociaal Fonds voor het Sociaal-cultureel werk van de Vlaamse Gemeenschap*, le Fonds social pour les hôpitaux privés, le Fonds social MR-MRS, le Fonds social I.S.A.J.H. des Institutions et Services d'Aide aux Jeunes et aux Handicapés, *het Sociaal Fonds voor Vlaamse Opvoeding en Huisvestingsinrichten*, le Fonds social des milieux d'accueil d'enfants et le Fonds social européen, pour les possibilités de recherche qu'ils nous ont offertes. Nous remercions les Comités directeurs de ces Fonds sociaux et les collaborateurs de leurs administrations pour le soutien accordé à ce projet et la cordialité de leur accueil. Par ailleurs, nous remercions les nombreux membres du comité d'accompagnement pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail, ainsi que pour leurs remarques en vue de l'améliorer. De nombreuses administrations méritent de notre part une mention toute spéciale pour la patience avec laquelle elles ont répondu à nos demandes réitérées de données récentes et de mises à jour (nous avons parfois l'impression de pratiquer du 'vol scientifique' pour obtenir malgré tout un matériau utilisable). Nous espérons que l'utilisation, même partielle, que nous avons faite de leurs statistiques constitue dans leur chef un stimulant pour poursuivre leur propre travail.

Comme nous pressentions que le travail de planification du personnel soignant ne pouvait être accompli en solitaire, nous avons régulièrement invité un comité d'accompagnement aussi large possible et l'avons toujours mis au courant de nos activités et de nos essais d'interprétation et de conclusion. Les membres de cette commission d'experts faisaient partie des instances commanditaires, mais elles comprenaient également la plupart des personnes intéressées que nous avons rencontrées en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie. C'était un groupe très diversifié d'organisations, de responsables politiques et de personnes dont l'attention et les préoccupations allaient bien au delà des frontières linguistiques. Nous espérons avoir créé entre ces groupes aux intérêts parfois divergents quelques possibilités de rencontre, y compris au delà des traditionnels clivages linguistiques. En informant au mieux une commission d'experts aussi large, nous avons voulu établir, entre eux et nous, un dialogue permanent. Celui-ci nous semble fondamental pour envisager l'avenir, et les Fonds sociaux sont idéalement bien placés pour le susciter et l'accueillir, et aussi pour relayer et favoriser la prise en compte des éléments mis en lumière. Puisse la publication exhaustive des résultats, contribuer à la poursuite du dialogue et de la réflexion; tel est notre souhait.

En réalisant cette synthèse, nous avons pris conscience du chemin qui avait été parcouru au fil de ces rapports de recherche pour la définition et l'harmonisation des concepts, la collecte et la comparaison des statistiques, ainsi que pour leur analyse, et cela, des deux côtés de la frontière linguistique. Cependant, ce travail doit encore être poursuivi et développé. Des contacts internationaux nous permettent de situer parfois ce travail dans une perspective internationale. Il ne

nous appartient pas en tant que commandités de féliciter nos commanditaires, mais nous prenons néanmoins la liberté académique de le faire et de leur souhaiter pleine réussite. Leur prévoyance a permis de démarrer ce type de travail (démarrer en effet, car ce travail n'est jamais terminé); nous ne pouvons que les encourager aussi à poursuivre une telle collecte et comparaison de données, afin de pouvoir interpréter les situations en évolution, celle d'hier, celle d'aujourd'hui et celle de demain, ce qui s'est produit et ce qui pourrait se produire. Ce travail statistique est semblable à une procession d'Echternach: deux pas en avant, un pas en arrière. A l'instar d'un *perpetuum mobile*, les perspectives d'avenir doivent toujours être remises en chantier. Car, '*Tempus fugit*': Le temps file.

Les chercheurs vont, viennent et, parfois, restent. La liste de ceux qui ont travaillé au présent projet est longue. Nous souhaitons remercier toute l'équipe du sous-secteur 'Etat-providence et Economie' du HIVA dont les chercheurs ont, au prix de beaucoup d'effort, effectué une radiographie du secteur non marchand, de son passé et de son avenir. Nous pensons ici aux travailleurs de la toute première heure, qui, entre-temps, ont déjà quitté le HIVA: An Marchal et Ilse Van De Putte. Nous pensons aussi aux travailleurs de l'heure de midi, qui, à leur tour, sont également partis chercher fortune ailleurs: Sarah Dewilde, Sofie Strobbe, Tom Degreef et Kathy Verbrugghe. Nous pensons enfin aux travailleurs de la dernière heure, Véronique Coudron et Griet Cattaert; elles ont été les dernières à rejoindre le projet, mais, depuis lors, elles ont consacré des journées de travail plus que bien remplies à la conservation et au développement ultérieur de ce capital de connaissances. Au SESA, l'équipe de chercheurs a connu un flux comparable de collaborateurs, d'arrivées successives et de départs: Michèle Hubin, Sabine Stordeur, Mohammed Salhi, Hugues Draelants, Bernard De Backer.

La rédaction de la synthèse belge à laquelle le commanditaire, dans sa sagesse, nous a invités et à laquelle, avec grande innocence, nous avons consenti, nous a fait réaliser la diversité de nos communautés, – l'on pourrait parfois s'y croire à l'étranger, – mais aussi leur degré d'identification, leur proximité et leur imbrication, pour ne pas dire leur intégration. Nous espérons que le lecteur, voire mieux l'utilisateur, des deux séries de rapports et de la synthèse en retirera le même sentiment.

Prof. Dr Jozef Pacolet
Hoger Instituut voor de Arbeid
Katholieke Universiteit Leuven

Prof. Dr Xavier Leroy
Socio-Economie de la Santé
Université Catholique de Louvain

LISTE DES ABREVIATIONS

AFOSOC	Association des Fonds sociaux du secteur non marchand
AR	Arrêté Royal
ASO	Algemeen Secundair Onderwijs
ASH	Assistant en soins hospitaliers
BSO	Beroeps Secundair Onderwijs
CCT	Convention Collective de Travail
CFGB	Communauté française et Communauté germanophone
CQ6	Certificat de qualification de l'enseignement secondaire
DCM	Données cliniques minimales
DEI	Demandeur d'emploi inoccupé
DIM	Données infirmières générales
DRG	Diagnosis Related Groups
EGS	Enseignement général secondaire
EPS	Enseignement professionnel secondaire
EPS4	Enseignement professionnel secondaire, 4 ^{ème} degré
ES	Enseignement supérieur
ESP	Enseignement supérieur paramédical
ETP	Equivalent temps-plein
ETS	Enseignement technique secondaire
HIVA	Hoger Instituut voor de Arbeid
IMS	Inspection Médicale Scolaire
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
INS	Institut National de la Statistique
KUL	Katholieke Universiteit Leuven
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONE	Office de la naissance et de l'enfance
PAI	Praticien de l'art infirmier
PMS	Centre Psycho-Médico-Social
SESA	Socio-Economie de la santé

TSO	Technisch Secundair Onderwijs
UCL	Université catholique de Louvain
VVKSO	Vlaams Verbond van het Katholiek Secundair Onderwijs

INTRODUCTION: UN GUIDE POUR LA LECTURE ET UN GUIDE TOUT COURT

De 1997 à 1999, le HIVA a publié une série de quatre rapports concernant le cadastre de l'emploi dans le secteur de la santé en Communauté flamande sous le titre de: *'Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap'*. Une série similaire de rapports a été rédigée par le SESA pour les Communautés française et germanophone: *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique*. Les deux équipes ont aussi produit une synthèse pour la Belgique.

Entre 2000 et juin 2002, Il a été procédé à une actualisation, un approfondissement et une extension de cette étude. Le HIVA en a rédigé les rapports pour la Communauté flamande sous un nouveau titre; *'Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector'*. Des rapports similaires ont été rédigés par le SESA pour les Communautés française et germanophone: *Manpowerplanning. 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*. Le présent document résume les résultats des deux équipes⁴ et en tire une synthèse originale, orientée principalement vers les infirmiers et les soignants.

Ce ne fut guère une mission simple que de comparer les résultats obtenus pour les secteurs et les professions de la santé, d'une part en Communauté flamande et, d'autre part, en Communauté française. En effet, la prospective en matière de personnel dans le secteur des soins implique également une prospective dans le domaine des soins, une prospective de l'enseignement, ainsi qu'une analyse du marché de l'emploi, et ceci pour des secteurs d'activité et des groupes professionnels distincts. De plus, cela suppose des statistiques (comparables)

⁴ Voir la liste des deux séries de publications à l'arrière du volume. Voir également à cet endroit la référence à un rapport similaire qui est actuellement en préparation pour la Région de Bruxelles-Capitale.

détaillées et homogènes, de préférence basées sur une source unique, pour les deux communautés. En pratique, les estimations doivent se baser sur les sources qui sont disponibles tantôt au niveau national, tantôt au niveau régional et tantôt au niveau des communautés. Pour les perspectives d'avenir aussi, des méthodes et hypothèses divergentes sont imaginables. Au cours de ces années de travail, nous nous sommes efforcés de viser une convergence maximale des méthodes entre les équipes du HIVA et du SESA, mais nous n'avons pas non plus voulu, voire pu, éviter le pluralisme des méthodes. Cette méthodologie est par ailleurs toujours en plein développement, de telle manière que des enseignements doivent être tirés de ces voies alternatives. C'est d'ailleurs également le but de cette synthèse, qui rassemble les résultats des deux groupes de chercheurs.

Dans un premier chapitre, nous exposons brièvement la méthodologie et nous présentons le facteur démographique, lequel est déterminant tant pour l'offre (entrée) que pour la demande (impact du vieillissement). Dans un deuxième chapitre, nous décrivons l'évolution de l'apport de personnel qualifié dans le secteur des soins provenant de l'enseignement, mais aussi, - et cela de manière croissante,- au départ de formations ultérieures. Par ailleurs, la réserve de main-d'œuvre au chômage fait également l'objet d'un examen. Dans le chapitre suivant, nous décrivons en détail l'emploi, c'est à dire la demande de main-d'œuvre, et nous nous risquons à des projections et des scénarios concernant l'avenir de la demande. Dans la confrontation de l'offre et de la demande, nous nous demandons si un manque d'effectifs est à craindre ou si, au contraire, l'offre sera suffisante. Pour finir, nous formulons un certain nombre de conclusions et de recommandations politiques ayant trait à l'enseignement, à la demande, au rôle des pouvoirs publics et, enfin, à la faisabilité et à la place que doit occuper la planification du personnel dans cet ensemble.

Pour de plus amples détails, nous renvoyons aux rapports distincts par communauté. On y trouvera également plus d'informations sur d'autres groupes professionnels de la santé que les infirmiers & sages-femmes et les soignants.

Dans cette synthèse, le terme lapidaire de 'planification' est parfois utilisé, bien que les équipes ne soient nullement chargées d'une mission politique de fixation d'objectifs en ce domaine. On utilise parfois ce terme pour résumer le travail de prospective visant à analyser les évolutions du marché de l'emploi et les scénarios d'avenir, sous contrainte d'une série d'hypothèses.

CHAPITRE 1

METHODOLOGIE DE LA PLANIFICATION DU PERSONNEL DANS LE CHAMP DE LA SANTE ET DE L'AIDE SOCIALE: CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

1.1. Introduction

La planification du personnel est un thème de recherche que la littérature scientifique internationale désigne actuellement du nom de: *Human resources accounting*, que l'on pourrait traduire par: 'Dénombrement des ressources humaines'. La situation de l'économie est ainsi décrite en termes de ressources engagées, à l'instar de ce qui se fait pour les comptes nationaux. Ici, ce sont les 'ressources humaines' engagées dans le champ de la santé et de l'aide sociale qui constituent l'objet de recherche.

Pour désigner cet objet, nous parlerons indifféremment de 'champ de la santé et de l'aide sociale' et de 'secteur des soins'. On entend couvrir par là un ensemble de secteurs d'activité tels que les hôpitaux, les maisons de repos, les soins et l'aide à domicile, les institutions d'accueil destinés aux enfants, aux handicapés ou à divers groupes à risque. Le premier terme est plus exact mais quelque peu encombrant. Le second, plus court et plus pratique est la traduction littérale de '*zorgsector*'; mais, alors qu'en néerlandais '*zorg*' est un terme pouvant désigner à la fois les soins de santé et l'aide donnée à quelqu'un pour accomplir les actes vitaux de la vie journalière (les AVJ), en français, l'usage courant désigne par là les seuls soins de santé. L'objet de nos rapports sur la planification du personnel dans le champ de la santé et de l'aide sociale, autrement dit: le secteur des soins (au sens large), consiste tant en une analyse détaillée du passé qu'en une perspective d'avenir.

Nous avons effectué une collecte minutieuse de données chiffrées sur l'emploi dans ce secteur pendant une période déterminée (1995 à 2000), afin que cela puisse servir de point de départ pour les projections portant sur l'avenir (proche). Nous avons spécialement voulu estimer quelle était l'ampleur du potentiel de création d'emploi dans le secteur des soins et, plus spécifiquement, quelles opportunités

d'emploi cela implique pour les professionnels de toute qualification, y compris les personnes faiblement qualifiées.

Ainsi, notre tâche s'est développé en exercice de *planification du personnel* pour un secteur d'activité déterminé, un sous-secteur ou un groupe professionnel. On évalue aussi bien l'offre de travail par les professionnels que la demande par le public et par les services, pour en arriver finalement à une *étude classique de marché de l'emploi*. La *planification du personnel* à plus ou moins long terme est également influencée par l'évolution que connaît ou devrait connaître l'enseignement; ce qui introduit aussi une perspective de *planification de l'enseignement*. Le besoin de travailleurs de la santé, la demande de travail soignant, découlent en fin de compte de l'évolution de la demande de soins. D'où, la planification du personnel relève aussi de la *planification des soins*.

Dans ce chapitre méthodologique, nous parcourons les différentes étapes de l'analyse et passons en revue les diverses hypothèses utilisées. Une telle analyse exige en effet d'accepter des hypothèses portant sur une longue liste de paramètres, tels que le choix d'une formation, la scolarisation, les taux de réussite, la démographie des effectifs de professionnels, des patients ou clients, des changements dans les conditions de travail et de la participation au marché de l'emploi, des modifications dans la conception des soins, de la prévalence de la dépendance, du niveau de recours aux soins de la population et des normes d'encadrement. Pour que la planification soit sérieuse, il faut tenir compte des informations les plus récentes. Par conséquent, la planification du personnel n'est jamais terminée, mais doit perpétuellement être actualisée. Aussi, les constatations et les conclusions n'ont jamais qu'une valeur provisoire. Mais, comme les hypothèses et les calculs sont explicités, on peut les contester et vérifier dans quelle mesure le résultat final serait changé si l'on adoptait d'autres hypothèses.

1.2. L'étude du marché de l'emploi, et la planification du personnel dans le champ de la santé et de l'aide sociale: définitions

1.2.1. Schéma théorique

En matière de 'planification du personnel', il convient d'examiner plusieurs éléments. D'une part, nous avons l'offre de travail, qui se compose de la population d'âge actif disposant d'un diplôme, d'un certificat ou d'une qualification reconnus, qui accède au marché de l'emploi et à un secteur d'activité spécifique. De plus, il convient de tenir compte des nouvelles promotions achevant leurs études ou formations et du retour de ceux qui ont quitté le marché de l'emploi (ou le secteur de la santé) et qui souhaitent s'y réinvestir. A l'inverse, ceux qui n'exercent pas la profession alors qu'ils disposent d'un diplôme ou d'une

formation appropriés - soit par manque d'intérêt pour le travail dans ce secteur, soit par manque de places vacantes - doivent être décomptés du nombre des actifs. D'autre part, il faut aussi tenir compte de la demande de travailleurs émanant des institutions de soins. En fin de compte, il faut encore examiner de plus près le chômage, tel qu'il transparaît dans les statistiques ou sous forme de travail involontaire à temps partiel, sous-emploi ou emploi en dessous des qualifications. Il peut y avoir là une réserve cachée de main d'œuvre.

1.2.2. Définition de l'offre de personnel et calcul des perspectives d'offre

Les perspectives et scénarios de l'offre sont basés d'une part sur la structure d'âges des professionnels qualifiés qui, à un moment déterminé, sont déjà actifs dans le secteur ou sont au chômage, et d'autre part de ceux qui accèdent en tant que nouveaux dans la profession, puis dans le secteur d'activité étudié (ici les soins). L'arrivée de nouveaux professionnels dans le secteur des soins est basée sur l'évolution démographique du nombre de jeunes de 18 ans, sur la force d'attraction de la formation et sur les taux de réussite de la filière d'enseignement, estimés en pratique à partir de ceux qui ont été observés précédemment. La capacité d'accéder à une formation, et ensuite à l'exercice de la profession dans le secteur lui-même, dépendent très fortement du seuil d'accès (le seuil de l'enseignement secondaire professionnel et technique est moins élevé que celui de l'enseignement supérieur pour lequel, à la limite, un *numerus clausus* explicite est parfois introduit). Mais l'attractivité dépend aussi de l'offre d'enseignement, de l'image de marque de la profession et ensuite des conditions de rémunération et de travail dans le secteur (en le comparant aux autres secteurs), au marché de l'emploi en général et à la situation économique. La propension à travailler de ceux qui se dirigent vers le secteur des soins est fonction, elle, non seulement des caractéristiques du secteur lui-même (féminisation, fréquence du travail à temps partiel, qualification relativement élevée), mais aussi de l'évolution du marché de l'emploi en général et de la politique de marché du travail (par exemple: durée du travail, âge du départ à la retraite). Dans la mesure du possible, nous avons maintenu une distinction en fonction du niveau de formation et basé l'analyse sur des sources concernant le marché de l'emploi national ou régional dans le secteur. Le SESA a de plus effectué une enquête auprès des écoles de la Communauté française pour connaître le nombre d'étudiants étrangers qui ne résident pas en Belgique et n'ont dès lors, selon toute vraisemblance, aucune intention d'y travailler. L'importance de ce groupe étant estimée assez faible en Flandre, on a fait abstraction de l'éventualité que des trangers, venus étudier en Flandre, retournent ensuite dans leur pays.

Les entrées futures dans la profession sont estimées en tenant compte de trois paramètres: l'évolution démographique du nombre de jeunes, le taux d'attraction des diverses formations de santé auprès des jeunes (calculé, s'il y a lieu, en

excluant du numérateur les étudiants étrangers non résidents) et les taux de réussite. A court terme, les perspectives peuvent en général faire l'objet de projections hautement probables, vu que le nombre d'étudiants ayant commencé ces études est déjà connu pour les années récentes; l'obtention de leur diplôme peut donc être estimée de manière réaliste. Mais au delà, comme le fait apparaître l'évolution des dernières années, il peut arriver que des modifications considérables se fassent jour même à court terme. A moyen terme et à long terme, nous parlons de scénarios. En Communauté flamande, le nombre de diplômes était connu jusqu'à et y compris l'année scolaire 2001-2002, en Communauté française, il l'est jusqu'à et y compris l'année scolaire 1999-2000. Pour les années ultérieures, le nombre de jeunes diplômés fut estimé en fonction du nombre d'étudiants en première année qui était connu jusqu'à et y compris l'année scolaire 2002-2003 en Communauté flamande et jusqu'à et y compris l'année scolaire 2001-2002 en Communauté française ⁵. Cette appréciation est basée sur la formule suivante:

$$\begin{aligned} &\text{Nombre de jeunes diplômés} \\ &= \\ &\text{nombre d'étudiants de première année} \\ &\times \\ &\text{pourcentage de réussite après } n \text{ années (} n \text{ étant la durée de la formation)} \end{aligned} \quad ^6$$

Pour les scénarios des nouveaux entrants sur le marché de l'emploi à plus long terme, nous ne connaissons plus le nombre des étudiants en première année. Par conséquent, il faut également procéder à une estimation du nombre de personnes qui optent pour les formations. A cette fin, nous nous basons, d'une part, sur l'évolution démographique du nombre de jeunes de 18 ans (de 16 ans pour le 3^{ème} degré de l'enseignement secondaire) et, d'autre part, sur le taux d'attraction et le pourcentage de réussite dans les formations dans le passé. D'abord, nous calculons le nombre d'étudiants de première année et, sur base du résultat, nous estimons le nombre de diplômés. Nous utilisons la formule suivante:

⁵ Ministère de la Communauté française, Direction générale de la santé, Service général de l'informatique et des statistiques; Statistische jaarboeken van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs.

⁶ Calculé en Communautés française et germanophone en ne tenant compte que des étudiants résidant en Belgique.

$$\begin{aligned} & \text{nombre de diplômés}^7 \\ & = \\ & \text{nombre de jeunes de 18 ans}^8 \\ & \quad \times \\ & \quad \text{taux d'attraction}^9 \\ & \quad \times \\ & \quad \text{taux de réussite} \end{aligned}$$

Le taux d'attraction correspond au rapport entre le nombre de jeunes qui optent pour une formation et le nombre de jeunes de 18 ans dans les communautés respectives. Pour les formations de l'enseignement secondaire, nous utilisons par contre le nombre de jeunes de 16 ans. Dans ce cas, la force d'attraction est alors le rapport entre le nombre de personnes qui, dans le troisième degré de l'enseignement secondaire, opteront pour une formation et le nombre de jeunes de 16 ans dans les communautés respectives.

La formation des infirmières spécialisées est organisée différemment selon les communautés. En Communauté flamande, une option peut être choisie durant la formation de base (trois ans) d'infirmier gradué. En Communauté française, la spécialisation est une formation supplémentaire qui ne peut être choisie qu'après la formation de base de trois ans. En Communauté flamande, le nombre de diplômés peut dès lors être réparti selon l'option suivie. Pour la Communauté française, un taux de spécialisation peut être calculé grâce au rapport du nombre de diplômes dans une formation spécialisée au regard du nombre de diplômes infirmiers obtenus l'année précédente.¹⁰

Le taux de réussite correspond au rapport entre le nombre de diplômes obtenus par rapport au nombre d'étudiants de première année qui ont commencé la formation quelques années auparavant (en fonction de la durée des études). Etant donné que, dans la Communauté flamande, les annuaires statistiques de l'enseignement ne font aucune distinction entre premier et second diplôme, ceci risque de mener à une surestimation du pourcentage de réussite pour les

⁷ Après quelques années (en fonction de la durée des études).

⁸ Pour les formations de l'enseignement secondaire ce terme est remplacé par le nombre de jeunes de 16 ans.

⁹ Calculé en Communautés française et germanophone en ne tenant compte que des étudiants résidant en Belgique.

¹⁰ Pour de plus amples détails, voir: Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M. & Draelants H., 2003, p. 29.

élèves/étudiants flamands. De ce fait, le nombre de jeunes diplômés pourrait être légèrement surestimé, en particulier dans l'enseignement supérieur en soins infirmiers. En Communauté française, une distinction nette est opérée entre premiers et seconds diplômes. Lorsque nous parlons de l'évolution du nombre de jeunes diplômés et lors du calcul du pourcentage de réussite, nous tenons uniquement compte des premiers diplômes.

Pour le taux d'attraction un scénario minimal et un maximal ont été adoptés en fonction de l'expérience acquise au cours de ces dernières années. Le taux de réussite est calculé en tenant compte du pourcentage de réussite des dernières années. Afin de limiter le nombre de scénarios, nous ne retenons qu'un seul taux de réussite par communauté. Celui-ci, dans la Communauté flamande varie peu autour du pourcentage moyen de réussite, de telle manière que nous retenons cette moyenne. Si ce pourcentage venait à changer structurellement, ce qui se produit parfois, il y aurait lieu d'adapter l'hypothèse sur ce point. En Communauté française, le pourcentage de réussite dans les formations de nursing connaît une tendance à la baisse depuis le début des années '90. Actuellement, aucune indication ne permet de croire que cette tendance va s'inverser. On a cependant supposé que l'on ne descendrait pas plus bas. Les perspectives sont donc basées sur le taux de réussite des étudiants/d'élèves qui ont entamé leur formation durant l'année scolaire 1997-1998 (42% pour les infirmiers gradués et 46% pour les infirmiers brevetés). Un pourcentage aussi faible soulève assurément la question de savoir si cette situation est adéquate. Le système d'enseignement ne doit-il pas chercher des solutions pour obtenir un pourcentage de réussite plus élevé? Chaque échec implique en effet une déception chez l'intéressé et une possibilité ratée de former quelqu'un et de lui permettre d'obtenir un diplôme valable pour le secteur de la santé.

En ce qui concerne le taux d'attraction des études et le nombre de diplômés/brevetés infirmiers ayant terminé leurs études en Communauté française, une correction est effectuée pour tenir compte des étudiants/élèves étrangers qui viennent étudier en Belgique. Trois enquêtes successives ont été effectuées par le SESA auprès des institutions d'enseignement en soins infirmiers et ont montré qu'une part importante des étudiants du graduat et surtout des élèves du brevet viennent étudier en Communauté française pour s'en aller travailler à l'étranger, au terme de leur cycle scolaire. Il s'agit principalement d'étudiants français. Pour les projections et les scénarios d'avenir, c'est le taux d'attraction net qui est utilisé, à l'exclusion des étudiants étrangers ne résidant pas en Belgique.

Par ailleurs, pour la Communauté française, l'apport de nouveaux infirmiers et surtout de nouveaux soignants a été corrigé en ne retenant que le pourcentage de diplômés/certifiés qui accède réellement au marché de l'emploi dans le secteur des soins. Pour la Flandre, à défaut de plus amples informations, il a été estimé

que la totalité du groupe de jeunes diplômés/certifiés est disponible pour le secteur des soins; ce faisant, on adopte l'hypothèse que tous les diplômés/certifiés font théoriquement partie, de la réserve de main-d'œuvre. Lorsque la différence entre ces deux groupes est importante, – ce qui est le cas, pour les soignants, en Communauté française,– il est possible qu'une partie des effectifs absents du secteur des soins puisse être expliquée par le fait qu'il n'y a pas pour eux suffisamment d'emploi dans ce secteur, alors que globalement celui-ci se plaint de difficultés de recrutement. Une telle situation peut survenir soit du fait des employeurs qui préfèrent ne pas faire appel à des soignants, soit du fait des formations jugées inadéquates pour les emplois offerts, soit de la conjonction des deux causes.

Les changements d'orientation sont fréquents dans le parcours des élèves de l'enseignement secondaire technique et professionnel de la Communauté française si bien qu'un taux d'attraction basé sur le nombre d'élèves commençant une option soignante et le taux de réussite de ceux-ci sont des indicateurs peu fiables. Un mode de calcul alternatif a été adopté pour les soignants; le rapport entre les certificats de soignant obtenus et le nombre de jeunes âgés de 19 ans dans ces Communautés a été calculé et a ensuite été rapporté au nombre de jeunes des années ultérieures.

Par ailleurs, il ressort d'une enquête réalisée auprès des écoles des Communautés française et germanophone que les étudiants qui entreprennent une formation d'infirmière dans l'enseignement secondaire professionnel du 4^{ème} degré (EPS4) proviennent principalement de l'Enseignement secondaire général (EGS) et technique (ETS) et rarement des orientations soignantes de l'Enseignement professionnel (EGP). Pour cette raison, il n'a pas été nécessaire de calculer des effectifs bruts et nets issus de l'enseignement comme en Communauté flamande.

Une estimation du taux d'entrée sur le marché du travail des personnes ayant un certificat de soignant a été effectuée pour la Communauté française en comparant le nombre de soignants actifs ou cherchant du travail sur le marché de l'emploi en tant que soignants en 2000 avec les effectifs résultant du recensement de 1991, après avoir pris en compte le vieillissement de ceux-ci pendant ces années. Les effectifs de 2000 sont obtenus lorsqu'un tiers seulement des personnes qui ont obtenu un certificat de soignant durant cette période sont supposés travailler effectivement comme soignants ou chercher à le faire ! Ce taux de 33% a été utilisé comme hypothèse minimale d'entrée des nouveaux certifiés dans l'exercice du travail soignant en Communauté française et 50% comme hypothèse maximale.

1.2.3. Définition de la demande de personnel et calcul des perspectives de demande

Après l'offre de personnel dans le champ de la santé et de l'aide sociale (ce qu'on appelle ordinairement l'offre de travail), c'est la demande qui sera étudiée, ainsi que son évolution. La manière dont celle-ci évoluera dépend de divers facteurs.

Tout d'abord, la demande dépend des évolutions que connaît le système des soins. La demande de services de santé et donc aussi la demande de personnel sont en relation avec la structure d'âge de la population. Nous avons donc examiné la structure actuelle de la population et les prévisions pour l'avenir proche. Celles-ci font apparaître l'importance du vieillissement de la population dans son ensemble, mais aussi le vieillissement au sein de la population âgée: le double vieillissement. L'influence de l'augmentation de l'espérance de vie se conjugue avec la modification escomptée de la morbidité: les personnes âgées vivront certes plus longtemps, mais on peut faire l'hypothèse qu'elles vivront plus longtemps sans incapacité sévère et que, pendant une période plus longue qu'actuellement, elles n'auront pas besoin d'aide et de soins. Il est certain néanmoins que, lorsque le nombre de personnes âgées augmentera sous l'effet du *papy boom*, les dépenses de soins augmenteront. Ces facteurs seront pris en compte dans nos prévisions.

La technicité des soins et l'organisation de ceux-ci influencent également leur demande. En voici quelques exemples: l'hospitalisation de jour remplace de plus en plus souvent l'hospitalisation, les soins à domicile sont en expansion et les maisons de repos sont transformées en maisons de repos et de soins (MRS).

Tous ces facteurs influencent la programmation des soins qui est mise en place par le pouvoir politique. Il est donc nécessaire d'en faire l'étude si l'on veut analyser la demande de soins et la demande de personnel soignant. Le nombre de places programmées n'est cependant pas toujours le facteur le plus important pour déterminer les besoins en personnel. Les normes de financement et d'encadrement sont parfois inférieures aux besoins réels, notamment dans les maisons de repos et les MRS. Il faut cependant reconnaître que des efforts sont réalisés afin que le financement des hôpitaux, des soins à domicile, des MRPA et MRS tienne mieux compte des besoins de soins des patients ainsi que du type et de l'intensité des soins [DRG, DCM, DIM, échelle de Katz, forfaits INAMI pour maisons de repos (MR et MRS)]. Les prévisions peuvent dès lors utiliser les informations disponibles à ce sujet. Ces données constituent une alternative intéressante par rapport aux normes de programmation, parce qu'elles sont basées sur les soins effectivement administrés et sur l'encadrement réel. L'extrapolation de ces informations dans l'avenir, lorsqu'elle s'effectue uniquement en fonction de la démographie, est toutefois purement mécanique. Les taux d'utilisation et d'encadrement existant sont alors supposés stables. Le résultat est cependant susceptible de diverger de la

programmation en vigueur et est peut-être une ébauche fiable de la programmation qui devra être mise en place.

La demande de travail ainsi estimée concerne l'ensemble de la charge de travail, y compris l'effet spécifique des changements intervenus. Il en résulte soit une expansion, soit une contraction de la demande.

Par ailleurs, il convient de prévoir la demande de remplacement, notamment celle résultant des professionnels qui diminuent leur temps de travail et de ceux qui quittent le marché de l'emploi, soit qu'ils ont atteint l'âge de la retraite, soit qu'ils délaissent le marché de l'emploi soignant. Dans le premier cas, le rapport entre les effectifs d'ETP et le nombre de membres du personnel change. Dans le deuxième cas, les personnes qui partent doivent être remplacées; le nombre total de personnes occupées ne change pas, mais il y a lieu de recruter une main-d'œuvre nouvelle.

L'analyse de la demande dans le secteur des soins, que résume le schéma ci-dessous, dépend, elle aussi, de différentes composantes. On part de la population, de sa structure démographique, de sa morbidité et de son degré de dépendance par rapport à l'aide et aux soins. Il en résulte une demande de soins qui trouve réponse dans le système de santé tel qu'il est concrètement organisé: les soins, les services, les conditions d'accès aux soins, le niveau de recours... Vont intervenir ici diverses possibilités de substitution: entre technologie et travail, entre le travail des professionnels et le travail informel (aide et soins auto-administrés ou prodigués par des proches ou des bénévoles). Le besoin de personnel dépend encore des normes d'encadrement en vigueur et de la structure des qualifications requises.

Après que la demande de travail ait été évaluée en équivalents temps plein, cet effectif est ensuite converti en nombre de personnes qualifiées à engager en fonction de la durée légale du travail, du taux de travail à temps partiel, etc. L'étendue de la demande de professionnels supplémentaires résulte de la comparaison entre la situation attendue au terme d'une projection et la situation actuelle. A cet effectif, on rajoutera les besoins de remplacement, calculés précédemment, pour obtenir le besoin total de nouveaux diplômés / certifiés au cours de la période. Ces besoins concernent la planification tant de l'enseignement que des initiatives supplémentaires de formation.

Les besoins de financement relatifs au personnel du secteur des soins peuvent enfin être évalués en appliquant aux effectifs de personnel leur coût salarial respectif.

Figure 1.2.3.1. Déterminants de la demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale

$$\begin{aligned} & \text{population} \\ & \quad \times \\ & \quad \text{besoin d'aide (dépendance) et de soins (morbidity)} \\ & \quad \quad \times \\ & \quad \quad \text{soins administrés (nature, fréquence, intensité, durée)} \\ & \quad \quad \quad \times \\ & \quad \quad \quad \text{encadrement (répartition du travail d'aide et de soins, normes de personnel,} \\ & \quad \quad \quad \text{rapport travail / technologie)} \\ & \quad \quad \quad = \\ & \quad \quad \text{demande totale de travail (en heures de temps de travail)} \\ & \quad \quad \quad / \\ & \quad \quad \quad \text{durée moyenne de travail} \\ & \quad \quad \quad = \\ & \quad \quad \text{demande de travail en ETP} \\ & \quad \quad \quad \times \\ & \quad \quad \quad \text{ETP/effectif} \\ & \quad \quad \quad = \\ & \text{demande de travail: effectifs répartis selon le secteur et la qualification} \end{aligned}$$

1.3. Les ressources humaines dans le champ de la santé et de l'aide sociale analysées selon les secteurs et les professions

Comme l'ont déjà clairement fait apparaître les définitions de l'offre et de la demande de personnel, le champ de la santé et de l'aide sociale peut être étudié selon deux dimensions: d'une part, en fonction des secteurs faisant partie de ce champ d'activité (spécialement pour l'analyse de la demande) et, d'autre part, selon les groupes professionnels et les diplômes ou certificats qui y sont actifs (en particulier pour l'aspect offre). La demande et l'offre peuvent être décrites selon une matrice combinant ces deux dimensions.

Diverses professions collaborent dans le secteur des soins; elles peuvent même en partie se substituer l'une à l'autre, si bien que les marchés de l'emploi se recouvrent partiellement. C'est également vrai pour les professionnels qui dans leur recherche d'un emploi ont le choix entre plusieurs secteurs d'activité. Le secteur hospitalier est susceptible de connaître des problèmes de recrutement à un moment où les soins à domicile et l'hébergement des personnes âgées attirent plus de travailleurs, et inversement. Il arrive aussi que, ne trouvant plus l'emploi qu'ils souhaitent dans le secteur des soins, des travailleurs cherchent à s'en procurer un ailleurs. Dès lors, en cas de pénurie, des mesures pourraient s'avérer utiles pour tenter de ramener ces personnes dans le secteur des soins. Il convient donc d'esquisser une image complète et détaillée des professions soignantes et des secteurs de soins.

1.4. Délimitation géographique

La présente étude couvre les trois régions du pays: Flandre, Bruxelles-Capitale et Wallonie, mais l'analyse est organisée en fonction des communautés: Communauté flamande d'une part, Communauté française et Communauté germanophone, d'autre part. Certaines sources d'information utilisées fournissent cependant des données par région. Nos rapports, y compris la présente synthèse, utilisent tantôt l'une, tantôt l'autre source, selon la disponibilité des données.

Lorsqu'il a fallu répartir des données régionales selon les communautés, il a été adopté une clé de répartition attribuant 17% de la population de Bruxelles-Capitale à la Communauté flamande et 83% à la Communauté française. A la demande du Gouvernement régional bruxellois, une planification du personnel pour le secteur des soins de santé a été spécialement effectuée pour la Région de Bruxelles-Capitale¹¹.

¹¹ Voir Leroy X., Pacolet J., Cattaert G., Coudron V., Gobert M., 2004.

Cette délimitation géographique a été choisie parce que la responsabilité de l'enseignement et de la politique de formation appartiennent aux communautés. Cela pose cependant la question de savoir quelles sont les limites pertinentes pour l'analyse du marché de l'emploi ou du marché des soins. Ainsi, il est impensable de négliger l'importance des navetteurs qui viennent à Bruxelles. Mais parfois, c'est à un niveau local que se posent les problèmes liés au marché du travail, exigeant donc une analyse locale. En outre, il faut tenir compte de l'existence d'une mobilité internationale croissante.

La planification du personnel, peut s'opérer à divers niveaux de décision, pour des marchés d'ampleur variable, selon les limites de leurs compétences respectives: nationales, régionales, communautaires ou locales. La planification peut même s'avérer utile pour une institution isolée ou pour un groupe d'institutions au sein du marché local de l'emploi, car des caractéristiques, telles que la structure d'âges du personnel en place, peuvent susciter des problèmes jusqu'à ce niveau¹².

1.5. Importance du facteur démographique

La démographie s'avère être un facteur important, tant pour l'analyse de la demande que pour celle de l'offre. La demande de soins dépend tout d'abord de la répartition de la population par âge et genre, qu'illustre la pyramide des âges. L'évolution des besoins de soins peut être calculée en tenant compte de l'effet dit « mécanique » du vieillissement, en appliquant les taux actuels de demande aux structures d'âges et genre attendues pour l'avenir.

Le second point d'impact de la démographie est celui des jeunes générations dont l'importance détermine l'arrivée des jeunes dans le système scolaire. L'intérêt pour suivre une formation soignante, embrasser la profession et ensuite travailler effectivement qui prévaut parmi ces générations sont d'une importance déterminante pour les perspectives d'avenir. Par ailleurs, la féminisation, les mutations des facteurs sociodémographiques, comme le nombre accru de ménages à deux salaires et le nombre d'enfants, exerceront ultérieurement une influence sur l'offre de travail à la fin des études.

Le troisième point d'application est la structure démographique de la population active dans le champ de la santé et de l'aide sociale, ainsi que dans ses différents secteurs. La pyramide par âge et genre des 'ressources humaines' d'un secteur illustre bien cette répartition. On peut y lire l'évolution de la féminisation, observer l'importance des jeunes générations par rapport aux plus anciennes,

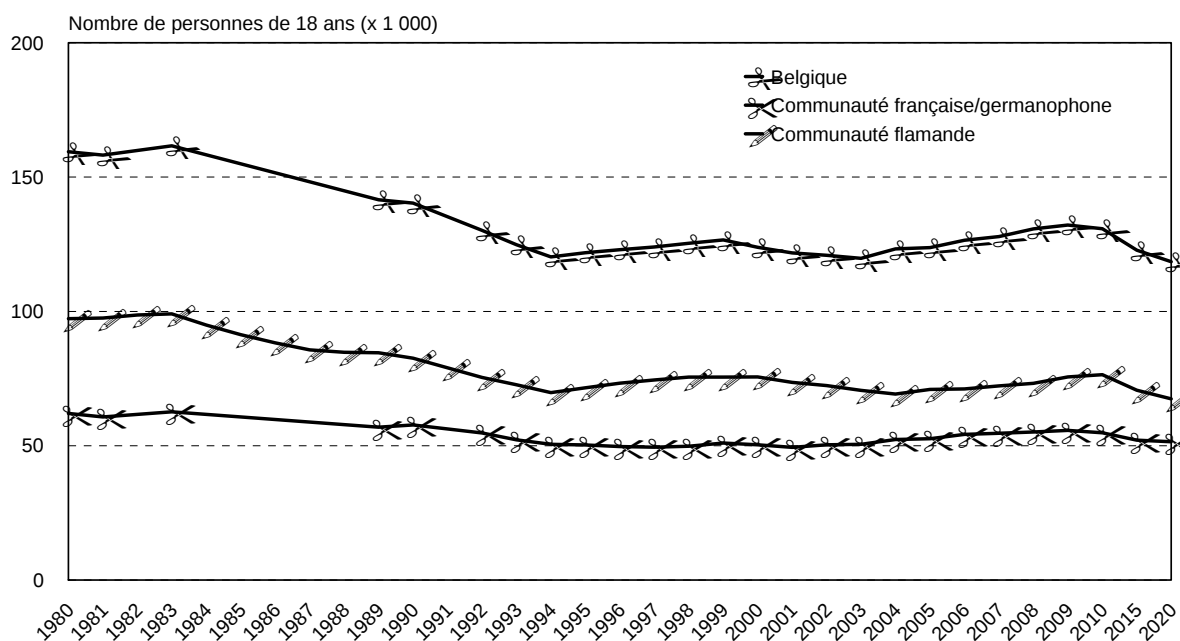
¹² Par exemple, dans une étude récente destinée à des autorités locales il a été suggéré d'élaborer cette planification du personnel au niveau des infrastructures locales (Pacolet. & Coudron., 2004).

constater que le développement de ce secteur est récent ou a déjà atteint la maturité. Des phénomènes tels que le degré de travail à temps partiel ou les départs à la retraite doivent aussi être analysés à la lumière de cette pyramide des âges.

1.5.1. Composante démographique pour les perspectives d'offre

Pour connaître le nombre de jeunes de 18 ans au cours des prochaines années, on recourt aux prévisions de population de l'Institut National de la Statistique (INS) pour le pays et les régions. En ce qui concerne la fréquentation scolaire, par contre, ce sont les communautés qui rassemblent et publient les statistiques. Pour estimer par communauté l'importance de la population âgée de 16 ou de 18 ans susceptible d'entreprendre, respectivement, les premiers des études secondaires supérieures dans une orientation soignante; les seconds dans une formation en soins infirmiers de niveau supérieur, nous supposons que 17% des jeunes Bruxellois appartiennent au groupe linguistique néerlandophone et 83% au groupe francophone. La figure 1.5.1.1. présente ainsi l'évolution numérique des générations atteignant 18 ans, censées donc soit arriver chaque année au terme de leur parcours éducatif, soit susceptibles de poursuivre leurs études en Belgique. Ce nombre a diminué de 159 000 à 124 000 entre 1980 et 2000, mais augmentera de nouveau jusqu'à 131 000 en 2010, en raison d'une légère reprise de la natalité dans les années '80. Ensuite, il diminuera à nouveau pour s'établir à 119 000 en 2020. Le nombre de jeunes de dix-huit ans pour la Communauté flamande et la Communauté française s'élèvera respectivement à 67 000 et à 51 000 en 2020.

Figure 1.5.1.1. Evolution du nombre de personnes de 18 ans en Belgique et dans chaque Communauté



Source: INS, Statistiques démographiques et INS Perspectives de population

1.5.2. Composante démographique pour les perspectives de demande

La population totale continuera à croître en Belgique jusqu'en 2020. A partir de 2000, le groupe d'âges de moins de 20 ans diminuera de manière constante, tandis que le groupe d'âges de 20 à 64 ans augmentera jusqu'en 2010, puis diminuera à nouveau. La même tendance est observée en Flandre, mais pas à Bruxelles ni en Wallonie. A Bruxelles, le groupe d'âges inférieur à 20 ans continuera à augmenter jusqu'en 2010 et ne diminuera qu'à partir de ce moment. En Wallonie, ce groupe d'âges le plus jeune restera relativement stable entre 2000 et 2020. Le groupe d'âge actif, de 20 à 64 ans, augmentera à Bruxelles de 8,5%, dans la Région wallonne de 4% et dans la Région flamande à peine de 0,5%. Au cours de la période 2000-2020, le groupe d'âges ayant atteint 65 ans et plus croîtra de 32,1% en Flandre, de 25,1% en Wallonie, mais seulement de 6,4% à Bruxelles.

Tableau 1.5.2.1. Perspectives de population par Région et par Communauté en Belgique, 1995-2020

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010	2015	2020
<i>Flandre</i>										
0-19	1 392 788	1 362 536	1 356 480	1 349 503	1 343 419	1 338 871	1 335 351	1 298 904	1 256 249	1 238 137
20-64	3 574 129	3 589 595	3 604 591	3 609 889	3 612 113	3 614 533	3 621 576	3 653 769	3 630 726	3 571 159
65-69	294 492	309 784	305 669	303 160	304 720	304 721	300 102	298 003	360 182	381 659
70-74	255 120	269 992	275 456	281 038	283 213	284 316	281 070	274 658	275 289	334 643
75-79	133 207	216 049	218 207	220 120	221 525	223 791	228 782	240 573	237 744	241 323
80-84	126 038	107 509	121 132	135 414	150 356	158 603	161 315	173 948	185 268	185 912
85-89	64 746	71 965	67 904	62 164	56 938	57 974	65 845	99 905	110 589	120 060
90-94	21 517	27 195	28 134	29 256	30 354	31 306	30 850	30 148	46 371	53 225
95+	4 069	6 147	6 454	6 873	7 322	7 658	8 035	9 525	10 214	15 303
Total	5 866 106	5 960 772	5 984 027	5 997 417	6 009 960	6 021 773	6 032 926	6 079 433	6 112 632	6 141 421
<i>Wallonie</i>										
0-19	827 387	826 232	827 083	826 931	827 597	827 405	826 681	810 013	802 145	804 525
20-64	1 952 993	1 964 299	1 977 104	1 985 196	1 991 028	1 998 099	2 008 049	2 066 528	2 056 142	2 043 590
65-69	174 383	159 448	154 187	150 195	149 876	149 548	148 139	144 687	208 646	210 023
70-74	157 681	152 813	153 072	152 755	150 227	147 585	142 647	134 242	132 745	192 450
75-79	77 169	128 768	128 135	127 675	127 425	126 782	127 123	120 413	115 088	115 594
80-84	71 694	62 845	72 037	80 984	88 902	93 506	94 257	95 044	91 696	89 432
85-89	36 818	39 778	37 482	34 283	31 822	32 541	37 959	57 500	59 719	58 983
90-94	12 448	15 122	15 434	15 985	16 430	17 060	16 665	17 142	26 182	28 308
95+	2 315	3 327	3 521	3 739	3 966	4 104	4 289	4 986	5 638	8 446
Total	3 312 888	3 352 632	3 368 055	3 377 743	3 387 273	3 396 630	3 405 809	3 450 555	3 498 001	3 551 351
<i>Bruxelles-Capitale</i>										
0-19	219 552	227 379	231 371	232 408	233 509	234 257	235 148	235 223	233 450	231 950
20-64	567 180	579 883	588 670	590 126	591 584	593 486	595 586	610 389	620 613	629 269
65-69	46 277	40 632	39 719	38 887	38 672	38 578	38 394	38 873	46 653	48 273
70-74	46 481	39 694	39 148	38 788	37 982	37 251	36 010	34 244	34 979	42 416
75-79	25 477	36 780	35 774	34 881	34 087	33 297	33 204	30 441	29 213	30 208
80-84	25 786	20 469	22 960	25 140	27 163	28 030	27 374	25 212	23 417	22 796
85-89	14 260	14 662	13 545	12 369	11 280	11 199	12 754	17 162	16 254	15 384
90-94	5 341	6 112	6 281	6 433	6 570	6 744	6 474	5 981	8 100	7 930
95+	1 226	1 655	1 721	1 787	1 860	1 912	2 008	2 177	2 165	2 830
Total	951 580	967 266	979 189	980 819	982 707	984 754	986 952	999 702	1 014 844	1 031 056

Tableau 1.5.2.2. Perspectives de population par Région et par Communauté en Belgique, 1995-2020 (suite)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010	2015	2020
<i>Communauté flamande</i>										
0-19	1 430 112	1 401 190	1 395 813	1 389 012	1 383 116	1 378 695	1 375 326	1 338 892	1 295 936	1 277 569
20-64	3 670 550	3 688 175	3 704 665	3 710 210	3 712 682	3 715 426	3 722 826	3 757 535	3 736 230	3 678 135
65-69	302 359	316 691	312 421	309 771	311 294	311 279	306 629	304 611	368 113	389 865
70-74	263 022	276 740	282 111	287 632	289 670	290 649	287 192	280 479	281 235	341 854
75-79	137 538	222 302	224 289	226 050	227 320	229 451	234 427	245 748	242 710	246 458
80-84	130 422	110 989	125 035	139 688	154 974	163 368	165 969	178 234	189 249	189 787
85-89	67 170	74 458	70 207	64 267	58 856	59 878	68 013	102 823	113 352	122 675
90-94	22 425	28 234	29 202	30 350	31 471	32 452	31 951	31 165	47 748	54 573
95+	4 277	6 428	6 747	7 177	7 638	7 983	8 376	9 895	10 582	15 784
Total	6 027 875	6 125 207	6 150 489	6 164 156	6 177 020	6 189 181	6 200 708	6 249 382	6 285 155	6 316 701
<i>Communautés française et germanophone</i>										
0-19	1 009 615	1 014 957	1 019 121	1 019 830	1 021 409	1 021 838	1 021 854	1 005 248	995 909	997 044
20-64	2 423 752	2 445 602	2 465 700	2 475 001	2 482 043	2 490 692	2 502 385	2 573 151	2 571 251	2 565 883
65-69	212 793	193 173	187 154	182 471	181 974	181 568	180 006	176 952	247 368	250 090
70-74	196 260	185 759	185 565	184 949	181 752	178 503	172 535	162 665	161 778	227 655
75-79	98 315	159 295	157 827	156 626	155 717	154 419	154 682	145 679	139 335	140 667
80-84	93 096	79 834	91 094	101 850	111 447	116 771	116 977	115 970	111 132	108 353
85-89	48 654	51 947	48 724	44 549	41 184	41 836	48 545	71 744	73 210	71 752
90-94	16 881	20 195	20 647	21 324	21 883	22 658	22 038	22 106	32 905	34 890
95+	3 333	4 701	4 949	5 222	5 510	5 691	5 956	6 793	7 435	10 795
Total	4 102 699	4 155 463	4 180 782	4 191 823	4 202 920	4 213 976	4 224 979	4 280 308	4 340 322	4 407 127
<i>Belgique</i>										
0-19	2 439 727	2 416 147	2 414 934	2 408 842	2 404 525	2 400 533	2 397 180	2 344 140	2 291 844	2 274 612
20-64	6 094 302	6 133 777	6 170 365	6 185 211	6 194 725	6 206 118	6 225 211	6 330 686	6 307 481	6 244 018
65-69	515 152	509 864	499 575	492 242	493 268	492 847	486 635	481 563	615 481	639 955
70-74	459 282	462 499	467 676	472 581	471 422	469 152	459 727	443 144	443 013	569 509
75-79	235 853	381 597	382 116	382 676	383 037	383 870	389 109	391 427	382 045	387 125
80-84	223 518	190 823	216 129	241 538	266 421	280 139	282 946	294 204	300 381	298 140
85-89	115 824	126 405	118 931	108 816	100 040	101 714	116 558	174 567	186 562	194 427
90-94	39 306	48 429	49 849	51 674	53 354	55 110	53 989	53 271	80 653	89 463
95+	7 610	11 129	11 696	12 399	13 148	13 674	14 332	16 688	18 017	26 579
Total	10 130 574	10 280 670	10 331 271	10 355 979	10 379 940	10 403 157	10 425 687	10 529 690	10 625 477	10 723 828

Communauté flamande = Flandre + 17% Bruxelles Capitale; Communautés française et germanophone = Wallonie + 83% Bruxelles-Capitale.
Source: INS, Statistiques de population 1/01/1995 et INS, Perspectives de population 31/12/2000-31/12/2050, (2000).

Dans le tableau ci-dessous, nous illustrons la sensibilité des prévisions démographiques, lesquelles déterminent à leur tour les perspectives et les scénarios pour le secteur des soins. Nous comparons les prévisions de population de l'INS utilisées pour la première série de planification du personnel ('offre et demande de travail infirmier et soignant') avec celles de la deuxième série d'études ('Plus est en vous'). Lors de la récente projection, la population totale enregistre une croissance de 4% en dix ans et de 5% en vingt ans, soit plus que selon les projections antérieures: 2 à 3 points de plus pour la projection à 10 ans et 3 à 5 points de plus pour celle à 20 ans. L'augmentation de l'espérance de vie aux âges élevés intervient dans cette différence. Par exemple, d'ici à 2020, le groupe des 75 ans et plus en Communauté flamande augmenterait de 74% (au lieu de 59%) et, dans la Communauté française, de 41% au lieu de 30%. Chaque fois, nous observons la croissance la plus forte pour les personnes très âgées, de 1/4 à 1/3 de croissance supplémentaire. La demande de soins de ces groupes devrait augmenter de manière similaire, peut-être un peu plus faible si l'espérance de vie sans incapacité sévère augmente. Les conséquences des scénarios adoptés sont donc extrêmement sensibles aux hypothèses, ce qui plaide pour une actualisation permanente de ces perspectives, une sorte de 'planification du personnel continuellement revue', un *perpetuum mobile*.

Tableau 1.5.2.3. Comparaison des perspectives de population selon qu'elles sont basées sur 1995 ou 2000

	Base 1995				Base 2000			
	1995	2000	2010	2020	1995	2000	2010	2020
Communauté flamande								
0-64	5 100 661	5 087 400	5 066 434	4 892 208	5 100 662	5 089 365	5 096 427	4 955 704
65-74	565 381	589 417	568 157	693 330	565 381	593 431	585 090	731 719
75+	361 832	426 424	537 829	575 110	361 832	442 411	567 865	629 277
Total	6 027 875	6 103 241	6 172 420	6 160 648	6 027 875	6 125 207	6 249 382	6 316 700
Communautés française et germanophone								
0-64	3 433 367	3 432 071	3 474 750	3 394 690	3 433 367	3 460 559	3 578 399	3 562 926
65-74	409 053	386 500	329 432	444 347	409 053	378 932	339 617	477 745
75+	260 279	307 508	351 631	338 486	260 279	315 972	362 292	366 457
Total	4 102 699	4 126 079	4 155 813	4 177 523	4 102 699	4 155 463	4 280 308	4 407 128
Indice 1995=100								
Communauté flamande								
0-64	100	100	99	96	100	100	100	97
65-74	100	104	100	123	100	105	103	129
75+	100	118	149	159	100	122	157	174
Total	100	101	102	102	100	102	104	105
Communautés française et germanophone								
0-64	100	100	101	99	100	101	104	104
65-74	100	94	81	109	100	93	83	117
75+	100	118	135	130	100	121	139	141
Total	100	101	101	102	100	101	104	107

Source: INS, Statistiques de population 1/01/1995 et INS, Perspectives de population 31/12/2000 - 31/12/2050, (2000).

CHAPITRE 2

OFFRE DE TRAVAIL: ENTREE SUR LE MARCHE DU TRAVAIL DES NOUVEAUX DIPLOMES/CERTIFIES 1995-2020 ET RESERVE DE MAIN-D'ŒUVRE AU CHOMAGE

L'évolution du nombre de jeunes de seize ou dix-huit ans, détermine, nous l'avons vu, l'importance de la population susceptible d'entreprendre une formation soignante. Le facteur suivant est le taux d'attraction. Il permet d'estimer l'entrée dans les diverses formations. En combinant cet effectif scolaire avec les taux de réussite, on obtient les effectifs attendus de diplômés/certifiés et de professionnels pouvant entrer sur le marché du travail. Le présent travail se limite aux formations d'infirmier et de soignant. Ce faisant, on prend en compte la moitié des étudiants/élèves qui suivent une formation menant à une profession relevant du champ de la santé et de l'aide sociale; c'est du moins ce qui a été calculé pour la Communauté flamande (l'attractivité de toutes les formations de santé prises ensemble y équivaut approximativement au double de l'attraction exercée par les formations de soignant et d'infirmier). A la fin du présent chapitre, une évaluation de la réserve de main-d'œuvre que l'on retrouve au chômage sera également esquissée.

2.1. Production du système d'enseignement

2.1.1. Infirmiers

Les graphiques ci-dessous présentent l'évolution de la force d'attraction des formations de nursing en Communauté flamande et en Communauté française. Celle-ci est en forte croissance dans les deux communautés au début des années '90, époque où elle a atteint un record historique. Alors qu'en Communauté flamande la croissance se stabilisait au milieu des années '90, elle s'est poursuivie

pendant quelques années en Communauté française. En 1997, elle y atteint son point culminant, avec un taux d'attraction d'environ 10% (en ce compris les étudiants étrangers non résidents, 8,4% après l'exclusion de ceux-ci), contre 6% en Communauté flamande. Ces taux ont été calculés par rapport à la totalité du groupe des jeunes de 18 ans. Etant donné que ce sont principalement les filles qui commencent les formations d'infirmière et d'accoucheuse, ces taux peuvent être calculés par rapport aux jeunes filles de 18 ans; évidemment, ils sont alors deux fois plus élevés.

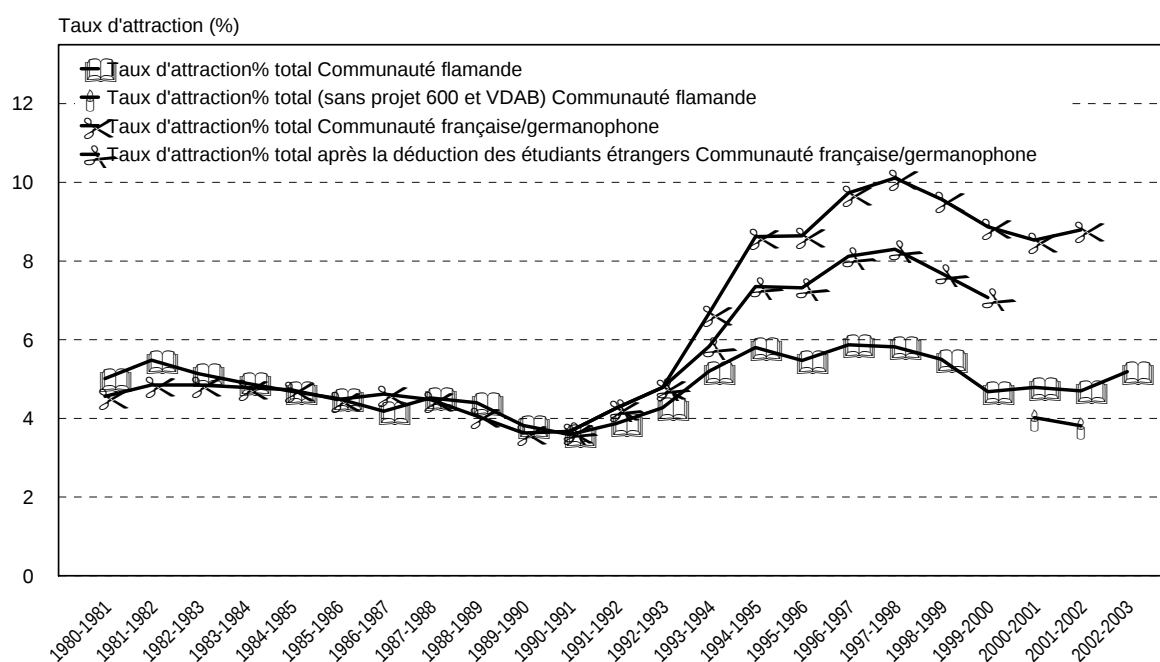
Des chiffres plus récents nous apprennent qu'au cours de la dernière année, la tendance à la baisse en Communauté flamande a fait place à une légère hausse. En Communauté française, ce phénomène était déjà apparu quelques années plus tôt. Si la tendance à la baisse s'était poursuivie, il y aurait eu de sérieux motifs d'inquiétude. Le léger redressement du pourcentage d'attraction est prometteur, mais la vigilance reste de mise et commande de suivre ces tendances de très près¹³.

¹³ Lorsque l'on compare entre elles l'attractivité de l'enseignement supérieur paramédical (ESP) et celle de l'enseignement professionnel secondaire du quatrième degré EPS4, elles sont très proches en Communauté flamande alors que, dans les Communautés française et germanophone, la formation de l'ESP est plus développée.

Force d'attraction des formations de nursing durant l'année scolaire 2000-2001:

	Infirmier EPS4	Infirmier ESP
Communauté flamande	2,15	2,65
Communautés française et germanophone		
- avec étrangers non résidents	3,50	5,04
- sans étrangers non résidents	2,13	4,95

Figure 2.1.1.1. Evolution du taux d'attraction des études en soins infirmiers (infirmiers gradués ESP et brevetés EPS4), 1980-2003, par communauté



Sources: Calculs HIVA-K.U.LEUVEN, données: 'Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Statistische Jaarboeken'; INS Perspectives de population; 'Intersectoraal Fonds voor de Gezondheidszorgen (2002)'.

Calculs SESA-UCL, données: Direction de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Communauté Française; Enquêtes SESA-UCL, 1996-2001.

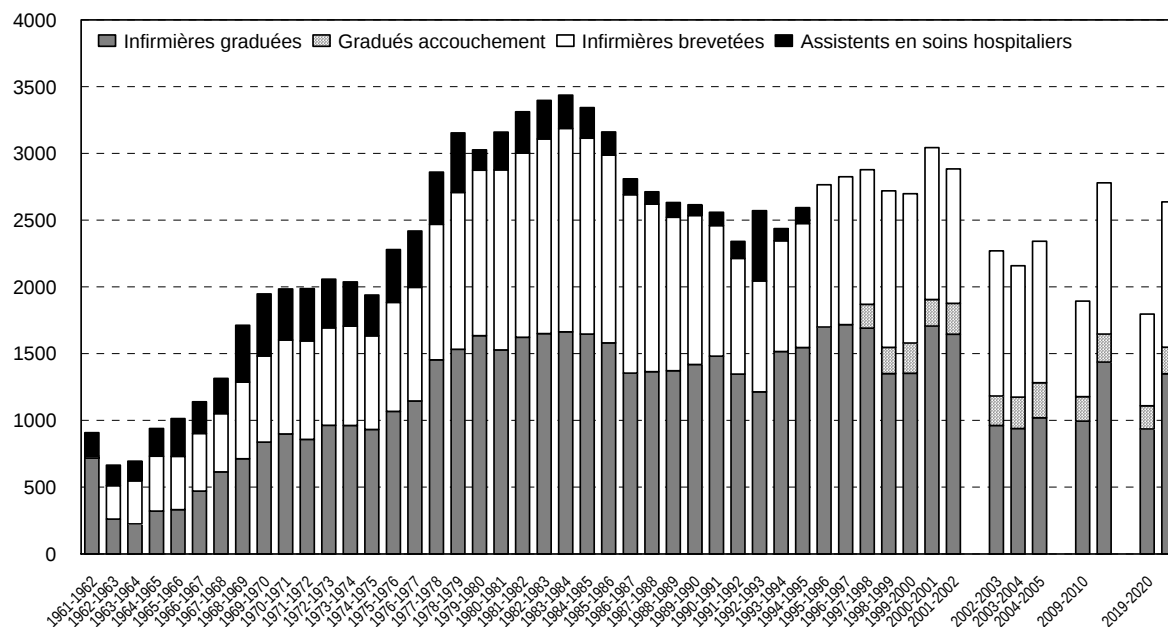
L'évolution ainsi décrite a inspiré les hypothèses pour l'avenir. Les taux d'attraction ont été projetés selon deux scénarios, l'un optimiste (attractivité croissant) et l'autre pessimiste (attractivité en baisse). En appliquant les taux moyens de réussite aux effectifs d'étudiants/élèves entreprenant la formation, on obtient les effectifs diplômés trois ans plus tard.

En Communauté flamande, le scénario optimiste suppose qu'en 2020 on sera revenu progressivement au niveau d'attractivité du milieu des années '90. Le scénario pessimiste se base sur les taux les plus bas du début des années '90. Les taux bruts de réussite des formations d'infirmier de l'ESP, des accoucheuses et des infirmiers EPS4 sont supposés être respectivement: 68%, 51% et 67%. Les résultats de cette projection sont repris jusqu'en 2020 dans le graphique ci-dessous. On y a aussi présenté les effectifs annuels de diplômés/certifiés depuis 1962. De ce regard rétrospectif, il ressort que les promotions actuelles sont élevées comparé à celles des années qui ont marqué le début du développement du secteur des soins. Ainsi, en 2000-2001, le nombre de diplômés est supérieur à 3 000 unités alors qu'il était inférieur à 1 000 en 1962.

Jusqu'à l'année scolaire 2004-2005, les données relatives aux sorties peuvent être calculées de manière assez précise, car l'on connaît déjà le nombre d'étudiants qui

ont entamé leurs études. La projection de 2005 à 2020, selon les scénarios optimal et minimal, aboutit à une fourchette de résultats allant de 1 800 à plus de 2 500 infirmiers et accoucheuses.

Figure 2.1.1.2. Evolution du nombre de diplômés, 1961-2020, Communauté flamande



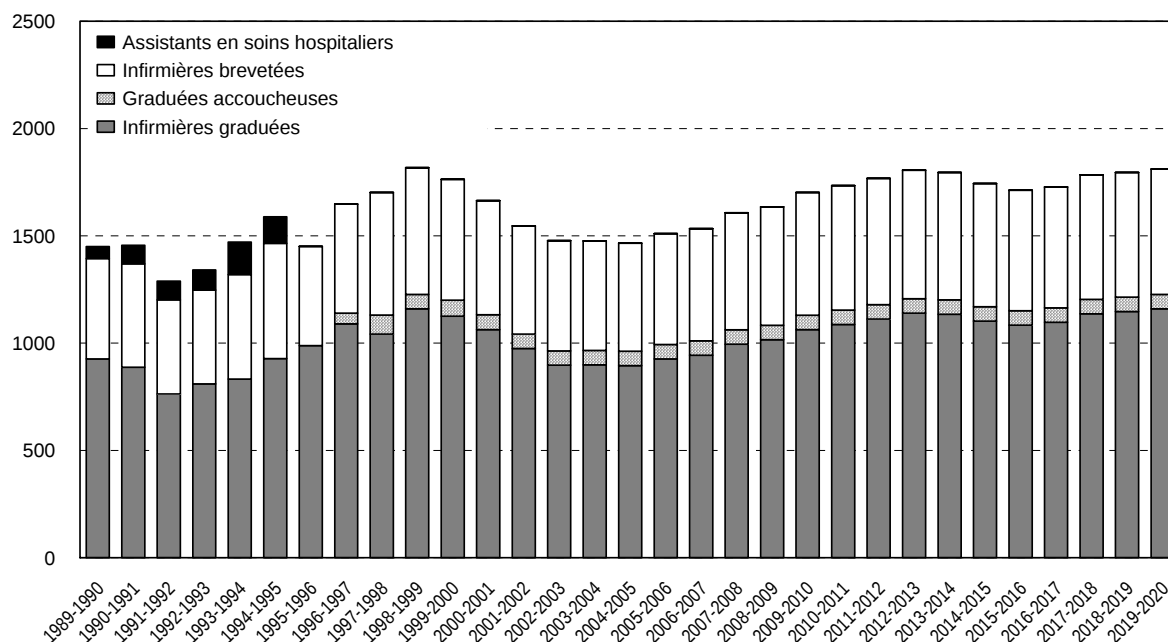
* Jusqu' en 2001-2002, il s'agit de chiffres réels. Pour 2000-2001 et 2001-2002 le nombre des diplômes inclut ceux obtenus dans le cadre du 'projet passerelles'. Dans les estimations ultérieures, on n'a pas tenu compte de ces derniers; de 2002-2003 à 2004-2005, il s'agit d'estimations sur base des nombres d'étudiants de première année, lesquels sont déjà connus. Les effectifs 2005, 2010 et 2020 ont été calculés en fonction de deux scénarios d'évolution.

Sources: Calculs HIVA-K.U.LEUVEN, données: 'Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Statistische Jaarboeken; INS, Statistiques démographiques (1995-2001) et INS, Perspectives de population (2000).

En Communauté française, le scénario optimiste suppose également que le taux d'attraction en 2020 aura rejoint le niveau élevé de l'année 1997-1998, soit 5,9% des jeunes de 18 ans pour les infirmiers ESP et 2,4% pour les infirmiers EPS4. Pour le scénario minimal, on reviendrait à des taux du début des années 90, soit 4% en ESP et 2% en EPS4. Il s'agit ici de taux calculés en excluant les étudiants étrangers non résidents. Le pourcentage de réussite est celui observé pour la cohorte commençant ses études en 1997: 42% pour les infirmiers gradués et 46% pour les infirmiers brevetés. Pour la formation de sage-femme, l'hypothèse retenue est que, comme en 1999, 67 étudiants décrochent chaque année leur diplôme. On aurait pu imaginer que les taux de réussite se redressent dans l'avenir et se rapprochent de ceux affichés en Flandre. Il est apparu difficile de le supposer, alors que ces taux étaient en chute libre depuis près de dix ans. Les stabiliser à un niveau aussi faible ne fait cependant guère preuve d'optimisme. Cette option a été retenue dans l'espoir que les conséquences qui en découlent incitent les responsables de

l'enseignement en Communauté française à se demander s'il existe des moyens d'éviter cette hémorragie et, s'ils existent, à les mettre en œuvre. Les deux graphiques ci-dessous, présentent les résultats des scénarios haut et bas d'évolution du nombre d'infirmiers diplômés ou certifiés et d'accoucheuses. L'attractivité élevée compensant quelque peu la faiblesse des taux de réussite, les vingt prochaines années verront arriver sur le marché de l'emploi de 1 400 à 1 500 nouveaux gradués et brevetés dans le scénario bas et de 1 500 à 1 800 dans le scénario haut. Si on compare ces perspectives avec celles de la Communauté flamande à la figure précédente, on remarquera que les promotions attendues en Communauté française selon le scénario haut, sont inférieures à celles du scénario bas en Communauté flamande.

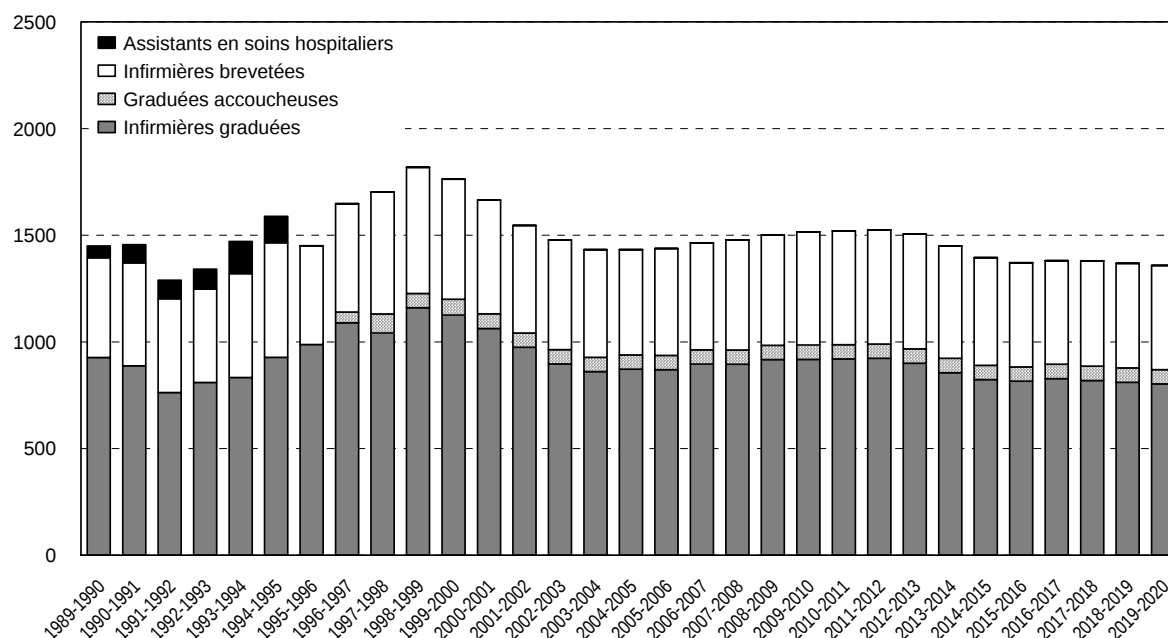
Figure 2.1.1.3. Evolution du nombre de diplômés/ brevetés infirmiers et accoucheuses, 1989-2020, en Communautés française et germanophone, après exclusion des étudiants étrangers non résidents en Belgique, projection 2004-2020, scénario haut



* Jusqu'en 1999-2000 les effectifs de diplômés/certifiés ont été réellement délivrés dans l'enseignement de plein exercice. Toutefois les diplômés étrangers non résidents en Belgique ont été décomptés depuis 1995-1996. De 2000-2001 à 2002-2003, les diplômés ont été calculés en fonction du nombre connu d'étudiants inscrits en 1ère année et résidant en Belgique et, à partir de 2003-2004, la projection est effectuée selon un scénario haut d'attraction, qui exclut cependant les étudiants étrangers non résidents. Les diplômes obtenus grâce au 'programme passerelles' par des professionnels déjà diplômés ne sont pas repris.

Source: Calculs SESA-UCL.

Figure 2.1.1.4. Evolution des nouveaux diplômés en soins infirmiers, 1989-2020, Communautés française et germanophone, projection 2004-2020, scénario bas

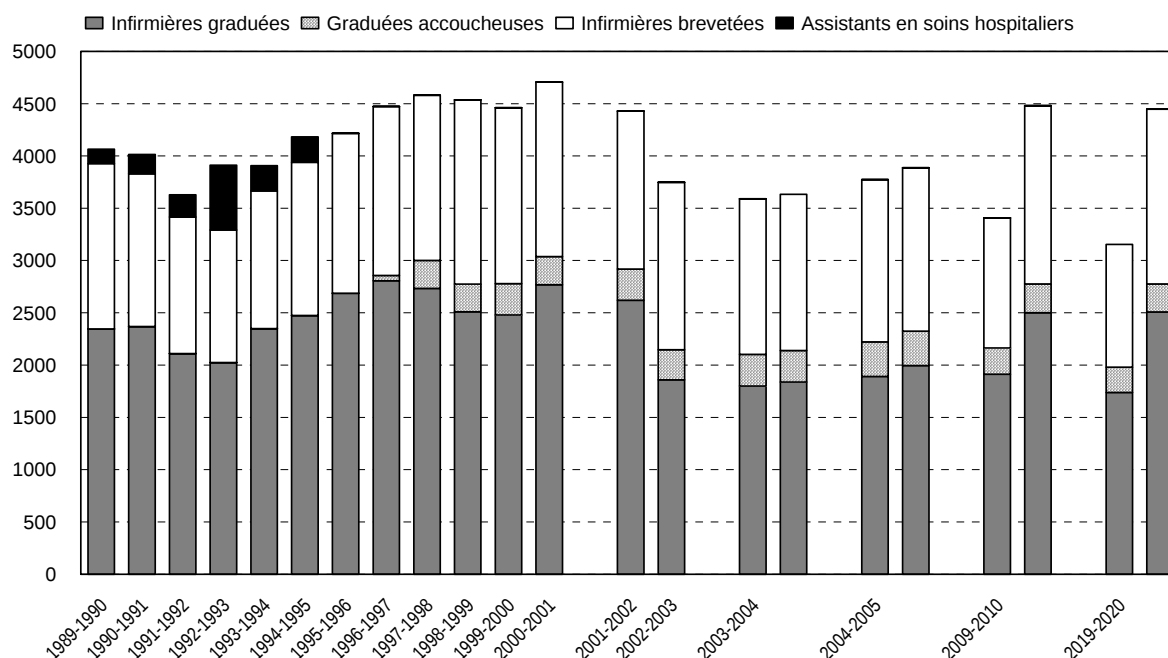


* Voir légende Figure 2.1.1.3. A partir de 2003-2004: scénario bas d'attraction.

Source: Calculs SESA-UCL.

En agrégeant les résultats des scénarios par communauté, tels que décrits ci-dessus, on obtient une estimation pour la Belgique (cf. figure suivante). Au cours des années '90, le nombre de diplômés/certifiés a culminé pendant quelques années autour de 4 500 infirmiers et accoucheuses. A l'avenir, ce nombre pourrait osciller entre 3 000 et 4 500 unités.

Figure 2.1.1.5. Evolution des nouveaux diplômés et brevetés en soins infirmiers, 1989-2020, Belgique, projection 2004-2020, scénarios haut et bas*



* A partir de 2003-2004: à gauche, scénario bas; à droite, scénario haut.

Légende voir tableaux précédents.

Sources: Calculs HIVA-K.U.Leuven et SESA-UCL, cf. Figures 2.1.1.3 et 2.1.1.4 .

2.1.2. Soignants

Tout comme pour les infirmiers, des perspectives peuvent être calculées pour estimer les futurs nouveaux soignants. Dans les études antérieures ('Demande et offre dans les professions soignantes en Belgique': Deschamps, Leclercq, Pacolet, Leroy, Lanoye & Gos, 1998), nous avons déjà souligné combien étaient diversifiées les catégories professionnelles et les diplômes entrant en ligne de compte pour ces professions, ce qui en rend parfois très complexe toute délimitation précise. Certaines formations faisant partie du champ de l'aide et des soins (par exemple éducateur EST) ne sont d'ailleurs pas prises en considération dans ce qui suit.

Pour la Communauté flamande, l'attraction est définie comme le rapport du nombre d'élèves de première année du troisième degré de l'enseignement secondaire par rapport au nombre de jeunes de 16 ans de cette Communauté; le numérateur inclut la somme des formations des sciences de la santé et du bien-être (ETS) et des soins (EPS). En Communauté française, les nombreux changements d'orientation d'une année à l'autre rendent peu significatif le calcul d'un taux d'attraction en 1^{ère} année du 3^{ème} degré. De plus, depuis 1990, l'enseignement de Promotion sociale délivre un nombre important de certificats de soignants de

niveau équivalent au Cq6. Aussi, en Communauté française, l'indicateur retenu pour mesurer l'attrait de la formation de soignant rapporte-t-il le nombre total de certificats de soignant obtenus eu égard aux jeunes de 19 ans. Alors que le taux d'attraction fournit une indication de l'entrée dans les formations du troisième degré, le rapport entre attestations et jeunes donne une image des professionnels sortant de ces formations. Une série comparable de rapports calculés sur base des certificats de soignant est fournie également pour la Communauté flamande.

Malgré cette diversité d'approche, il apparaît clairement que l'attrait pour la formation soignante a connu une croissance particulièrement forte en Communauté française de 1993 à 1999, et qu'elle s'est stabilisé ensuite à un niveau élevé. Par rapport aux jeunes âgés de 19 ans, le nombre de Francophones ayant obtenu un certificat a doublé dans la deuxième moitié des années '90. Le pourcentage de diplômés au cours de cette période est même supérieur au pourcentage d'élèves qui entament cette formation en Flandre.

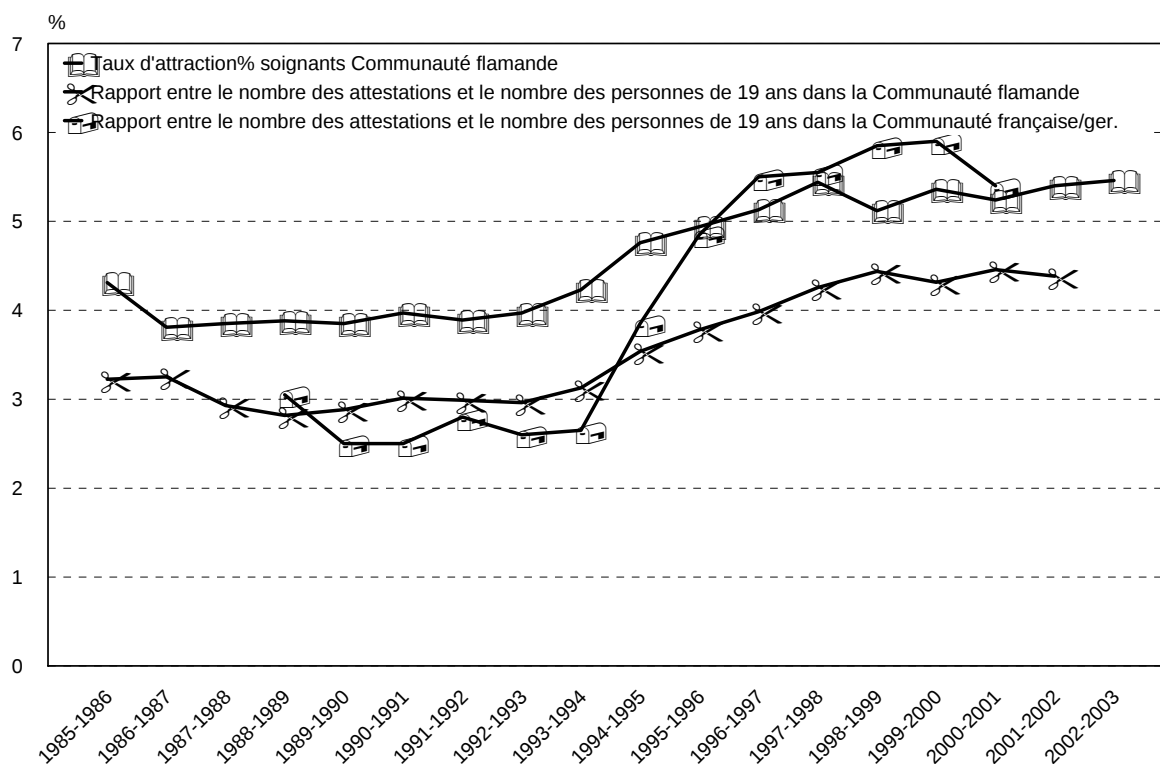
Au cours de la même période, la croissance en Communauté flamande est continue, mais un peu moindre. L'attrait de ces formations n'y a jamais été aussi élevé que ces dernières années. Le rapport entre le nombre de certificats et le nombre de jeunes de 19 ans indique actuellement un niveau historiquement élevé. Néanmoins, dès l'année scolaire 1994-1995, le nombre de soignants obtenant leur certificat est plus élevé en Communauté française qu'en Communauté flamande. Par ailleurs, un nombre relativement élevé de ces soignants néerlandophones poursuivent leurs études pour devenir infirmiers. Selon un sondage du VVKSO, 23% des élèves qui sortent de la 6ème année de soignant BSO (= EPS) optent pour une formation en soins infirmiers du 4ème degré¹⁴. De plus, dans la formation en soins infirmiers BSO du 4ème degré, environ deux tiers des élèves ont suivi une formation soignante préalable en BSO et environ un tiers en TSO (= ETS)¹⁵.

En Communauté française, il est possible qu'un certain nombre de soignants issus de l'EPS et de l'ETS puissent également entreprendre une formation d'infirmier. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude récente à ce sujet, mais selon les directeurs d'école interrogés, ce serait un phénomène limité à un petit nombre d'élèves. Lorsqu'ils y parviennent, ont-ils une chance de réussite suffisante? On peut en douter.

¹⁴ Calculs HIVA-K.U.Leuven basés sur un sondage auprès des jeunes ayant quitté l'école en 1997-1998, effectué par le VVKSO.

¹⁵ Calculs HIVA-K.U.Leuven, données provenant du Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Hogescholen.

Figure 2.1.2.1. Evolution du taux d'attraction des formations de soignants (1980-2003), par Communauté

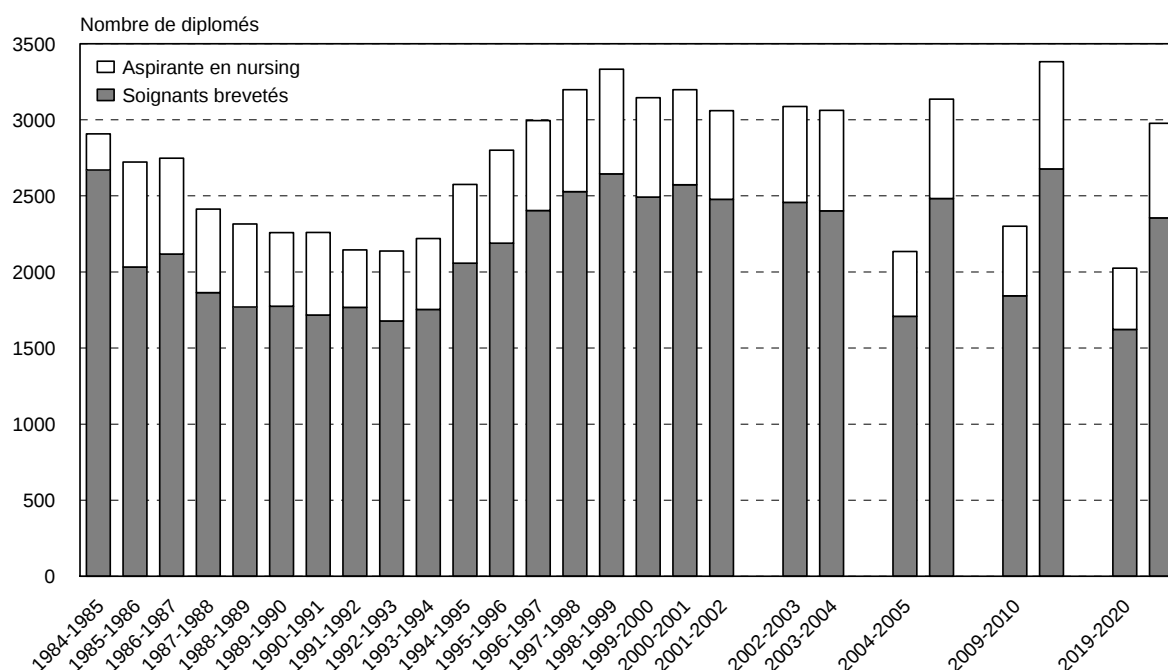


* En Communauté flamande, le taux d'attraction de 2002-2003, n'inclut pas les élèves qui suivent l'enseignement modulaire; ceci induit une certaine sous-estimation.

Sources: Calculs HIVA-K.U.LEUVEN, statistiques du 'Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Statistische Jaarboeken', NIS-bevolkingsstatistieken, Ministerie van Sociale Zaken (2002)' et 'Intersectoraal Fonds voor de Gezondheidszorgen (2002)'. Calculs SESA-UCL, statistiques du Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la CFB

Quelle sera l'évolution du nombre de soignants formés en Belgique? En Communauté flamande, le scénario haut adopte l'hypothèse que l'attractivité élevée des formations, observée au cours de ces dernières années, se maintiendra. Le scénario bas, suppose que le pourcentage d'attraction diminuera, pour revenir au niveau des années quatre-vingt. L'effectif d'élèves entrant est ensuite multiplié par le pourcentage de réussite, afin d'obtenir le nombre de sortants certifiés. Le nombre annuel de ceux-ci s'établirait dans une fourchette de 2 000 à 3 000 selon les scénarios retenus.

Figure 2.1.2.2. Evolution du nombre de soignants certifiés annuellement dans l'EPS (BSO) et l'ETS (TSO) en Communauté flamande: 1984-2020

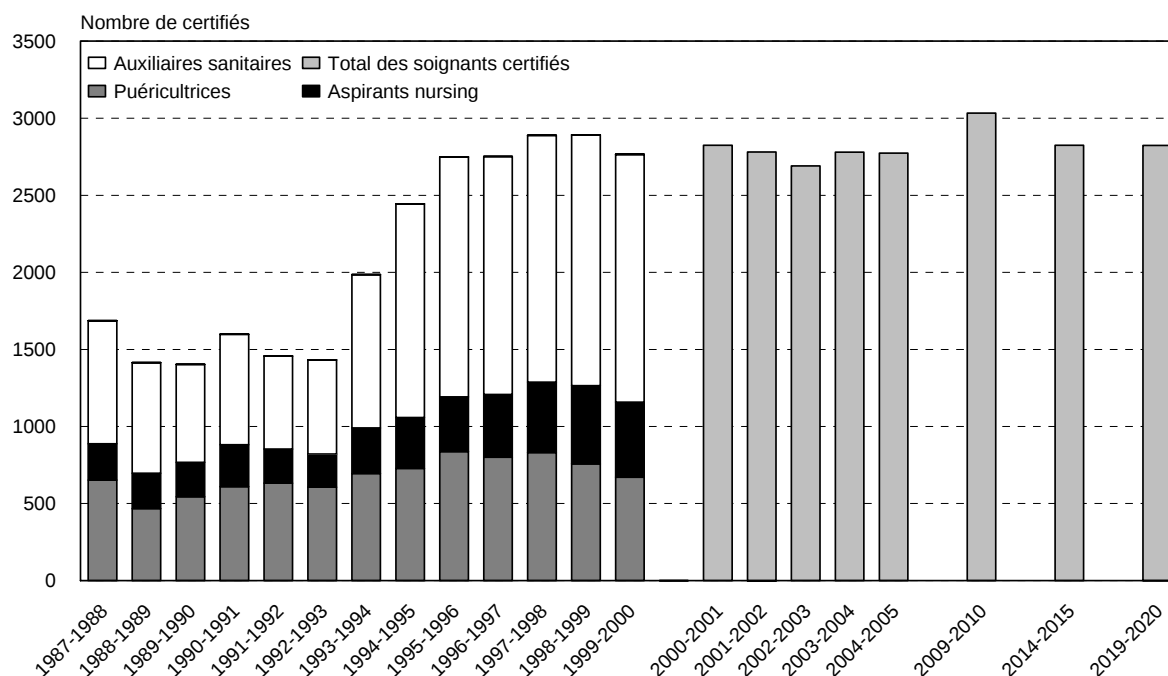


* 2002-2003 et 2003-2004 sont estimés à partir du nombre d'étudiants inscrits en 1ère année du troisième degré en 2001-2002 et 2002-2003; depuis 2004-2005, les effectifs sont calculés selon 2 scénarios.

Sources: Calculs HIVA-K.U.Leuven; données: 'Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Statistische Jaarboeken', 'NIS bevolkingsstatistiek (1995-2001)' et 'Bevolkingsprognoses NIS (2000)'

En Communauté française, l'indicateur d'attraction retenu est le rapport entre le nombre de certificats de soignant délivrés et le nombre de jeunes âgés de 19 ans. Le scénario extrapole l'attractivité élevée observée au cours de la décennie écoulée. L'effectif ainsi obtenu est de même niveau que celui du scénario haut en Communauté flamande. Dans chaque Communauté, l'évolution au cours des années 90 - doublement en 10 ans - témoigne d'un grand intérêt pour ces formations, lequel devrait se poursuivre à l'avenir. La question reste cependant posée de savoir si ces jeunes gens, travailleront effectivement dans le champ de la santé et de l'aide sociale quand ils auront obtenu leur certificat.

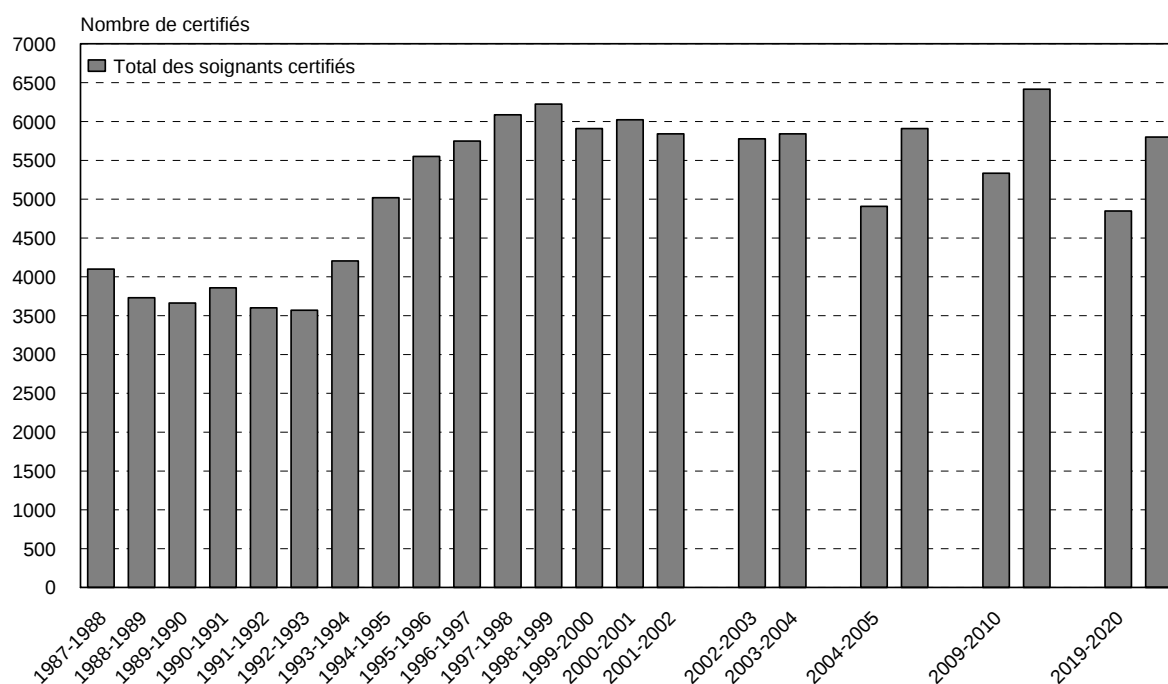
Figure 2.1.2.3. Evolution du nombre de soignants certifiés annuellement dans l'ETS et l'EPS en Communauté française & germanophone, 1984-2020,



* Le nombre de nouveaux certifiés depuis 2001 est estimé en utilisant le taux moyen de certification des six années précédentes par rapport aux jeunes filles âgées de 19 ans en CFGB.

Sources: Calculs SESA-UCL, statistiques du Ministère de la Communauté française, Direction Générale de la Santé, Service général de l'informatique et des statistiques.

En globalisant ces scénarios pour la Belgique, ce sont, chaque année, de 5 000 à 6 000 soignants qui sont susceptibles d'entrer sur le marché du travail (cf. graphique ci-dessous). Toutefois, certains d'entre eux peuvent poursuivre une formation en soins infirmiers. L'importance de ces effectifs repose sur l'hypothèse du maintien d'une attractivité élevée ou du moins moyennement élevée, comme au cours des années '90. Cet apport important freine-t-il le nombre d'étudiants entreprenant actuellement des études d'infirmier? Il semble que ce soit le cas en Communauté flamande, alors que rien ne permet de le penser du côté francophone.

Figure 2.1.2.4. Evolution des titres de soignants, 1984-2020, Belgique

* Communauté flamande: les estimations pour 2002-2003 et 2003-2004 sont basées sur le nombre d'étudiants inscrits en 1ère année du troisième degré un an plus tôt; à partir de 2004-2005 les chiffres envisagent 2 scénarios. En Communauté française, on a utilisé un seul scénario depuis 2000-2001.

Sources: Calculs HIVA-K.U.LEUVEN et SESA-UCL. Cf. figures 2.1.2.2. et 2.1.2.3.

2.2. Nombre de diplômes et de certificats attendus de 2001 à 2020: chiffres bruts et chiffres nets

Le nombre de diplômes et de certificats attendus dans les diverses formations d'infirmiers et de soignants a fait l'objet d'une projection à moyen terme (2001-2005) et à long terme (2001-2020) selon deux scénarios. Ces perspectives ont été comparées (cf. tableau 2.2.1.) aux chiffres de la période précédente (1996-2000).

Pour la Communauté flamande, une distinction est faite entre les chiffres dits « bruts » et les chiffres « nets ». Les chiffres bruts concernent le nombre total de diplômes ou de certificats obtenus. A ce stade, tous les diplômes et certificats sont comptabilisés, sans prêter attention au fait qu'un étudiant peut cumuler plusieurs titres d'étude dans le même niveau d'étude ou dans des niveaux différents. Ainsi, après trois ans de formation (en soins généraux ou dans une option de spécialité) certains gradués suivent parfois une année supplémentaire pour obtenir un (autre) diplôme de spécialité; de même, pour les soignants qui suivent une septième année dans une orientation soignante de l'enseignement secondaire du 3^{ème} degré,

ou qui poursuivent des études en soins infirmiers en EPS4. Les chiffres nets sont calculés en évitant ces doubles comptages¹⁶.

Pour la Communauté française, les chiffres nets ont été utilisés d'emblée; on parle alors de **nouveaux diplômés ou certifiés** et non de diplômés et de certificats. Il n'y a donc pas de doubles comptages pour les personnes qui obtiennent un deuxième diplôme au sein d'un même niveau de formation. Par ailleurs, un sondage effectué auprès des écoles a fait apparaître que peu d'élèves ayant un certificat de soignant poursuivent des études de niveau supérieur pour devenir infirmier. On n'a donc pas décompté le nombre d'élèves entrant en EPS4 des effectifs de soignants certifiés, sans pouvoir exclure absolument que la somme des soignants et des infirmiers ne comprenne aucun double comptage. Par contre, les étrangers ne résidant pas en Belgique ont été décomptés du nombre de diplômés, car la probabilité qu'ils exercent en Belgique est faible.

En Communauté flamande, environ 35 500 diplômes/certificats infirmiers ou soignants (chiffres bruts) ont été attribués au cours des années 1996-2000 et, ce nombre est évalué à 34 000 ou 36 500 pour 2001 à 2005. Au cours des vingt prochaines années, environ 113 000 à 151 000 diplômes ou certificats pourraient être délivrés dans le cadre des formations infirmières ou soignantes. Calculé en chiffres nets, l'apport de nouveaux infirmiers et soignants était de 20 800 entre 1996 et 2000 ($\pm 4\,000$ par an). Au cours des cinq années qui suivent, on peut s'attendre à un nombre similaire. Pour les vingt années 2000-2020, on peut espérer l'arrivée sur le marché des soins d'effectifs se situant entre 67 000 et 89 000.

En Communauté française, quelque 22 500 étudiants/élèves résidant en Belgique (chiffres nets) ont obtenu un diplôme de soignant ou d'infirmier de 1996 à 2000 (en ce qui concerne les soignants, c'est plus qu'en Communauté flamande, sans qu'il soit certain que tous les doubles comptages aient été éliminés). Pour les cinq années suivantes, l'on s'attend à un nombre similaire de 21 000 personnes et, pour les vingt années à venir, les prévisions se situent entre 87 000 et 91 000. Les chiffres de soignants restent plus élevés qu'en Communauté flamande, les pourcentages d'attraction étant plus élevés du côté francophone. Dans l'hypothèse où les deux Communautés forment des marchés du travail communicants, non seulement à Bruxelles, mais aussi dans le reste du pays, il est nécessaire de suivre de près leurs évolutions respectives.

¹⁶ Au cours de l'année scolaire 2000-2001, le programme passerelle a été organisé pour la première fois, dans lequel les infirmiers EPS4 peuvent obtenir en un ou deux ans le diplôme d'infirmier ESP. En ce qui concerne la période 2001-2005, les diplômes qui sont obtenus dans le cadre du programme-passerelle sont comptabilisés pour les années scolaires 2000-2001 et 2001-2002. En 2000-2001, il s'agit de 388 diplômes et en 2001-2002 de 566 diplômes. Les années suivantes concernent des estimations/scénarios et, dans ce cadre, ces diplômes n'ont pas été pris en considération.

Tableau 2.2.1. Nouveaux infirmiers et soignants, diplômés/certifiés de 1996 à 2020, attendus de 2001 à 2020 selon deux scénarios de projection, par communauté

	1996-2000 Délivrés	2001-2005 Scénario haut	2001-2005 Scénario bas	2001-2020 Scénario haut	2001-2020 Scénario bas
Communauté flamande					
<i>Infirmiers (chiffres bruts)¹</i>	13 876	12 695	12 695	55 244	42 089
ESP (HO) ³	8 412	7 421	7 421	33 012	26 116
EPS4 (BSO)	5 464	5 274	5 274	22 232	15 973
<i>Soignants (chiffres bruts)¹</i>	21 583	23 687	21 680	96 101	71 153
6 ^{ème} année, orientation Soins	12 257	12 391	11 618	49 991	37 506
7 ^{ème} année, Puéricultrice, Aide à domicile et aux personnes âgées	6 114	8 144	7 139	33 052	24 289
Sciences de la santé et du bien-être	3 212	3 152	2 923	13 058	9 358
<i>Total Infirmiers et soignants (chiffres bruts)¹</i>	35 459	36 382	34 375	151 345	113 242
<i>Total infirmiers (chiffres nets)¹</i>	13 228	12 212	12 212	53 039	40 386
<i>Total soignants (chiffres nets)¹</i>	7 581	8 827	7 935	35 780	26 452
<i>Total infirmiers et soignants ¹</i>	20 809	21 039	20 147	88 819	66 838
Communautés française et germanophone					
<i>Infirmiers (chiffres nets)^{1, 2}</i>	8 102	7 293	7 217	31 954	27 862
ESP ³	5 406	4 729	4 668	20 876	17 663
EPS4	2 696	2 564	2 549	11 078	10 199
Accoucheuses ²	280	337	337	1 342	1 342
<i>Soignants</i>	14 047	13 848	13 848	57 495	57 495
Puéricultrices	3 896	-	-	-	-
Auxiliaires familiales et sanitaires	2 213	-	-	-	-
Aspirant nursing	7 938	-	-	-	-
<i>Total infirmiers et soignants</i>	22 429	21 478	21 402	90 791	86 699

1. Les chiffres bruts concernent le nombre total de diplômes ou de certificats obtenus. Les chiffres nets sont calculés en évitant les doubles comptages lorsque les mêmes personnes sont titulaires de plusieurs titres.
2. Les diplômes obtenus par des étrangers ne résidant pas en Belgique ne sont pas inclus.
3. Y compris les diplômes d'accoucheuse. A noter que seules les accoucheuses ayant obtenu leur diplôme avant le 1er octobre 2005 pourront exercer l'art infirmier aux mêmes conditions que les infirmières graduées (Loi du 10 août 2001).

Source: Synthèse des tableaux précédents.

2.3. Nombre total d'infirmiers et de soignants actifs dans la profession en 2001-2020: estimation de l'offre

Après avoir estimé combien de personnes terminaient leurs études avec un diplôme ou un certificat d'infirmier ou de soignant (cf. tableau 2.2.1. ci-dessus), on s'est demandé combien de ces nouveaux diplômés ou certifiés entraient réellement sur le marché du travail soignant, soit qu'ils occupent un emploi dans le secteur des soins, soit qu'ils soient enregistrés comme chômeurs complets indemnisés ou demandeurs d'emploi en tant qu'infirmier ou soignant.

En Communauté française, l'emploi infirmier et soignant a augmenté moins vite entre 1996 et 2001 que les effectifs d'infirmiers et de soignants potentiellement actifs compte tenu du nombre de nouveaux diplômés et des départs à la retraite. L'évolution ne s'explique qu'en prenant en compte les taux d'inactivité observés lors du recensement de 1991 (cf. Manpower planning, tome 2, p. 100-101). Pourquoi des professionnels ne sont-ils pas actifs dans le secteur des soins? Certains d'entre eux ne sont peut-être pas intéressés à travailler et, en particulier, à travailler dans le secteur des soins. A moins, autre hypothèse, qu'il n'y ait pas pour eux d'offres d'emploi. En effet, si emploi il y avait, le taux élevé du chômage en Wallonie et à Bruxelles devrait inciter les demandeurs d'emploi à saisir cette opportunité. Mais, une troisième hypothèse est possible: une partie des soignants demandeurs d'emploi ne disposent peut-être pas des compétences exigées par les employeurs. Ceci pourrait expliquer pourquoi, un grand nombre de soignants – avec ou sans certificat de qualification – se retrouvent au chômage en Wallonie et à Bruxelles, malgré les programmes de formation et de mise au travail des chômeurs.

En Communauté flamande, il a été supposé que toutes les personnes sorties de l'enseignement étaient intéressées par un emploi dans le secteur des soins. Dans un passé récent, on a même remarqué que le nombre d'emplois infirmiers additionnels au cours de la période 1995-2000 était plus élevé que ne pouvait l'expliquer l'apport en provenance de l'enseignement (Pacolet J., Cattaert G., Coudron V., Van De Putte I., 2004). La remise au travail d'infirmiers et de soignants inactifs ou à temps partiel ferait la différence. Le manque de précision des statistiques actuelles nécessite cependant des recherches ultérieures disposant de données plus exhaustives¹⁷.

¹⁷ Au sein de la cellule Planification du SPF Santé Publique (Offre médicale) un nombre plus important d'informations à ce propos seront sûrement disponibles à l'avenir, notamment en provenance du cadastre des professions de santé. Plus généralement, l'analyse de la situation de l'emploi sur base du Recensement de 2001 pourra également fournir des informations utiles pour les professions soignantes.

2.3.1. Communautés française et germanophone

2.3.1.1. Infirmiers

Le nombre d'infirmiers et de soignants qui termineront leurs études ayant été estimé jusqu'en 2020, ces effectifs sont introduits parmi ceux des professionnels potentiellement actifs au début de la période. A cette population, sont appliqués les taux de survie par âge¹⁸, les taux d'activité et les taux d'activité dans le secteur de la santé par âge et sexe, obtenus lors du recensement de 1991¹⁹. On obtient ainsi une estimation du nombre de personnes qui travailleront dans le secteur de la santé, tenant compte à la fois des entrées et des départs²⁰. Le degré de travail à temps partiel et la durée moyenne de travail permettent ensuite de convertir le nombre de personnes en équivalents temps plein (ETP). Ces deux derniers indicateurs sont également basés sur le Recensement de 1991.

Les deux scénarios en Communauté française diffèrent principalement en fonction du taux d'attraction appliqué pour l'évaluation des nouveaux diplômés. De plus, le scénario haut assume une hypothèse de croissance du taux d'activité à partir de 2001 s'élevant à 0,225% par an. C'est la croissance qui a été constatée par le Ministère du Travail et de l'Emploi dans la population belge entre 1999 et 2001. Le scénario bas, par contre, suppose que le degré d'activité reste constant. L'utilisation des taux d'activité obtenus en 1991, même revus à la hausse dans l'hypothèse haute, souligne l'écart important entre le nombre de professionnels en âge de travailler et les effectifs de travailleurs actifs, entre ceux-ci et le nombre d'ETP. Le résultat, bien sûr, est fonction de l'hypothèse retenue.

¹⁸ Taux de survie spécifiques à la population ayant un niveau d'instruction supérieur en CFGB (Cf. Gadeyne et Deboosere, 2002).

¹⁹ Leroy & al., *Manpower Planning 2000-2010-2020*, Tome 2, O.C. pp. 62-65 et Tableau annexe 2.1.3.3.1. Les taux d'activité professionnelle incluent les demandeurs d'emploi dans la population active, mais ceux-ci sont peu nombreux (Cf section 2.4)

²⁰ Les projections tiennent compte du report officiel de l'âge de la pension à 65 ans mais appliquent à la classe d'âge 60-64 ans un taux très bas d'activité (7%).

Tableau 2.3.1.1.1. Offre de travail infirmier ¹: diplômés en âge de travailler, diplômés ayant une activité professionnelle, diplômés actifs dans le champ de la santé: nombre de personnes et d'ETP: Communauté française, estimations 2001-2020

	Diplômés en âge de travailler	Diplômés ayant une activité professionnelle	Diplômés actifs dans le champ de la santé (personnes)	Diplômés actifs dans le champ de la santé (ETP)
<i>Scénario haut ²</i>				
2001	44 456	38 999	31 466	28 116
2005	49 393	42 970	34 426	30 754
2010	55 452	47 003	37 323	33 307
2015	60 965	50 902	40 322	36 080
2020	64 957	53 783	42 503	38 116
<i>Scénario bas</i>				
2001	44 456	38 999	31 466	28 116
2005	49 350	42 544	34 081	30 443
2010	54 971	45 595	36 160	32 239
2015	59 196	47 605	37 554	33 520
2020	61 325	48 027	37 667	33 678

1 Y compris les accoucheuses et les ASH.

2 Le scénario haut repris dans cette synthèse tient compte, à la fois, d'un taux d'attraction élevé et d'une croissance régulière du taux d'activité.

Source: Calculs SESA-UCL.

Selon ces deux scénarios, le nombre d'infirmiers en âge de travailler en Communauté française augmenterait de 38% à 46% au cours des vingt années considérées, mais le nombre d'infirmiers ETP actifs dans la profession n'augmenterait que de 20% à 36%.

2.3.1.2. Infirmiers

Pour estimer l'offre d'emploi des soignants, les variations possibles du taux d'attraction ne constituent pas la principale inconnue. Une seule hypothèse d'attraction a été retenue: la moyenne des six années précédant 2001. Par contre, le taux de pénétration des soignants sur le marché du travail soignant est susceptible de varier très fortement en fonction des chances qu'ont les soignants de trouver un emploi dans le secteur des soins. Deux hypothèses ont été envisagées. Ce sont celles qui, selon nos calculs, pourraient rendre compte de ce qui s'est passé durant la période 1995 à 2000 en Communauté française: de 33% à 50% seulement des soignants récemment formés seraient employés ou demandeurs d'emploi de soignant dans le secteur des soins.

Après avoir pris en compte le remplacement des sorties du marché du travail suite aux départs anticipés ou à l'âge de la retraite, on pourrait compter, de 2001 à 2020,

une offre supplémentaire de 27 564 soignants en âge de travailler. Si le taux de pénétration de ces nouveaux soignants s'élevait à 50%, l'augmentation des actifs sur le marché de l'emploi (occupés ou demandeurs d'emploi) serait de quelque 10 000 pendant la même période. Elle se limiterait à un millier si le taux de pénétration n'était que de 33% !

L'estimation du volume de travail ETP effectivement fourni par les soignants est calculée ensuite en se basant sur le taux de chômage de ceux-ci en 2000 (18%) et du taux de travail à temps partiel observé en 1991. Le maintien d'un taux de chômage aussi élevé suppose l'existence d'une inadéquation persistante entre la formation des soignants et les attentes des employeurs.

Tableau 2.3.1.2.1. Offre de travail soignant: soignants qualifiés en âge de travailler, soignants actifs dans le champ de la santé: nombre de personnes et d'ETP: Communauté française, 2001-2020

	Soignants qualifiés en âge de travailler	Soignants actifs dans le champ de la santé (N personnes)	Soignants actifs dans le champ de la santé (ETP)
<i>Scénario haut</i>		Taux de pénétration 50%	
2001	51 243	38 421	26 845
2005	59 629	41 668	29 160
2010	67 661	44 798	31 296
2015	74 364	46 778	32 629
2020	78 807	48 139	33 570
<i>Scénario bas</i>		Taux de pénétration 33%	
2001	51 243	34 061	23 187
2005	59 629	35 489	24 234
2010	67 661	36 243	24 719
2015	74 364	35 878	24 412
2020	78 807	35 071	23 827

Source: Calculs SESA-UCL.

Pour autant que le taux d'attraction observé au cours des années précédentes se maintienne, la période 2001-2020, verrait le nombre de personnes formées à la fonction de soignant augmenter de 54%. Toutefois, avec un taux de pénétration d'à peine 50%, le nombre de soignants actifs dans le secteur des soins ne progresserait que de 25%; avec le scénario limitant la pénétration à 33%, la croissance ne serait que de 3%. Ces hypothèses, basées sur ce que nous connaissons de la situation réelle, suggèrent que nous sommes devant une offre abondante de soignants (et non d'une pénurie), avec une fraction importante pour laquelle il n'existe pas d'offres d'emploi, ou en tout cas pas d'emploi attrayant. Il serait intéressant de vérifier par enquête s'il s'agit d'un manque de postes, de refus des employeurs face à des qualifications jugées trop faibles, voire d'une inertie des travailleurs (« matching » défectueux, recherche lacunaire,...?).

Lorsque l'on effectue un exercice projectif qui admet pour l'avenir l'hypothèse 33%, on envisage que soit possible un parcours de formation de soignant dans lequel deux tiers des certifiés n'occupent pas un emploi de soignant. Selon nos calculs, ils seront près de 58 000 en Communauté française à obtenir un certificat de soignant entre 2001 et 2020 (Manpower planning, Tome 2, p 178). Malgré cela, il pourrait être tout juste possible de compenser le remplacement des départs, si le taux de pénétration se limitait à 33 % et le nombre d'actifs ETP demeurerait stable (Tableau 2.3.1.2.1.). Le maintien du taux de pénétration à 33% induirait donc une pénurie, vu que l'on doit s'attendre à une augmentation de la demande de soignants. En se rapprochant de l'hypothèse 50%, il devient possible de répondre à des besoins nouveaux. Même dans ce cas, une question demeure concernant les 50% inoccupés: des ressources humaines sont disponibles; y a-t-il moyen de les utiliser dans le champ de la santé et de l'aide sociale en pleine croissance ²¹?

2.3.2. Communauté flamande

L'offre d'emplois d'infirmiers et de soignants, dans le secteur des soins, tel qu'elle a été évaluée en 2000 dans le secteur des soins constitue la point de départ de la projection, en nombre de personnes et en ETP. L'apport escompté à partir du système d'enseignement vient s'y ajouter, en supposant que toutes les personnes fraîchement diplômées exerceront une activité professionnelle et opteront pour le secteur des soins. Les sorties dues au départ à la retraite et à la réduction du temps de travail pour les travailleurs âgés en sont déduites dans les divers secteurs du système des soins. Le retour sur le marché de l'emploi et le choix du travail à temps plein ou partiel ne peuvent être modélisés; ils sont considérés comme des facteurs constants.

2.3.2.1. Infirmiers

Selon cette projection, l'offre de travail d'infirmiers et d'accoucheuses, en nombre de personnes, passerait de 67 851 en 2000 à 81 050 (scénario bas) ou 93 703 (scénario haut) en 2020; soit une augmentation de 19 à 38%.

²¹ Il est notoire par exemple qu'en Wallonie et à Bruxelles, l'aide aux familles et aux personnes âgées à domicile est moins développée qu'en Flandre; c'est un secteur susceptible d'engager de nombreux soignants.

Tableau 2.3.2.1.1. Offre de travail: infirmières et accoucheuses actives dans le champ de la santé, nombre de personnes et d'ETP: Communauté flamande, 2000-2020

	Infirmières actives dans le champ de la santé (nombre de personnes)	Infirmières actives dans le champ de la santé (ETP)
<i>Scénario haut</i>		
2000	67 851	48 356
2005	76 789	54 562
2010	84 566	59 864
2015	90 900	64 215
2020	93 703	66 186
<i>Scénario bas</i>		
2001	67 851	48 356
2005	76 789	54 562
2010	80 722	57 096
2015	82 513	58 176
2020	81 050	57 076

Source: Calculs HIVA-K.U.Leuven.

2.3.2.2. Soignants

L'offre de travail des soignants, évalué en nombre de personnes actives dans le champ de la santé, passerait de 43 771 en 2000 à 51 379 (scénario bas) ou 60 707 (scénario haut) en 2020; soit un accroissement de 17 à 38%, quasi égal à celui des infirmières.

Tableau 2.3.2.2.1. Offre de travail soignant: soignants qualifiés actifs dans le champ de la santé: nombre de personnes et d'ETP: Communauté flamande, 2001-2020

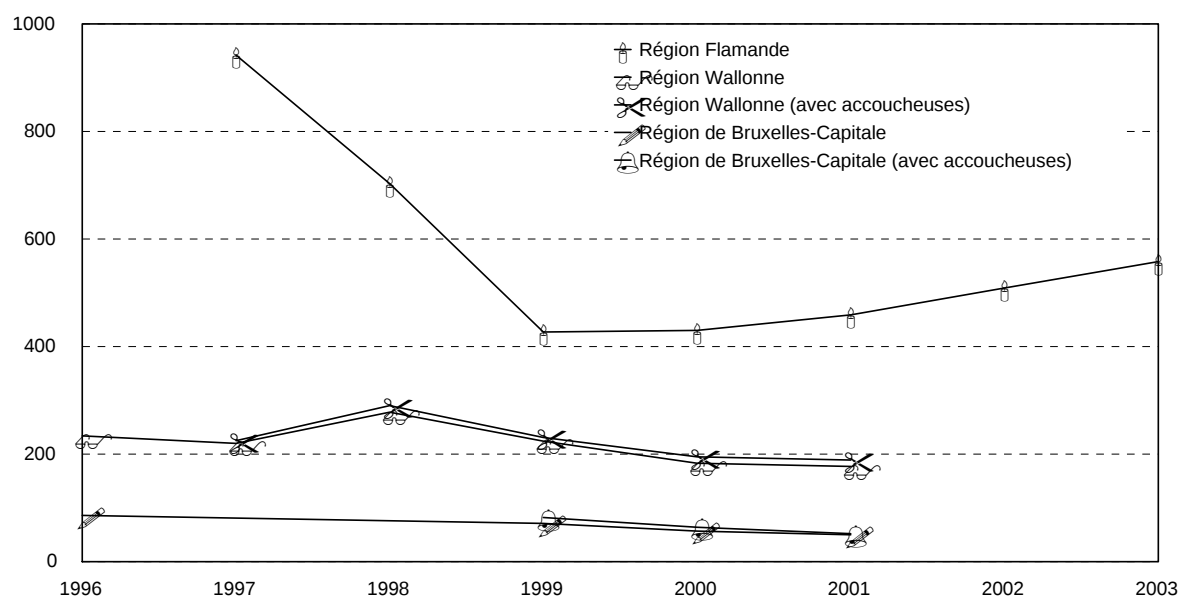
	Soignants qualifiés actifs dans le champ de la santé (Nombre de personnes)	Soignants qualifiés actifs dans le champ de la santé (ETP)
<i>Scénario haut</i>		
2000	43 771	30 293
2005	50 017	34 475
2010	55 178	37 949
2015	58 749	40 447
2020	60 707	41 847
<i>Scénario bas</i>		
2001	43 771	30 293
2005	49 125	33 851
2010	51 424	35 322
2015	52 129	35 813
2020	51 379	35 317

Source: Calculs HIVA-K.U.Leuven.

2.4. Chômage

Tant en Région flamande qu'en Wallonie et à Bruxelles-Capitale, le nombre d'infirmiers au chômage est en baisse régulière ces dernières années. Les chiffres récents marquent cependant une légère hausse (Cf. Figure 2.4.1. et Figure 5.1. en Annexe).

Figure 2.4.1. Evolution du nombre de demandeurs d'emploi inoccupés (DEI), infirmiers et accoucheuses, par région, 1996-2003



* Pour la région Flamande et Wallonne: situation fin décembre; pour la région Bruxelles-Capitale: situation fin juin.

Source: Données du VDAB (De Boeck R.), du FOREM et de l'ORBEM: Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M. & Drealants H. (2003), p. 104-106.

Chez les soignants, par contre, le taux de chômage est très élevé. Entre les régions, des différences de niveau apparaissent, mais elles doivent être interprétées avec prudence en raison des différences de définition du groupe professionnel 'soignant'. En région Wallonne et en région de Bruxelles-Capitale, il s'agit de la somme de deux catégories distinctes: les 'soignants' (déclarant avoir travaillé comme soignants) et les 'soignants non diplômés'. En région Flamande: la définition est basée sur le premier choix de profession indiqué dans le dossier du chômage auprès du VDAB, ce qui implique qu'il s'agit aussi bien de soignants diplômés que de soignants non-diplômés mais qu'ils désirent travailler comme soignants.

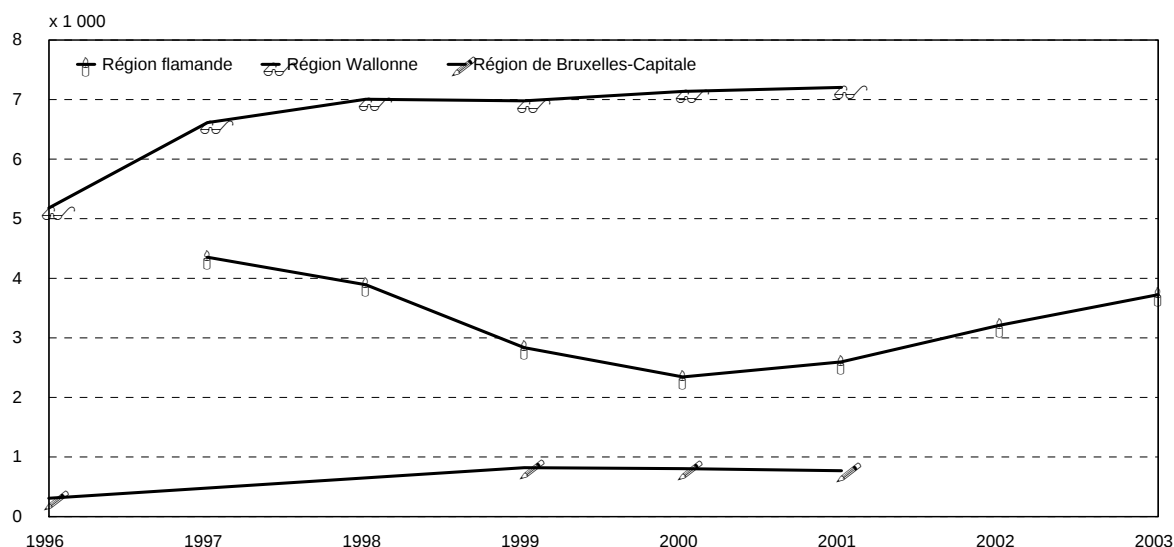
La Figure 2.4.2. et la Figure 5.2. en annexe présentent ces statistiques; le chômage des soignants, est particulièrement élevé en Région wallonne, atteignant même un niveau record depuis 1998. En Région flamande et à Bruxelles-Capitale également,

il augmente de manière tout aussi inquiétante. La distinction opérée en Wallonie et à Bruxelles entre les deux catégories de 'soignants' indique qu'au moins 11% d'entre eux à Bruxelles et 18% en Wallonie n'ont pas de certificat attestant leur qualification.

La figure 5.3. en annexe présente l'évolution mensuelle des demandeurs d'emploi inoccupés (DEI) en Région flamande dans diverses professions de la santé et de l'aide sociale. Les professions soignantes sont soumises comme d'autres aux effets de la conjoncture. Le chômage a baissé au cours de trois années de haute conjoncture 1997-2000 et a augmenté au cours de trois années de basse conjoncture 2001-2004. En juillet de chaque année, un pic de croissance marque le moment où les jeunes quittent l'école et arrivent sur le marché de l'emploi. Depuis 2001, le chômage est en croissance non seulement chez les soignants, mais aussi parmi les assistants sociaux et les éducateurs. Le nombre élevé de ces derniers suggère qu'il serait opportun d'organiser pour eux un recyclage et une réorientation. Quant aux soignants, bien plus nombreux encore, écolage et recyclage devraient les réorienter en tenant compte de la demande émanant du secteur des soins qui, nous le verrons plus loin, en a effectivement besoin.

Le graphique illustre encore l'intérêt de regarder par dessus le mur: ne pas chercher remède à la pénurie de soignants et d'infirmiers uniquement au sein de ces groupes professionnels, mais regarder également en direction d'autres groupes professionnels dont les possibilités de recyclage sont aussi très importantes.

Figure 2.4.2. Evolution du nombre des demandeurs d'emploi inoccupés (DEI) soignants, par région, 1996-2003



1. Disposant ou non d'un certificat de soignant.
2. Pour les Régions Flamande et Wallonne: situation fin décembre; pour la Région de Bruxelles-Capitale: situation fin juin.

Sources: Données du VDAB (De Boeck R.); du FOREM et de l'ORBEM in: Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M. & Draelants H. (2003), p. 104-106.

Les rapports de base analysent en détail et sur une période plus longue les statistiques du chômage et des demandeurs d'emploi dans ces professions. Les professions soignantes ont certes été relativement protégées contre le chômage, mais elles n'ont pas été totalement exemptées de ce fléau. Le nombre de demandeurs d'emploi, tant inoccupés (DEI) que occupés (DEO) disposant de ces diplômes a fort augmenté dans les années '70/'80, le nombre total de demandeurs d'emplois étant parfois deux fois plus élevé que celui des DEI ici décrits.

CHAPITRE 3

L'EMPLOI: SITUATION 2000, PERSPECTIVES 2005 ET SCENARIOS JUSQU'EN 2020

3.1. Hypothèses

L'évolution de la demande de personnel dépend de nombreux facteurs. Le tableau ci-dessous est un essai de synthèse reprenant les principaux facteurs susceptibles d'influencer cette demande dans les secteur de soins. Le sens dans lequel ceux-ci exercent une influence sur la demande est indiqué selon qu'il s'agit de l'hôpital, des maisons de repos ou des soins à domicile. Cet aperçu très analytique ne doit pas faire oublier que l'évolution de la demande se construit dans un système où les éléments sont en interaction constante.

Tableau 3.1.1. Facteurs influençant la demande de personnel de soins dans les principaux secteurs du système de santé (en + ou en -)

	Hôpital	Maison de repos (MR)	Soins infirmiers à domicile (SIAD)
Vieillessement de la population	Important et +	Très important et +	Très important et +
Croissance de l'Espérance de vie sans incapacité sévère		Important et -	Important et ±
Propension à se soigner	Important et +	Très important et +	Important et +
Evolution des styles de vie		Important et +	
Financement et coût pour le patient	Très important et?	Important et?	Important et?
Disponibilité des services		Très important et +	Très important et +
Normes de personnel	Important et +	Important et +	Important et +
Qualification croissante	Très important et +	Important et +	Important et +
Durée hebdomadaire de travail	Très important et +	Très important et +	Très important et +
Rétention du personnel dans le secteur des soins	Très important et +	Très important et +	Très important et +

Source: SESA-UCL.

L'évolution démographique est un facteur important dont il convient de tenir compte lors de l'établissement des hypothèses. Les conséquences du vieillissement peuvent être calculées en partant de l'hypothèse que les taux d'utilisation par âge resteront constants durant les vingt prochaines années (il s'agit alors de l'effet dit « mécanique »). Ce n'est cependant qu'une supposition théorique. En réalité, il est fort possible que des facteurs extérieurs, tels que l'augmentation de l'espérance de vie sans dépendance de soins (compression de cet effet de la morbidité), aient pour effet qu'à l'avenir, les taux d'utilisation par âge diminuent en MR et en SIAD. Des études récentes de l'OCDE en illustrent l'importance. Pour la Communauté flamande, cette hypothèse n'a pas été testée, afin d'obtenir une estimation maximale de la demande et d'éviter une sous-estimation qui pourrait entraîner un manque de personnel. D'autres éléments sont d'ailleurs susceptibles d'avoir pour conséquence une augmentation des taux d'utilisation. Cela pourrait se vérifier si certains services étaient mieux développés et devenaient plus accessibles, par exemple, par le biais de meilleures possibilités de financement ou du fait de modifications de la situation familiale et du mode de vie qui auraient pour effet de remplacer des soins informels par des soins formels.

Des décisions politiques peuvent aussi influencer de telles évolutions; ainsi, une politique visant à maintenir au travail le personnel en place pourrait diminuer le besoin de personnel de remplacement des sortants. Dans le secteur même des soins, les décisions politiques et la gestion des ressources humaines sont intimement liées. Il suffit, par exemple, de penser aux soignants qui, dans les hôpitaux, avaient acquis par l'expérience la compétence nécessaire pour accomplir certains actes infirmiers et qui se sont vu reconnaître le droit de les pratiquer par l'art. 54 bis de l'AR n° 78. En 2000, cette mesure bénéficiait à 3 174 francophones et 6 652 néerlandophones travaillant comme soignants à l'hôpital. Etant donné que les deux tiers de ce groupe étaient âgés de plus de 45 ans en 2000, la plupart de ces soignantes auront quitté le marché de l'emploi avant 2020. Quelle sera la qualification des membres du personnel qui seront engagés pour les remplacer? De cette évolution dépendra pour une part importante la segmentation de la demande selon les professions.

D'autre part, la politique menée en vue de répondre à la demande accrue de soins consécutive au vieillissement de la population influencera les évolutions futures. D'éventuels glissements pourraient intervenir entre la part relative des soins à domicile et celle des maisons de repos. Des initiatives seront-elles encouragées pour que les personnes âgées puissent habiter plus longtemps de manière autonome et indépendante ou continuera-t-on à privilégier le système des maisons de repos, du côté francophone?

Les hypothèses qui ont été admises pour construire les scénarios de demande dans les divers secteurs de soins en Communauté flamande et en Communauté

française sont brièvement exposées ci-après. Parmi les nombreuses combinaisons possibles des divers facteurs, on n'a retenu ici qu'un nombre limité de scénarios.

En Communauté flamande, l'analyse a été effectuée dans chaque secteur de soins selon un scénario haut et un scénario bas, mais pour l'analyse globale, un seul scénario a été retenu: le 'Haut' (ce qui ne signifie pas maximal). Lors des études prospectives précédentes « Offre et demande dans les professions soignantes », un scénario global 'Bas' avait également été développé. La diminution généralisée de la durée du temps de travail avait fait l'objet d'un scénario alternatif, qui, cette fois, sera seulement esquissé.

En Communauté française, le nombre d'emplois d'infirmiers et de soignants a fait l'objet d'une projection dans chaque secteur de soins selon deux scénarios, haut et bas. Ensuite la perspective globale a été calculée en sélectionnant cinq combinaisons différentes des scénarios sectoriels, aboutissant ainsi à des niveaux de demande allant de 'maxi' à 'mini'. Le scénario 'maxi' retient des scénarios sectoriels en forte croissance dans tous les secteurs de soins, le 'mini' par contre ne retient que des scénarios de faible croissance. Ces hypothèses extrêmes sont purement théoriques. Les scénarios intermédiaires 'Haut' - 'Moyen' - 'Bas' paraissent plus réalistes. Dans le scénario moyen, une croissance très importante des soins à domicile est retenue, tandis que le scénario bas maintient constants les taux de recours aux soins à domicile et envisage un développement plus important du secteur des maisons de repos.

Le scénario de la Communauté flamande se situe au niveau 'haut' de cette fourchette d'évaluation. Ces scénarios et leurs combinaisons pourront, dans les années qui viennent, faire l'objet de vérifications, et si nécessaire, être adaptés ou corrigés.

Tableau 3.1.2. Perspectives globales de l'évolution de la demande de personnel infirmier et soignant en fonction des scénarios sectoriels en Communauté française

Perspective globale	'Maxi'	'Haut'	'Moyen'	'Bas'	'Mini'
Secteur de soins					
Hôpitaux	Haut	Haut	Moyen	Moyen	Bas
MRPA et MRS	Haut	Bas	Bas	Haut	Bas
Soins à domicile	Haut	Haut	Haut	Bas	Bas
Autres	Constant	Constant	Constant	Constant	Constant

Source: SESA-UCL, Manpower planning, Tome 2, p. 197-198.

Tableau 3.1.3. Hypothèses assumées dans chaque secteur de soins pour la construction des scénarios , Communauté flamande, 2000-2020

Secteur de soins	Scénario 1 (bas)	Scénario 2 (Haut)
Hôpitaux généraux	Programmation des lits (2000) appliquée, selon la démographie + estimation du personnel selon les normes de financement (1996)	Taux d'admission (1997) selon l'âge appliqués selon la démographie + application de l'indice de croissance au personnel + diminution du temps de travail (CAO 2000)
Hôpitaux psychiatriques	Programmation des lits (2000) appliquée, selon la démographie	Taux d'admission (1997) selon l'âge appliqués selon la démographie + application de l'indice de croissance au personnel + diminution du temps de travail (CAO 2000)
MRPA et MRS	Taux d'hébergement actuels (2000) selon l'âge et la dépendance appliqués selon la démographie + normes de personnel (2001)+ reconversion places MRPA en MRS selon Protocole d'accord (1997) + diminution du temps de travail (CAO 2000): application à l'ensemble du personnel de soins de la croissance de l'encadrement prévu par les forfaits	Taux d'admission (1997) selon l'âge appliqués selon la démographie + application des normes de personnel + reconversion places MRPA en MRS selon Protocole d'accord (1997) + diminution du temps de travail (CAO 2000) + reconversion poursuivie après 2003 des lits MRPA en MRS: application à l'ensemble du personnel de soins de la croissance de l'encadrement prévu par les forfaits
Soins infirmiers à domicile		Taux de consommation actuels (1999) selon l'âge appliqués selon la démographie + conversion des coûts en chiffres de personnel
Aide aux familles et personnes âgées	Application des chiffres de la programmation (1998) selon la démographie	Combinaison des chiffres de programmation avec les taux d'utilisation (1997) selon l'âge adaptés aux perspectives de ménages (2001) + conversion du nombre d'heures prestées en chiffres de personnel + diminution du temps de travail (accord intersectoriel flamand 2000)
Kinésithérapie		Taux d'utilisation (1999) selon l'âge appliqués selon la démographie + conversion du nombre d'actes en nombre de kinésithérapeutes + prise en compte des temps partiels selon données de la Commission de l'Offre médicale (2002)

Source: HIVA-K.U.Leuven, 'Plus est en vous', tome 3.

Tableau 3.1.4. Hypothèses assumées dans chaque secteur de soins pour la construction des scénarios* en Communauté française, 2000-2020

Secteur	Scénario 1 bas	Scénario moyen	Scénario 2 Haut
Hôpitaux	Taux d'admission (1997) selon l'âge appliqués selon la démographie + application de l'indice de croissance au personnel de soins. Les soignants 54 bis sont remplacés par des infirmières	Taux d'admission (1997) selon l'âge appliqués selon la démographie + application de cet indice de croissance au personnel de soins. De 2001 à 2005, croissance de 0,5% par an en vue de remédier aux manques observés en 2000. Autre croissance de 0,5% par an en vue de faire face à la demande dans les services médico-techniques et aux nouvelles fonctions. Les soignants 54 bis sont remplacés par des infirmières	Taux d'admission (1997) selon l'âge appliqués selon la démographie + application de cet indice de croissance au personnel de soins. De 2001 à 2005, augmentation de 0,5% par an en vue de remédier aux manques observés en 2000. Autre croissance de 0,5% par an en vue de faire face à l'augmentation de la demande dans les services médico-techniques et aux nouvelles fonctions. Les soignants 54 bis ne sont pas remplacés par des infirmières
MRPA et MRS	2001-2005: application des nouvelles normes de personnel en MRS + reconversion places MRPA en MRS selon Protocole d'accord (1997)	2001-2005: application des nouvelles normes de personnel en MRS + reconversion places MRPA en MRS selon Protocole d'accord (1997) 2001-2020: Application des taux d'hébergement postposés progressivement en raison des progrès de l'Espérance de vie sans incapacité sévère (un trimestre par an, 5 ans en vingt ans)	2001-2005: application des nouvelles normes de personnel en MRS + reconversion places MRPA en MRS selon Protocole d'accord (1997) 2001-2020: Application des taux d'hébergement postposés progressivement en raison des progrès de l'Espérance de vie sans incapacité sévère (un trimestre par an, 5 ans en vingt ans)
Soins à domicile	Taux de consommation régionaux (Wallonie, Bruxelles, 1999) selon l'âge appliqués selon la démographie + conversion des coûts en chiffres de personnel	Taux de consommation régionaux (Wallonie, Bruxelles, 1999) selon l'âge croissant jusqu'à rejoindre en 2020 les taux de Flandre 2000 , application selon la démographie + conversion des coûts en chiffres de personnel	Taux de consommation régionaux (Wallonie, Bruxelles, 1999) selon l'âge croissant jusqu'à rejoindre en 2020 les taux de Flandre 2000 , application selon la démographie + conversion des coûts en chiffres de personnel
Autres **	Constant	Constant	Constant

* Les scénarios sont d'abord calculés en maintenant constante la durée moyenne de travail (38h./semaine) et ensuite en diminuant progressivement cette durée jusqu'à 35h/ semaine en 2020.

** Office de la naissance et de l'enfance' (ONE), 'Inspection Médicale Scolaire' (IMS), 'Centre Psycho-Médico-Social' (PMS), Aide aux handicapés, enseignement, Médecine du travail, Croix rouge.

Source: SESA-UCL, Manpower planning, Tome 2, p.197.

Les scénarios envisagés diffèrent d'une Communauté à l'autre, mais ils permettent de tester la sensibilité des résultats à diverses hypothèses. En Communauté flamande, on n'a pas jugé nécessaire, comme en Communauté française, d'envisager une croissance supplémentaire pour pallier le manque de personnel dont se plaignaient les hôpitaux en 2000. Le taux d'hébergement des personnes âgées (légèrement plus bas en Communauté flamande, après correction pour l'âge) n'y a pas non plus fait l'objet d'un « rattrapage ». Faut-il envisager une substitution possible entre les soins à domicile et les soins résidentiels ou évolueront-ils indépendamment les uns des autres?²² L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité sévère va-t-elle permettre de retarder l'entrée en maison de repos? Cela a été envisagé en Communauté française et pas en Communauté flamande; mais, rappelons-le, cette éventualité n'est qu'une hypothèse.

Les résultats de ces divers scénarios permettent de calculer les indices de croissance de la demande de soins et, par déduction, de la demande de personnel soignant. Ils seront ensuite appliqués au personnel en place en 2000, année de départ de la projection. Cet effectif est brièvement décrit dans la section suivante.

3.2. Emploi en 2000

Le tableau ci-dessous présente, en premier lieu, une estimation de l'emploi des infirmiers et des soignants selon le secteur de soins et selon le diplôme, tant en nombre de postes de travail qu'en ETP. La densité de l'emploi des professions soignantes, est calculée en nombre d'ETP par 1 000 habitants; il s'agit là d'un paramètre important pour l'évaluation globale, mais aussi par secteur de soins et niveau de formation. Ces densités font l'objet des Figures 3.2.1 et 3.2.2.

Lorsque l'emploi est évalué en nombre de postes de travail occupés, l'estimation est supérieure à celle des personnes au travail. Il n'est pas rare en effet qu'une même personne combine plusieurs emplois à temps partiel. En Communauté française, une estimation du nombre de personnes au travail (tous secteurs confondus) a été réalisée en utilisant le rapport postes de travail/personnes occupées (1,12) observé en Communauté française lors du Recensement de 1991. Depuis lors, la fréquence du travail à temps partiel a augmenté, de sorte que le nombre d'individus/diplômés nécessaires est de ce fait quelque peu sous-estimé. Mais, il se pourrait aussi qu'il soit plus fréquent aujourd'hui que des infirmières

²² Par exemple dans la province du Limbourg, les soins institutionnels pour personnes âgées se situent un quart plus bas par rapport à ce qui est escompté sur la base du pourcentage d'utilisation par âge en Flandre, mais le recours aux soins à domicile se situe 1/3 plus haut (Pacolet J., *Thuiszorg Quo Vadis*, WGK-Limburg, sur la base du Masterplan soins aux personnes âgées de la province de Limbourg).

travaillent à la fois en institution et en soins à domicile, du moins pendant une partie de leur carrière, ce qui contrebalancerait la sous-estimation précédente.

Tableau 3.2.1. Emploi des praticiens de l'art infirmier (PAI) et des soignants dans le champ de la santé et de l'aide sociale (effectifs et ETP) selon la la Communauté¹ et la qualification, 2000

	Nombre de personnes ou de postes de travail				Nombre d'ETP		
	Cté flamande N. postes de travail	Cté française N. personnes ²	Cté française N. postes de travail	Belgique N. postes de travail	Cté flamande	Cté française	Belgique
Infirmières graduées	34 130	21 915	24 545	58 675	25 179	18 573	43 752
Infirmières brevetées	28 491	12 559	14 066	42 557	19 889	10 644	30 533
Assistants en soins hospitaliers	5 228	1 929	2 161	7 389	3 330	1 635	4 965
Total PAI	67 851	36 404	40 772	108 623	48 356	30 852	79 208
Soignantes	43 771	30 066 ³	30 206	73 977	30 292	25 540	55 832
Total PAI et soignantes	111 622	66 610	70 978	182 600	78 648	56 392	135 040

1 Communauté flamande = Région flamande + 17% Région de Bruxelles-Capitale; Communauté française = Région wallonne + 83% Région de Bruxelles-Capitale.

2 Lorsque l'on agrège les effectifs occupés dans les différents secteurs de soins, la somme est supérieure au nombre de personnes occupées, une même personne pouvant occuper plusieurs emplois à temps partiel.

En Communauté française, le nombre net de personnes occupées dans l'ensemble des secteurs a été estimé en utilisant le rapport postes de travail/personnes occupées (1,12) observé lors du recensement de 1991 pour le personnel infirmier, tous secteurs d'activité confondus.

3 Pour les soignantes en Communauté française, l'évaluation retenue augmente de 10% le nombre de travailleurs recensé au cadre afin de tenir compte des personnes engagées dans le cadre de programmes de résorption du chômage. (Cf. Leroy & al., Manpower planning, Tome 2, p. 96, 2003)

Sources: Synthèse HIVA-K.U.Leuven et SESA-UCL.

Tableau 3.2.2. Emploi des praticiens de l'art infirmier (PAI) et des soignants dans le champ de la santé et de l'aide sociale selon la Communauté¹ et le secteur de soins, effectifs et ETP, 2000

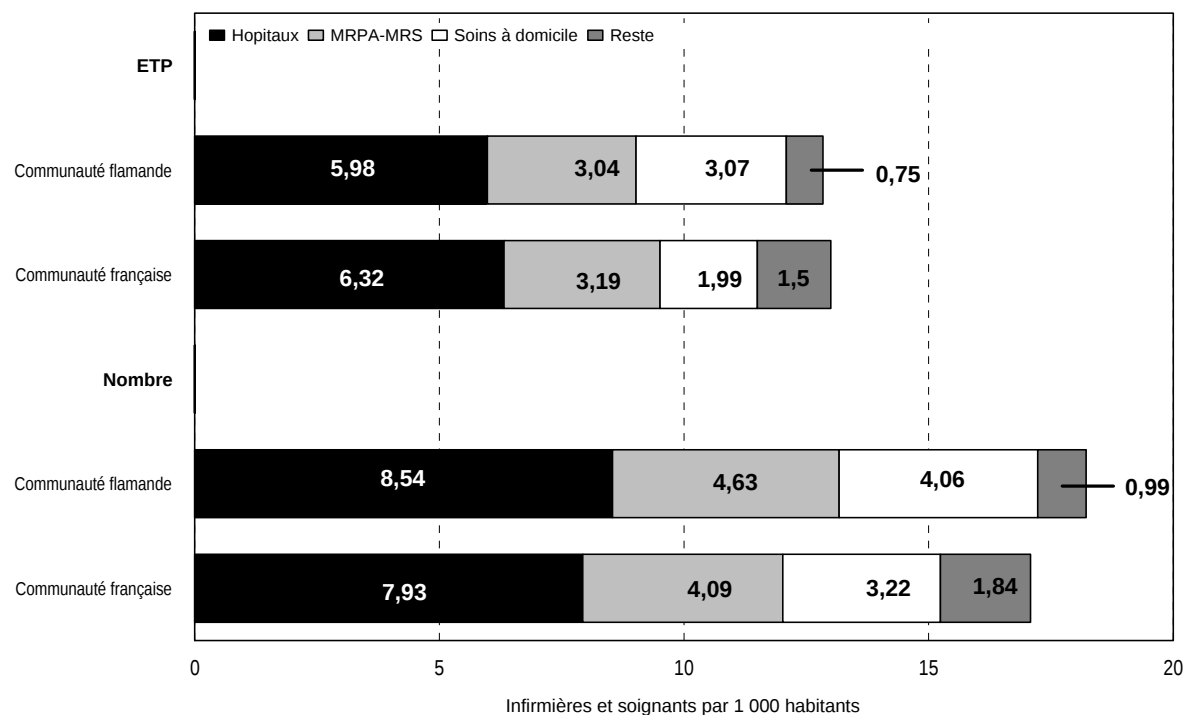
	Nombre de personnes ou de postes de travail			Nombre d'ETP		
	Cté flamande	Cté française	Belgique	Cté flamande	Cté française	Belgique
1. Hôpitaux	52 325	32 970	85 295	36 689	26 271	62 960
2. MRPA et MRS	28 364	17 003	45 367	18 593	13 263	31 856
3. Soins et aide à domicile	24 847	13 367	38 214	18 798	8 288	27 086
4. Aide aux handicapés	nd	nd	nd	nd	nd	nd
5. Accueil de la petite enfance	6 004	nd	nd	4 506	nd	nd
6. Aide à la jeunesse	82	nd	nd	62	nd	nd
Total 4 à 6	6 086	7 638	13 724	4 568	6 248	10 816
Total (tous secteurs) des postes de travail	111 622	70 978	182 600	78 648	56 392	135 040
Total (tous secteurs) N. de personnes²		66 610				

1 Communauté flamande = Région flamande + 17% Région de Bruxelles-Capitale;
Communauté française = Région wallonne + 83% Région de Bruxelles-Capitale.

2 Lorsque l'on agrège les effectifs occupés dans les différents secteurs de soins, la somme est supérieure au nombre de personnes occupées, une même personnes pouvant occuper plusieurs emplois à temps partiel.
En Communauté française, le nombre net de personnes occupées dans l'ensemble des secteurs a été estimé en utilisant le rapport postes de travail/personnes occupées (1,12) observé lors du recensement de 1991 pour le personnel infirmier, tous secteurs d'activité confondus.

Sources: Synthèse HIVA-K.U.Leuven et SESA-UCL.

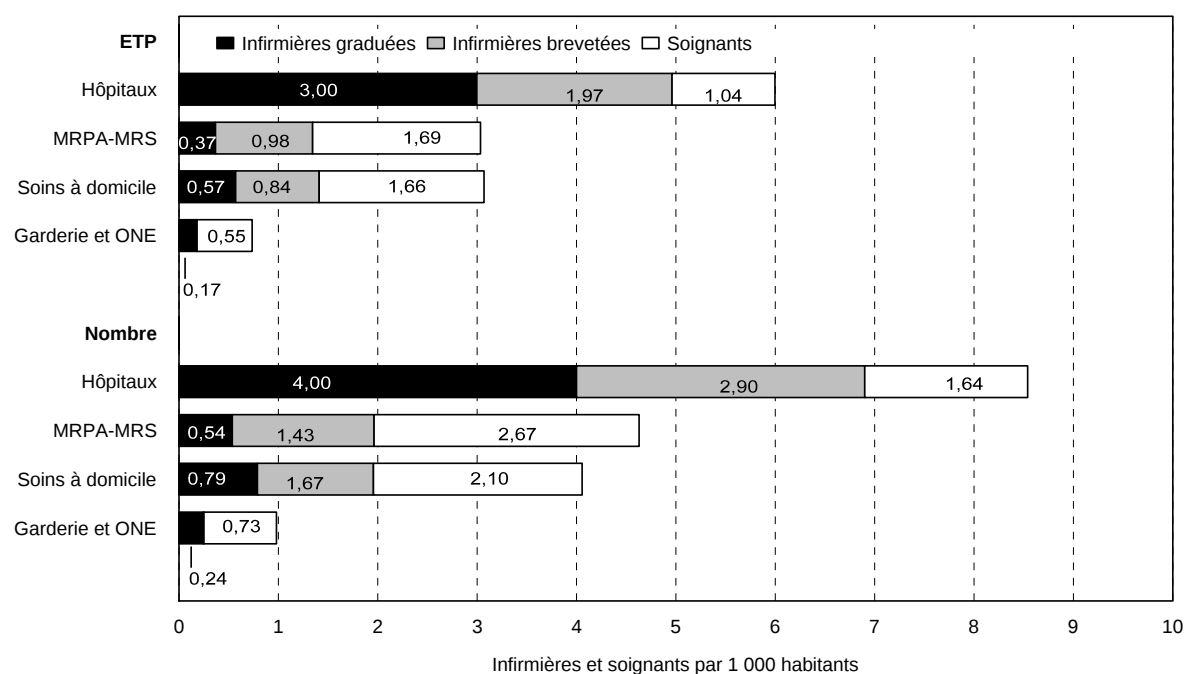
Figure 3.2.1. Densité de praticiens de l'art infirmier et de soignants par 1 000 habitants (ETP et postes de travail), par secteur de soins et communauté, 2000



Source: Synthèse HIVA-K.U.Leuven et SESA-UCL.

Figure 3.2.2. Densité de praticiens de l'art infirmier et de soignants par 1 000 habitants (ETP et postes de travail), par secteur de soins et communauté, 2000

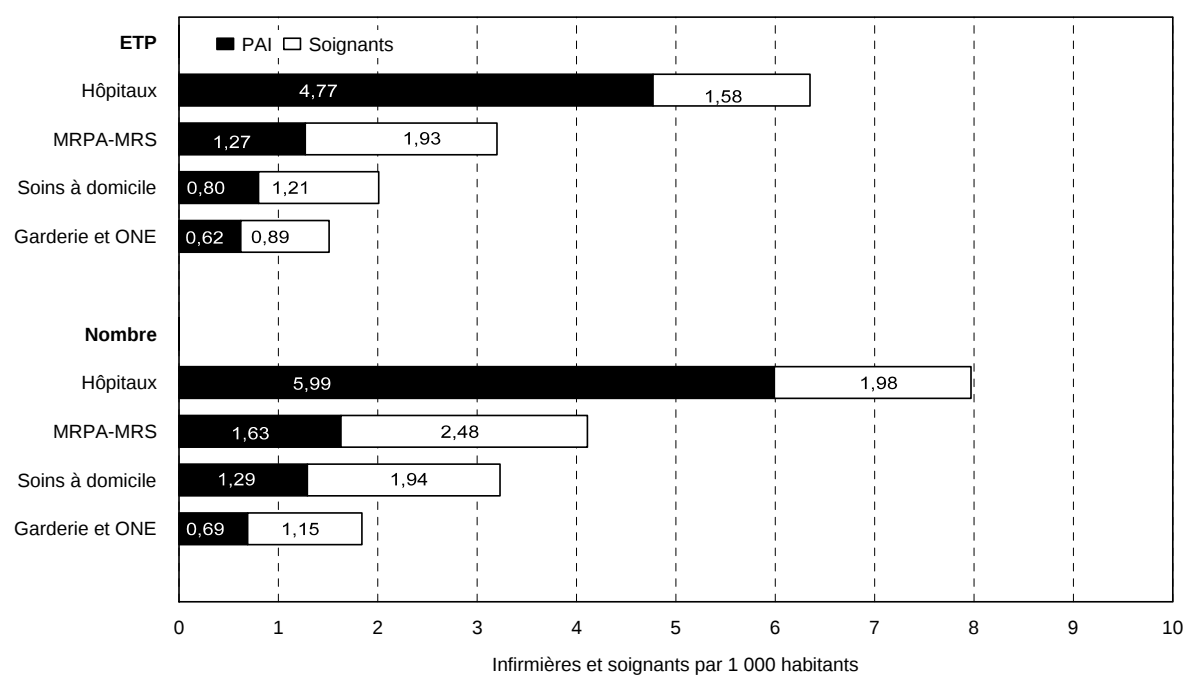
A. Communauté flamande



* Les assistants en soins hospitaliers ont été ajoutés aux infirmières brevetées.

Source: Synthèse HIVA-K.U.Leuven.

B. Communauté française



Source: Synthèse SESA-UCL.

Le tableau 3.2.3 synthétise et compare la situation de l'emploi des PAI et des soignants en 1995 et en 2000. Ces données ont été réunies lors des deux vagues d'études de planification du personnel de santé réalisées par le HIVA et le SESA. La plupart d'entre elles combinent des données provenant de sources différentes qui ne sont pas toujours disponibles sous la même forme d'une année à l'autre ni dans les deux communautés. La comparabilité des résultats entre les deux années de référence et entre communautés n'est donc pas parfaite. La mise en place d'un cadastre des professions de santé en Belgique permet d'espérer que la disponibilité des données sera améliorée.

Néanmoins, les chiffres actuels sont raisonnablement fiables. En 2000, la densité de praticiens de l'art infirmier (PAI) pour 1 000 habitants, ou plus exactement de postes de travail dans le champ de la santé, est en Flandre de 11,1 et de 9,8 en Communauté française. En nombre de professionnels occupés, elle a été estimée à 8,7 en Communauté française. Les différences en ETP (7,9 contre 7,5) sont nettement moins prononcées, car le travail à temps partiel est plus répandu en Flandre. Pour la Belgique, l'on dénombre environ 10,6 PAI représentant 7,7 ETP pour 1 000 habitants. En 1995, les chiffres étaient plus bas, si bien qu'en cinq ans, on a enregistré une progression de la densité de PAI ETP d'environ 13%.

Il est intéressant de comparer l'évolution respective des PAI et des soignants dans les deux communautés. Alors que la densité de PAI en Communauté flamande est plus élevée qu'en Communauté française (+ 0,4 ETP), pour celle des soignants, c'est l'inverse: 4,9 ETP/1 000 contre 6,2 en Communauté française. La densité de soignants ETP, plus faible en Flandre, est compensée partiellement par celle des PAI. En postes de travail, la densité de soignants est cependant égale dans les deux Communautés. Comme on l'avait déjà remarqué pour les PAI, la différence provient d'une fréquence des temps partiels supérieure en Communauté flamande. Manifestement, des régions qui fonctionnent dans un même système de soins de santé sont néanmoins capables de fixer de manière différente leur cadre de personnel. Au total, le volume de travail, des PAI et soignants est assez équivalent dans les deux communautés: 12,8 ETP en Flandre, contre 13,7 en Communauté française. Le 'décompte' de la main-d'œuvre du secteur des soins (*'Health Labour Accounts'* = système international de statistiques sur la main-d'œuvre dans le secteur des soins) pourrait d'ailleurs être encore élargi à d'autres groupes professionnels (logistiques, administratifs, mais aussi médicaux).

Entre 1995 et 2000, le volume de l'emploi infirmier et soignant en Belgique exprimé en ETP pour 1 000 habitants a augmenté de 11,7 à 13,1, soit une croissance de 12% en 5 ans; cette augmentation est plus prononcée en Communauté française (de 11,8 à 13,7, soit + 16%) qu'en Communauté flamande (de 11,6 à 12,8, soit + 10%). La densité de postes de travail au niveau belge est passée de 15,1 en 1995 à 17,7 en 2000 (+ 17%). En Communauté flamande, la progression est plus

importante (de 15,0 à 18,2, soit + 21%) qu'en Communauté française (de 15,3 à 17,1, soit + 11,8%).

Ces chiffres doivent cependant être interprétés avec prudence, surtout lorsqu'il s'agit de comparaisons dans le temps et entre régions, bien que l'on n'ait pas ménagé les efforts pour proposer une estimation aussi proche que possible de la réalité et en ne comparant que des indicateurs homogènes. Néanmoins, de par leur simplicité, ces chiffres s'avèrent aussi très éclairants. On constate ainsi que la densité de soignants et d'infirmiers ETP est plus élevée en Communauté française, mais que la densité de postes de travail est supérieure en Communauté flamande. Un taux plus élevé de travail à temps partiel devrait entraîner une plus grande création d'emplois. Or, il semble qu'un nombre important de professionnels cumulent plusieurs temps partiels. Il y a lieu de poursuivre les recherches pour savoir si la situation économique générale explique le fait que l'on opte plus volontiers en Communauté française pour un emploi à temps plein (quitte à cumuler plusieurs temps partiels), alors qu'en Communauté flamande, l'on 'peut se permettre' de ne travailler qu'à temps partiel.

Tableau 3.2.3. L'emploi infirmier et soignant en Belgique et dans les communautés en 1995 et en 2000

	Population	Praticiens de l'art infirmier (PAI)		Soignants		PAI pour 1 000 Habitants		Soignants pour 1 000 habitants		Total PAI et Soignants pour 1 000 habitants	
		Effectifs ¹	ETP	Effectifs ₁	ETP	Effectifs ₁	ETP	Effectifs ₁	ETP	Effectifs ₁	ETP
2000											
Communauté flamande	6 125 207	67 851	48 356	43 771	30 292	11,1	7,9	7,1	4,9	18,2	12,8
Communauté française	4 155 463	40 772	30 852	30 206	25 540	9,8	7,5	7,3	6,2	17,1	13,7
<i>Communauté française</i> <i>(effectifs en N. de personnes)</i>		36 404		30 066		8,7		7,2		15,9	
Belgique	10 280 670	108 623	79 208	73 977	55 832	10,6	7,7	7,2	5,4	17,7	13,1
1995											
Communauté flamande	6 027 875	53 446	42 333	37 132	27 367	8,9	7,0	6,2	4,6	15,0	11,6
Communauté française	4 102 699	32 802	26 131	29 786	22 237	8,0	6,4	7,3	5,4	15,3	11,8
Belgique	10 130 574	86 248	68 464	66 918	49 845	8,5	6,8	6,6	4,9	15,1	11,7

1 Effectifs évalués en nombre de postes de travail occupés. En Communauté française, le nombre net de PAI (**personnes**) occupés dans l'ensemble des secteurs en 2000 a également été estimé en utilisant le rapport postes de travail/personnes occupées (1,12) observé lors du recensement de 1991 pour le personnel infirmier, tous secteurs d'activité confondus.

Source: Pacolet J., Van De Putte I., Cattaert G. & Coudron V., 2002; Deschamps, Leclercq, Pacolet & Leroy, 1998; Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Slahi M. & Draelants H., 2003

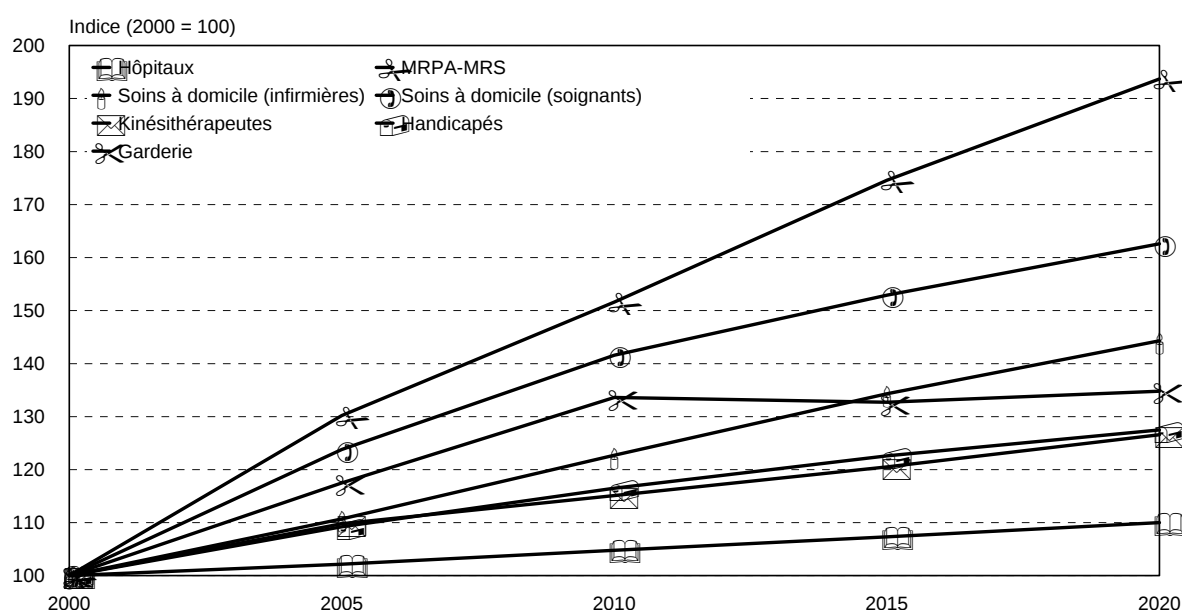
3.3. Perspectives jusqu'en 2005 et scénarios jusqu'en 2020

3.3.1. Perspectives d'avenir selon les secteurs de soins

La présente section trace les grandes lignes des perspectives d'évolution des différents secteurs de soins et, partant, de leurs besoins en personnel infirmier et soignant. Les graphiques ci-dessous en donnent un aperçu pour les Communautés flamande et française jusqu'en 2020. Les indices sont construits par rapport à la situation de ces secteurs au 31-12- 2000 (01-01-2001 en Communauté française).

En Communauté flamande, selon le scénario haut, le secteur hospitalier pourrait connaître au cours des vingt prochaines années une croissance d'environ 10% (Figure 3.3.1.1.), tandis que celui des maisons de repos verrait son offre d'emplois multipliée par deux. Les soins infirmiers à domicile et l'aide aux familles et personnes âgées à domicile augmenteraient respectivement de 44% et de 63%.

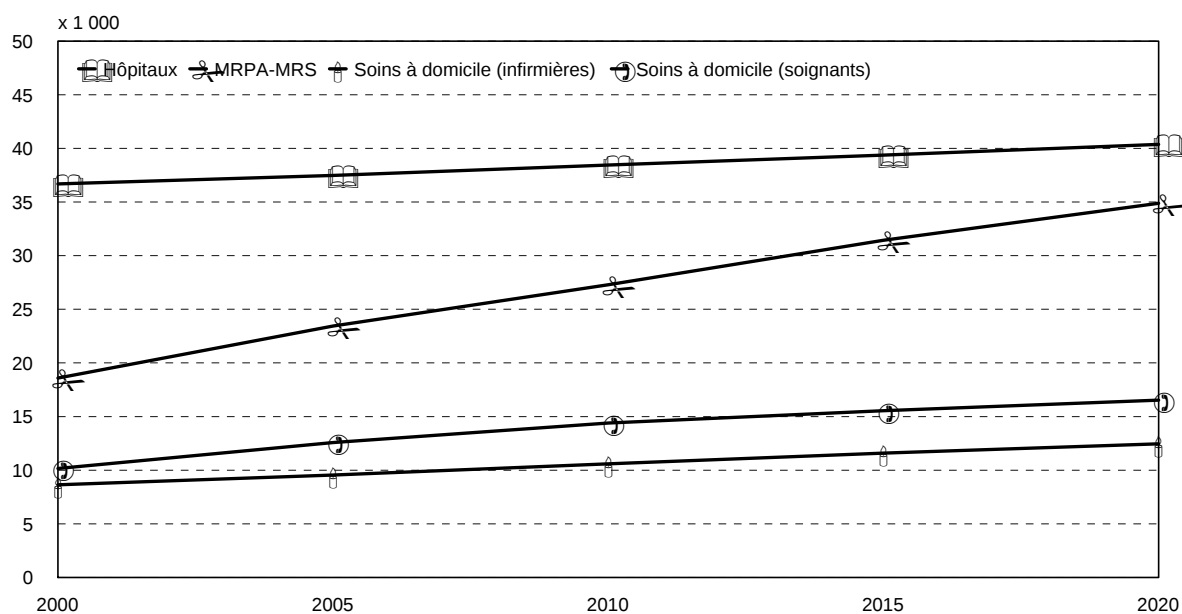
Figure 3.3.1.1. Evolution par secteur de l'emploi infirmier et soignant exprimé en ETP: indices par rapport à 2000, Communauté flamande, scénario haut, 2000-2020



Source: Calculs HIVA-K.U.Leuven.

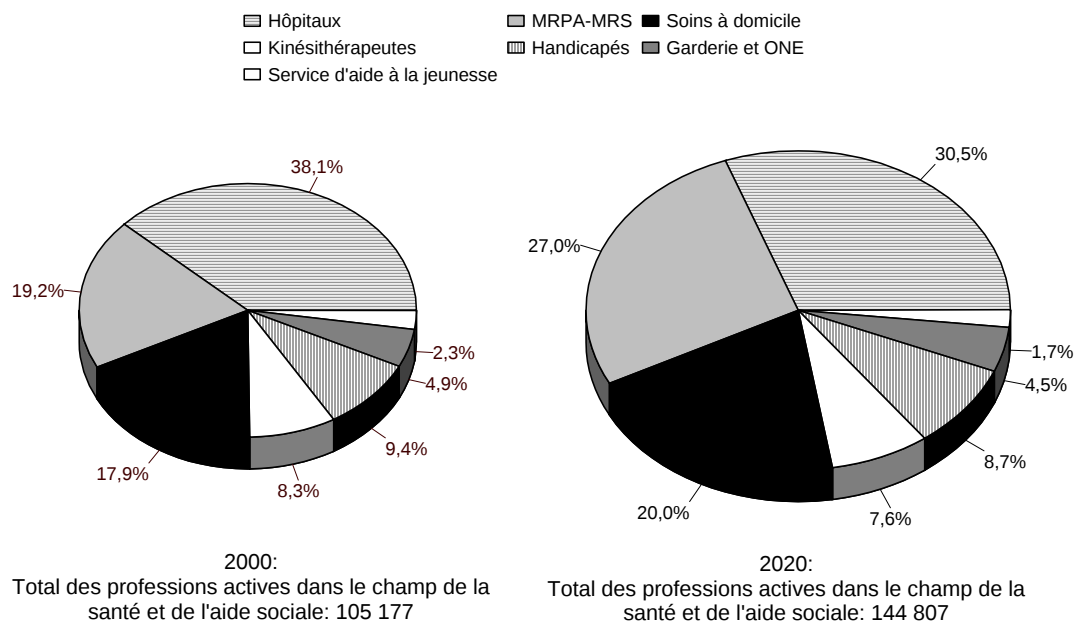
Dans ces évolutions sectorielles, c'est l'augmentation de l'ensemble du personnel de soins qui est indiquée; la répartition des professions soignantes propre à chaque secteur, autrement dit: le *mix* des qualifications, n'est pas modifié dans ces perspectives (sauf pour les assistantes en soins hospitaliers, dont la formation a été arrêtée). L'évolution en volume ETP des infirmiers et soignants est présentée par la figure 3.3.1.2. On y voit notamment que la courbe représentant l'importance de l'emploi en maisons de repos tend à se rapprocher de celle du secteur hospitalier. Ceci est également illustré par la figure 3.3.1.3. qui compare la répartition par secteur de l'ensemble des professionnels de soins en 2000 et en 2020

Figure 3.3.1.2. Evolution par secteur de l'emploi infirmier et soignant exprimé en ETP: nombres absolus, Communauté flamande, scénario haut, 2000-2020



Source: Calculs HIVA-K.U.Leuven.

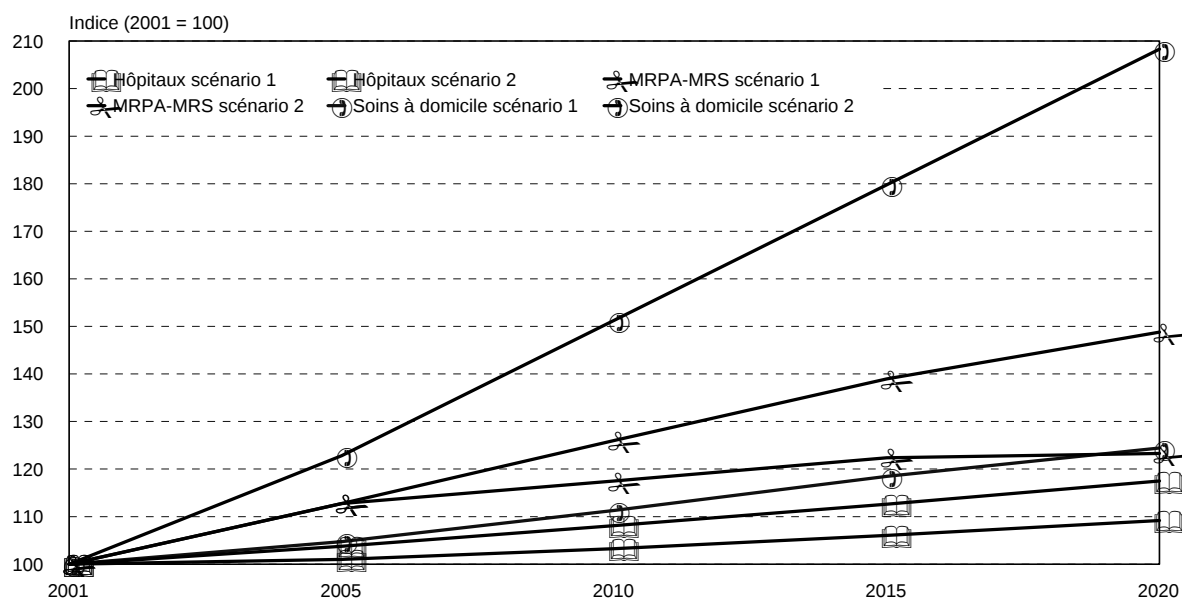
Figure 3.3.1.3. Répartition du personnel de soins (ETP) selon les secteurs en 2000 et en 2020: Communauté flamande, 2000-2020



Source: Calculs HIVA-K.U.Leuven.

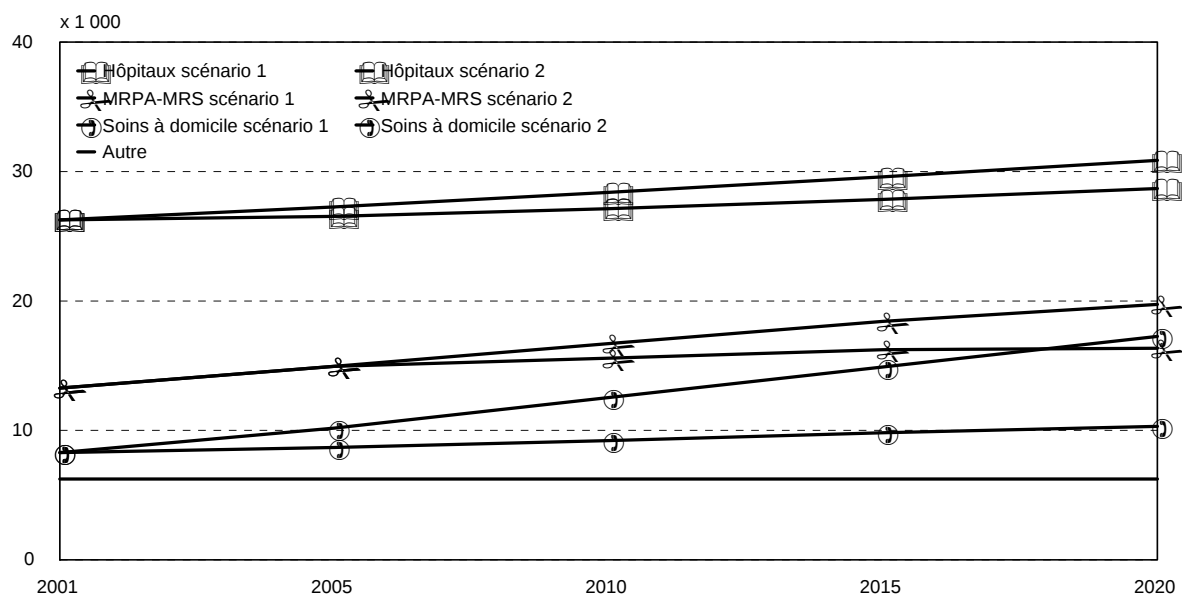
En Communauté française, l'évolution du personnel infirmier et soignant exprimé en ETP a été calculée dans chaque secteur selon un scénario bas et un scénario haut (Cf. Tableau 3.1.4.): la figure 3.3.1.4. les présente en indice par rapport à 2001 et la figure 3.3.1.5., en nombres absolus. Selon le scénario bas, l'emploi dans le secteur des hôpitaux connaîtrait une croissance de l'ordre de 9% , de 23% dans les maisons de repos et de 24% dans le secteur des soins à domicile, qui regroupe ici les soins infirmiers à domicile et l'aide aux familles et aux personnes âgées à domicile. Les hypothèses retenues selon le scénario haut ont pour résultat une croissance beaucoup plus importante, respectivement de 17%, 49% et 103% selon les secteurs. Le scénario haut envisage, rappelons le, que l'aide et les soins à domicile, insuffisamment développés en Wallonie et surtout à Bruxelles, atteindraient progressivement en 2020 le niveau de consommation qui était celui de la Flandre en 2000.

Figure 3.3.1.4. Evolution par secteur de l'emploi infirmier et soignant exprimé en ETP: indices par rapport à 2001, Communauté française, selon scénario haut et scénario bas, 2000-2020



Source: Calculs SESA-UCL.

Figure 3.3.1.5. Evolution par secteur de l'emploi infirmier et soignant exprimé en ETP: nombres absolus, Communauté française, selon scénario haut et scénario bas, 2001-2020



Source: Calculs SESA-UCL.

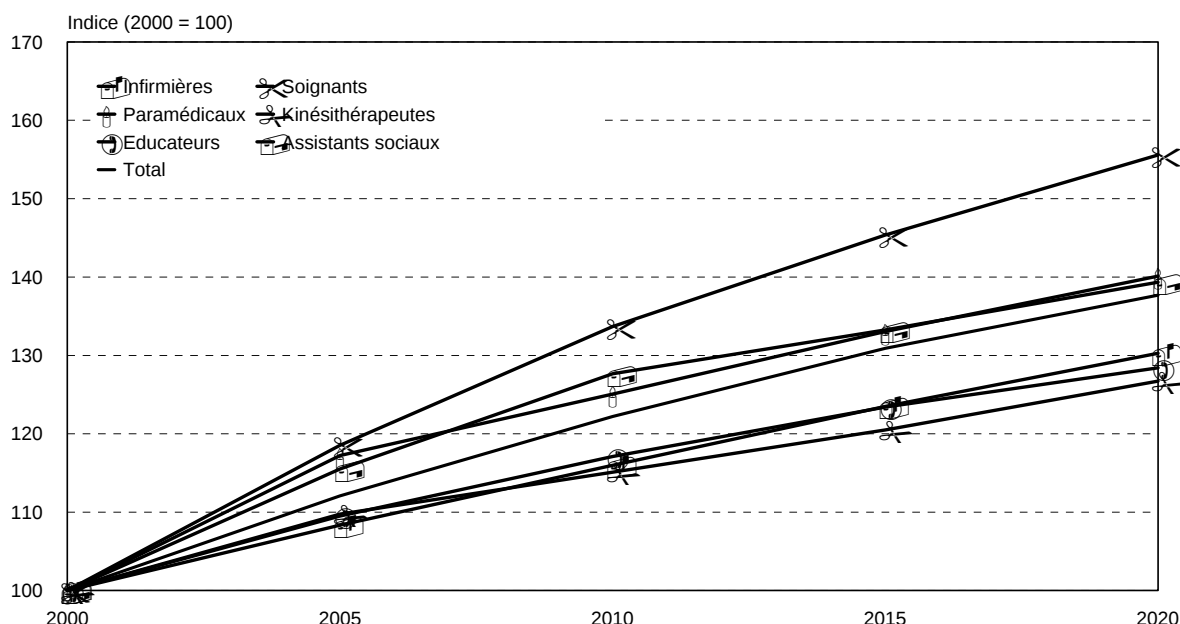
3.3.2. Perspectives d'avenir des différents groupes professionnels

Les évolutions sectorielles ayant été évaluées et regroupées, l'importance de la demande future pour les divers groupes professionnels peut ensuite être estimée.

En Communauté flamande, l'emploi par secteur est ventilé en fonction de l'encadrement actuel et de la répartition des qualifications de ce personnel. Les résultats obtenus selon cette méthode enregistrent une hausse de 30% en vingt ans pour la demande d'infirmiers ETP et de quasiment 60% pour celle de soignants. En guise de comparaison avec cette demande, on se rappellera qu'en Communauté flamande, l'offre de travail (voir ci-dessus) augmenterait de 38%, du moins dans le scénario de haute attractivité des études, tant pour les infirmiers que pour les soignants. Exprimé en volume de travail additionnel (demande d'extension en ETP), nous estimons le besoin de travail supplémentaire à 14 625 ETP pour les infirmiers et à 16 818 ETP pour les soignants.

Pour information, la figure 3.3.2.1. indique également quel pourrait être la croissance de la demande pour quelques autres professions actives dans le champ de la santé et de l'aide sociale.

Figure 3.3.2.1. Evolution des effectifs de personnel ETP travaillant dans le champ de la santé et de l'aide sociale¹ selon leur qualification professionnelle: Communauté flamande, 2000-2020, en indice par rapport à 2000



1. Hôpitaux, MRPA et MRS, Aide et soins à domicile, accueil et soins aux handicapés, accueil et soins à la petite enfance

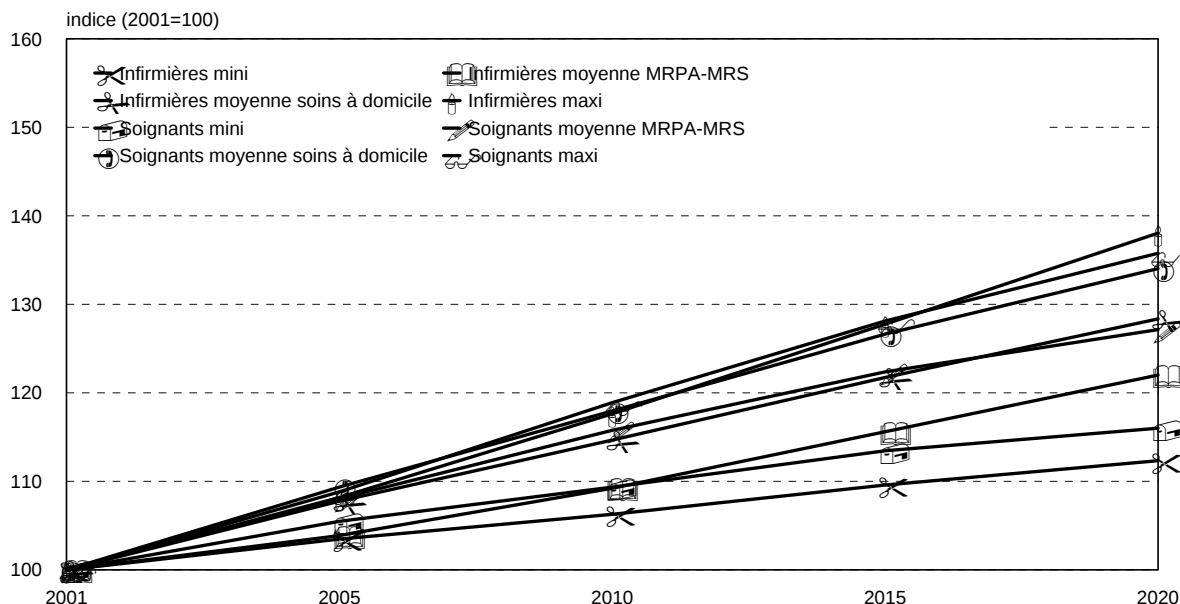
Source: Calculs HIVA-K.U.Leuven

En Communauté française, l'évolution de la demande a été calculée, pour les praticiens de l'art infirmier (PAI) et les soignants séparément, en combinant les hypothèses par secteur selon cinq scénarios pour les PAI et trois pour les soignants. Les scénarios extrêmes appliqués aux PAI prévoyaient dans tous les secteurs de soins une croissance à la fois haute ou au contraire toujours basse; ils ont été abandonnés comme étant peu vraisemblables pour ne garder que des scénarios prévoyant des évolutions différenciées selon les secteurs (Cf. Tableau 3.1.2.). Selon ceux-ci, les indices de croissance des PAI varient entre 22% et 33% pour les vingt prochaines années, selon que l'on adopte le scénario 'bas' ou le 'haut'. En nombres absolus, la croissance nette se situe entre 6 800 et 10 300 ETP. Pour les soignants, la croissance oscille entre 18% et 42%, soit un besoin supplémentaire s'élevant à quelque 4 100 ou 9 900 ETP. On se rappellera que, selon nos perspectives pour 2020, l'offre de travail des PAI pourrait augmenter de 36% pour autant que l'attractivité des études se maintienne à un niveau élevé et que le taux d'activité des professionnels soit en croissance. Les perspectives d'offre de soignant étaient par contre plus faibles: quelque 25% si le taux d'insertion des nouveaux certifiés sur le marché est de 50%.

Lorsque l'on compare les perspectives développées pour chaque communauté par les deux équipes de recherche, indépendamment l'une de l'autre, l'on constate qu'elles sont assez proches en ce qui concerne les infirmiers, les scénarios « haut » s'élevant autour de 30%. En revanche, elles divergent fortement en ce qui concerne les soignants: + 60% en Flandre contre à peine 35% en Communauté française. La différence est particulièrement forte dans le secteur des maisons de repos qui emploie beaucoup de soignants et est très sensible au vieillissement de la population. Or on sait que le vieillissement de la population est plus important en Flandre qu'en Wallonie et surtout qu'à Bruxelles. C'est ainsi que l'emploi en maisons de repos pourrait doubler en Flandre entre 2000 et 2020 et se rapprocher en importance de celui du secteur hospitalier. En Communauté française, le scénario de croissance haute en maison de repos prévoit pour les soignants une croissance ne dépassant pas 50%; ce qui est pourtant déjà beaucoup (près de 10 000 ETP supplémentaires en 20 ans).

Une autre différence notable concerne le remplacement des soignants 54 bis retraités. En Communauté flamande, on n'a pas envisagé qu'ils pouvaient être remplacés par des infirmières à l'hôpital alors que cette substitution est testée pour les perspectives de soignants en Communauté française, sauf dans le scénario 'haut'. De même, plusieurs scénarios concernant les PAI prévoient ce remplacement. Par ailleurs, dans les scénarios PAI 'haut' et 'moyen' un rattrapage de 0,5% par an de l'emploi infirmier hospitalier a été prévu pour pallier aux difficultés de recrutement subies précédemment ainsi qu'une croissance annuelle supplémentaire de 0,5% par an, en réponse aux besoins nouveaux d'encadrement.

Figure 3.3.2.2. Evolution des effectifs de personnel infirmier et soignant ETP travaillant dans le champ de la santé et de l'aide sociale, selon plusieurs scénarios: Communauté française, 2000-2020



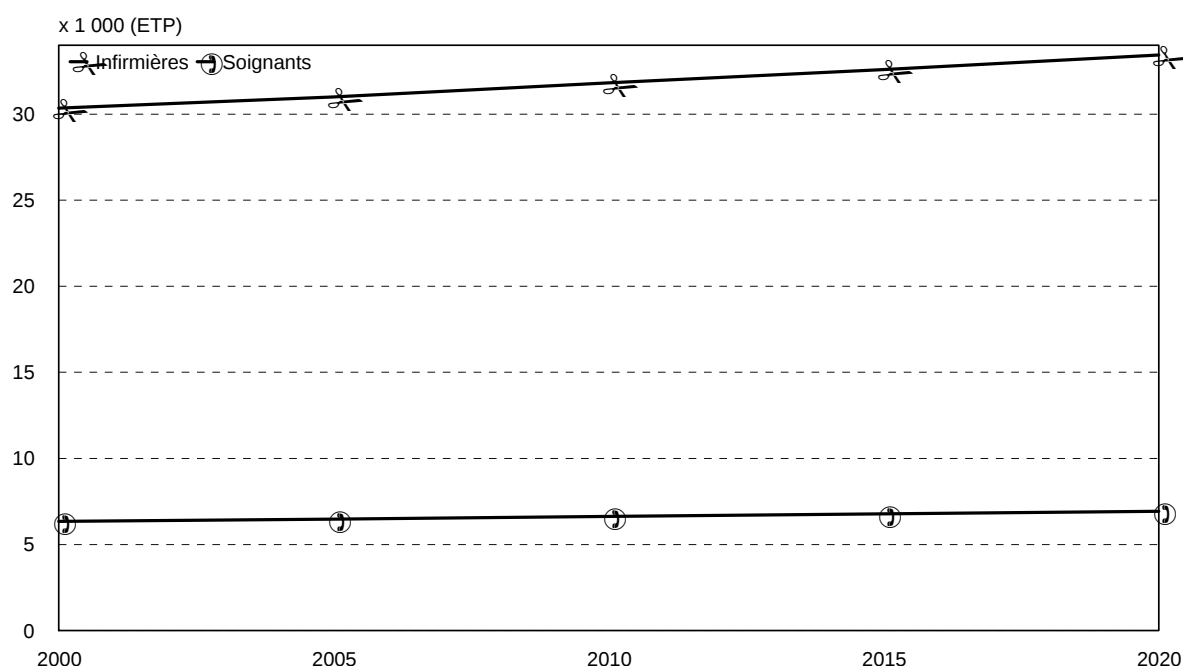
Source: Calculs SESA-UCL.

3.3.3. Evolution en fonction du secteur et de la profession

L'évolution de la demande d'infirmiers et de soignants au cours des 20 prochaines années a également été calculée par secteur. Dans le secteur hospitalier, l'on escompte une plus grande croissance chez les infirmiers que chez les soignants, non seulement en nombre - les infirmiers y constituent déjà le groupe professionnel le plus important,- mais aussi en part relative.

La figure 3.3.3.1. illustre les hypothèses qui ont été admises pour les perspectives d'avenir en Communauté flamande: le nombre de soignants n'augmente pas selon ces scénarios; l'expansion de l'emploi est attribuée totalement aux infirmiers. Cela ne signifie pas que l'on n'y engage plus de soignants, mais lorsqu'on en embauche, il s'agit d'une 'demande de remplacement' de ceux qui partent à la retraite, voire pour compenser d'ultérieures réductions du temps de travail. Dans les maisons de repos et dans les soins à domicile, la part des soignants est plus grande que celle des infirmiers, mais la croissance escomptée est similaire pour les deux groupes professionnels.

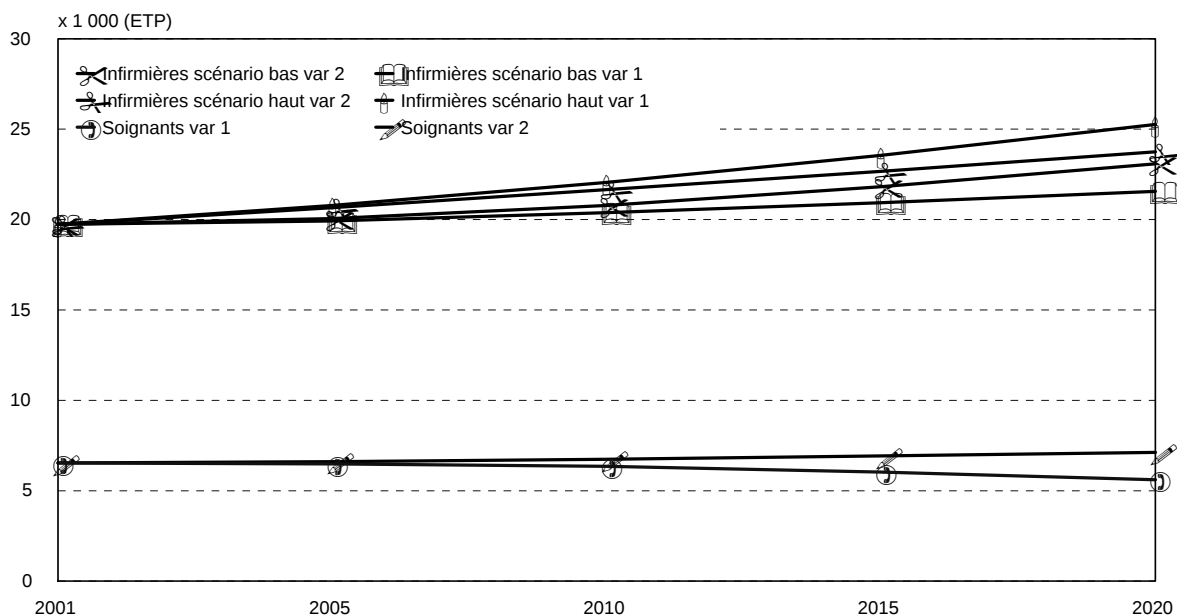
Figure 3.3.3.1. Evolution du personnel infirmier et soignant ETP dans les hôpitaux généraux et psychiatriques: Communauté flamande, 2000-2020



Source: Calculs HIVA-K.U.Leuven.

Les figures 3.3.3.1. et 3.3.3.2. illustrent le fait que les hypothèses en Communauté flamande ne sont pas tellement différentes de celles retenues en Communauté française. Là aussi, les besoins nouveaux ont été conçus comme nécessitant la qualification d'infirmière, tandis que l'emploi des soignants est supposé constant, voire en diminution si on remplace les 54 bis par des infirmières. La confrontation des deux graphiques a encore un autre intérêt: elle montre qu'actuellement déjà, la part relative des soignants dans l'emploi hospitalier de la Communauté flamande est notablement moindre (1 soignant pour 5 infirmiers en ETP) qu'en Communauté française (1 soignant pour 3 infirmiers en ETP). Ces rapports sont très instructifs pour la compréhension de la situation, tant actuelle que future; il convient de les garder à l'esprit pour comprendre les différences de position dans chaque Communauté. Le remplacement des soignants par des infirmiers se pose différemment pour chaque Communauté, étant donné que l'on y expérimente des situations différentes; il en va de même des questions concernant les besoins en personnel infirmier.

Figure 3.3.3.2. Evolution du personnel infirmier et soignant ETP dans les hôpitaux généraux et psychiatriques selon plusieurs scénarios Communauté française, 2000-2020



* Dans les deux scénarios, le remplacement progressif des soignantes assimilées au personnel infirmier pour certaines prestations sur base de l'art. 54 bis, a été effectué soit par d'autres soignantes (variante 2), soit par des infirmières (variante 1).

Source: Calculs SESA-UCL

3.3.4. Scénarios alternatifs

D'autres hypothèses et d'autres scénarios que ceux exposés ci-dessus sont certes imaginables. Certains d'entre eux ont fait l'objet de calculs pour l'un ou pour l'autre communauté et publiés dans les rapports partiels. Nous en évoquerons ici quelques uns ainsi que d'autres travaux portant sur ce sujet.

Les 'projections antérieures' effectuées jusqu'en 2010 par le HIVA pour les infirmiers et soignants en Communauté flamande peuvent être comparées avec les nouvelles perspectives. La figure 3.3.4.1. montre ainsi que le nouveau « scénario de base » a revu les indices de croissance à la hausse. Ce n'est pas une surprise, vu que la présente étude a adopté des hypothèses 'plutôt maximalistes'.

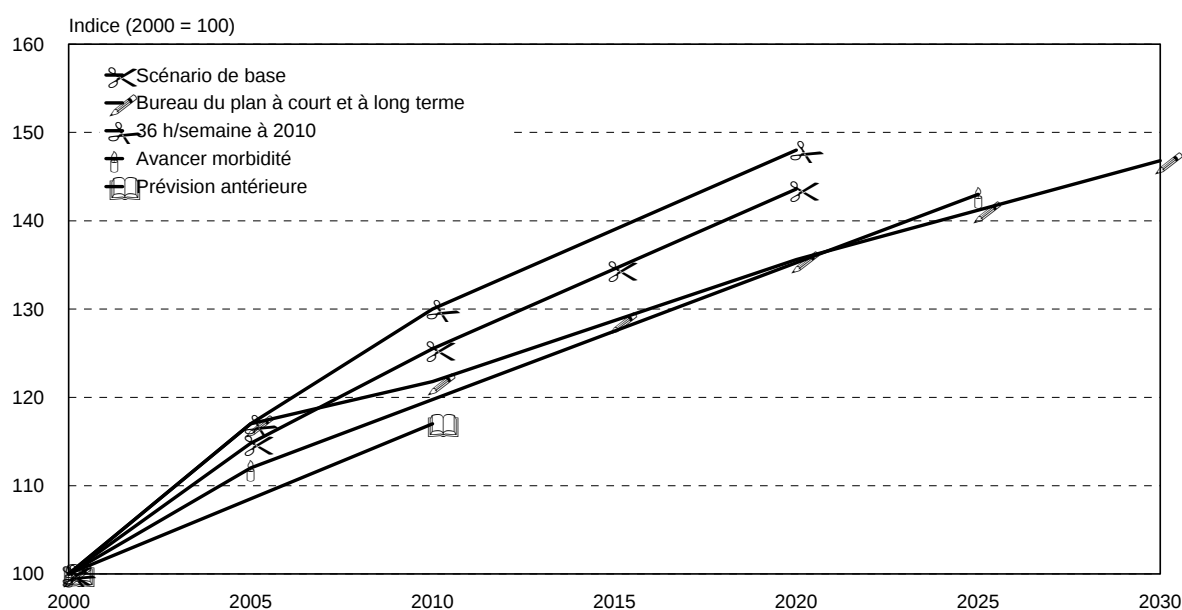
Les projections du Bureau fédéral du Plan sont plus élevées pour le court terme mais rejoignent le « scénario de base » en 2020. Dans la suite, ce dernier pointe une tendance plus élevée.

Quelques scénarios alternatifs sont également présentés. La réduction du temps de travail a été discutée exhaustivement dans la première série d'études 'Offre et demande pour les professions soignantes'. Cette problématique est ici simplement esquissée. Le scénario de base applique aux travailleurs âgés de 45 ans et plus, soit

environ 20% de la main-d'œuvre, la réduction du temps de travail qui leur est dès à présent proposée suivant l'âge: 36, 34 et 32 heures. Une généralisation de la semaine de 36 heures en 2010 situerait la demande de main-d'œuvre environ 5% plus haut.

Autre hypothèse: un glissement de la morbidité s'effectuant parallèlement à l'allongement de l'espérance de vie, soit d'environ 'une saison par an' ou 5 ans en 20 ans. On en a ici évalué très grossièrement les effets en imaginant que la croissance de la demande de soins serait reculée de cinq ans. La croissance attendue pour 2020 serait alors reportée en 2025.

Figure 3.3.4.1. L'emploi dans le secteur des soins en Communauté flamande, scénario de base et scénarios alternatifs: 2000-2030



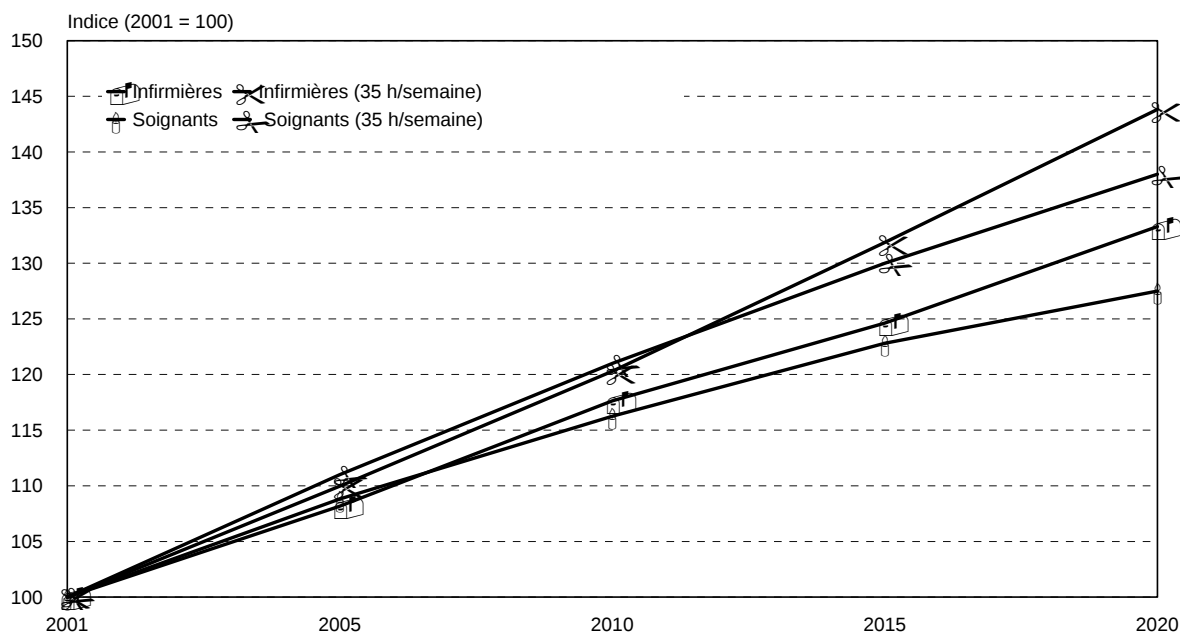
Source: Calculs HIVA-K.U.LEUVEN

En Communauté française, la réduction du temps de travail a été évaluée en programmant une instauration progressive de la semaine de 35 heures. Elle a été calculée séparément pour les infirmiers et les soignants. La Figure 3.3.4.2. présente les conséquences de cette hypothèse par rapport au scénario haut. L'indice de la demande en 2020 augmenterait alors de 10 points de pourcentage, passant de 128 à 138 pour les soignants et de 133 à 143 pour les infirmières.

La situation de l'emploi soignant, particulièrement préoccupant en Communauté française, mériterait que l'on se penche sur les perspectives d'emploi pour les chômeurs qui se disent porteurs d'un certificat de soignant. Le taux de chômage soignant (19,3% en 2001 en Communauté française) ne pourrait-il être réduit? Pour qu'il diminue de moitié, il faudrait que quelque 3 500 chômeurs accèdent à un emploi pour lequel ils seraient qualifiés.

Si, à l'avenir, comme certains l'envisagent, non seulement les soignants 54bis, mais l'ensemble des soignants devaient être remplacés par des infirmières à l'hôpital l'impact serait spectaculaire et nécessiterait en Communauté française un surcroît de personnel infirmier s'élevant à un tiers de leurs effectifs actuels.

Figure 3.3.4.2. Evolution du personnel infirmier et soignant ETP dans les différents secteurs de soins, selon la qualification et dans l'hypothèse d'une réduction du temps de travail, Communauté française, 2000- 2020



* Le scénario de base retenu est le scénario haut qui suppose un temps de travail de 38h/semaine, tandis que le scénario alternatif teste une réduction progressive aboutissant à 35h/semaine en 2020.

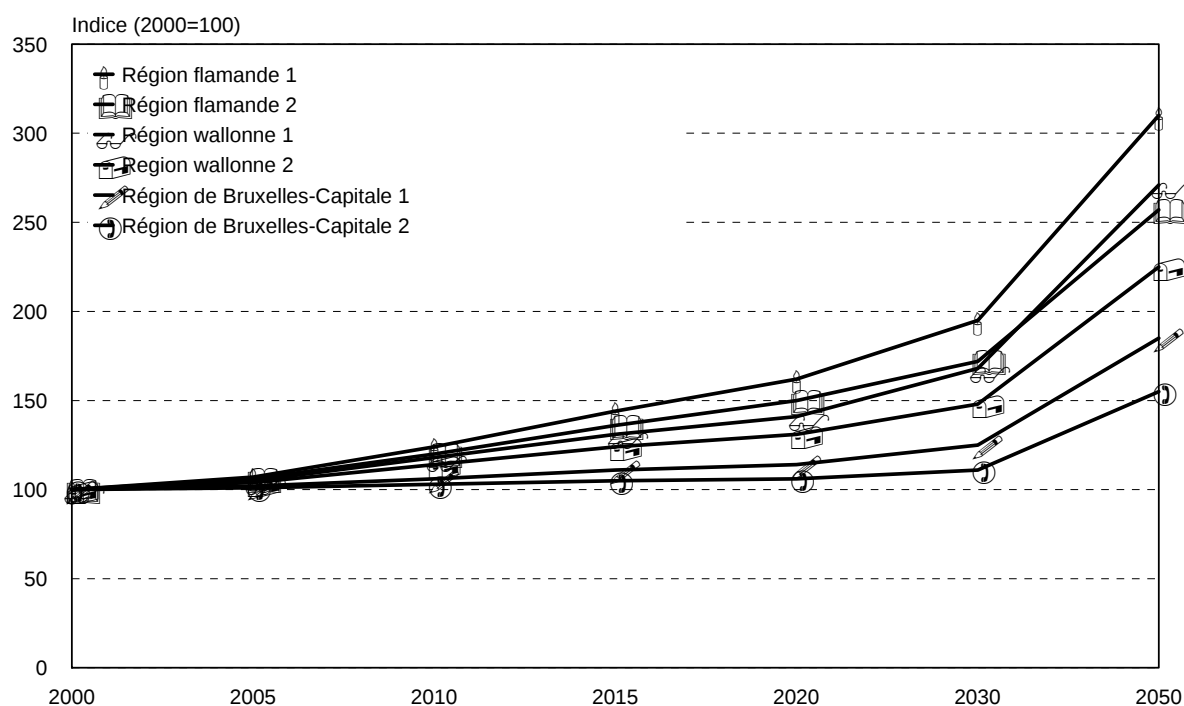
Source: Calculs SESA-UCL.

Un dernier scénario alternatif: il concerne l'hébergement en maison de repos et est illustré par la Figure 3.3.4.3. Le scénario classique suppose que les taux d'hébergement par âge demeurent constants; ils sont dès lors appliqués en fonction des futures catégories d'âges. Le scénario alternatif, se basant sur le fait que l'espérance de vie sans incapacité grave semble augmenter dans les pays développés au même rythme que l'espérance de vie, prévoit que l'entrée en maison de repos en sera reculée d'autant, provoquant une diminution sensible des taux d'hébergement par âge²³. Le nombre de résidents en maisons de repos et, partant, les besoins en personnel, estimés selon ces deux scénarios, présentent des courbes de tendance qui s'écartent progressivement l'une de l'autre au fil des années. Comme le fait apparaître la figure 3.14, l'indice de croissance du nombre

²³ Pour de plus amples informations, cf.: Pacolet J., Delière D., Leroy X., Artoisenet C., Swinne C., Cattaert G., Peetermans A., Coudron V., Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique, 2004, p. 215.

de résidents en 2050 s'élèverait selon le scénario classique à 310 en Régions flamande, à 271 en Wallonie et à 185 en Région de Bruxelles-Capitale. Selon le scénario alternatif, cette croissance serait limitée, respectivement, à 257, 225 et 155 selon les régions. A l'horizon 2020, la croissance du nombre de places en maisons de repos par rapport à 2000 passerait de l'indice 160 à l'indice 150, soit une diminution de la croissance de quelque 6%.

Figure 3.3.4.3. Perspectives de croissance de l'hébergement en maison de repos par région, suivant que l'on tient compte ou non des effets de la croissance de l'espérance de vie sans incapacité sévère, 2000-2050



Source: Pacolet J., Delière D., Leroy X. (2004), p. 215.

3.4. Comparaison de l'offre et de la demande 2000-2020

L'augmentation de la demande nette de main-d'œuvre, telle qu'elle a été présentée dans les sections précédentes, exprimée en volume de travail ETP, concerne la projection de la demande de personnel suite à l'expansion de la demande de soins. Des différents scénarios envisagés, seul le scénario haut a été retenu dans cette section pour calculer les flux globaux de personnel à recruter, compte tenu des besoins de remplacement. Ces estimations seront comparées aux effectifs de professionnels dont l'entrée sur le marché des soins est attendue. Pour ce faire, une conversion du volume de travail ETP doit être réalisée en termes de diplômés/certifiés; et cela, en fonction du taux d'activité des professionnels et de l'importance du travail à temps partiel. Les hypothèses adoptées par les deux équipes de recherche concernant ces deux taux présentant d'importantes différences, les résultats seront présentés pour chaque communauté séparément.

3.4.1. Communauté flamande

Le niveau actuel de travail à temps partiel, différencié selon l'âge et le sexe, a été utilisé pour estimer les effectifs de personnel attendus dans l'avenir. En réalité, il pourrait ne pas rester constant, mais au contraire augmenter, notamment sous l'influence de stimuli gouvernementaux, tels que le crédit-temps. Mais il pourrait aussi diminuer. Il est tenu compte des modifications de la durée du temps de travail pour les travailleurs plus âgés dans les professions soignantes. Actuellement, cela concerne environ 20% de la main-d'œuvre professionnelle (c'est-à-dire ceux qui ont plus de 45 ans) et l'impact sur le volume total de travail a été estimé à 2,5%. Dans cette optique, des recrutements devraient être réalisés pour combler le déficit dû à la réduction du temps de travail. Ceci constitue une première composante de la 'demande de remplacement'.

A ce résultat, viennent s'ajouter les effectifs nécessaires pour remplacer les personnes décédées et celles qui prendront leur retraite. Ce facteur a effectivement été pris en considération dans les scénarios. Il convient également de tenir compte d'autres formes d'inactivité, notamment celles dues à la maladie ou au choix volontaire d'être inactif.. C'est la deuxième composante de la demande de remplacement.

Trois éléments, - la demande nouvelle suite à expansion; la demande de remplacement pour réduction du temps de travail et la demande de remplacement pour départ à la retraite,- forment ensemble le scénario de base pour la demande globale de personnel. Pour répondre à cette demande, dont on n'envisage ici que le scénario haut, de quelle main-d'œuvre disposera-t-on à l'avenir? La réponse est principalement attendue en fonction du système d'enseignement. Cependant, d'autres formations, de plus en plus nombreuses, entrent aussi en ligne de compte. On pense aussi à la réintégration de personnes qui avaient quitté le marché du

travail ou le secteur des soins, et qui y reviennent; à celles qui, travaillant à temps partiel, augmentent leur temps de travail; à celles enfin qui quittent plus tard le secteur à cause du report de l'âge légal de la retraite. Dans un avenir plus ou moins proche, par exemple déjà en 2020, l'âge réel du départ à la retraite pourrait être plus élevé dans ces professions.

En ne prenant en considération que l'apport en provenance de l'enseignement, les présentes perspectives se limitent, de ce point de vue, à un scénario d'offre minimal. Des entrées plus nombreuses, ou des sorties en moindre nombre (par exemple, suite à des départs plus tardifs à la retraite) n'ont pas fait l'objet d'estimation, mais elles pourraient constituer un apport supplémentaire. Néanmoins, il s'agit d'un scénario 'optimiste'. Il est possible en effet, - bien que cela soit peu probable à notre avis, - qu'un nombre important de diplômés ne soient pas intéressés par un poste dans le secteur des soins. Lorsque l'on évalue l'offre répondant à la demande, on ne peut pas perdre de vue que l'ensemble des diplômés ne répondra pas nécessairement: Présent. En effet, les personnes qui disposent d'un diplôme ou d'un certificat adéquat, ne sont pas toutes désireuses de travailler, ni de travailler dans le secteur des soins. Il peut arriver aussi qu'elles ne disposent pas des compétences exigées par le secteur.

En Communauté flamande, la plupart des diplômés se retrouvent dans les chiffres d'emploi des différents secteurs, ou parfois au chômage. Dans ce dernier cas, on estime qu'il n'y avait pas suffisamment d'emplois pour eux. Les scénarios ont donc été construits en assumant l'hypothèse que tous les diplômés ou certifiés désiraient être actifs dans le secteur des soins.

En se basant sur ce scénario d'offre plutôt 'optimiste', et pour autant que le mix des qualifications reste inchangé, il y aurait, en Communauté flamande, un apport suffisant d'infirmiers pour répondre à la demande. C'est surtout le cas à court terme. A plus long terme, la poursuite d'un scénario minimal des entrées engendrerait un manque par rapport à notre scénario haut de demande. Pour qu'il y ait suffisamment d'infirmiers, il faut que se réalise le scénario 'optimiste'. Il faut donc insister sur le fait que le système d'enseignement devra viser à atteindre ce scénario optimal. Le système d'enseignement doit également veiller à ce que l'on choisisse des formations (et que l'on offre des formations) apportant des chances raisonnables de réussite et répondant de façon réfléchie aux besoins du secteur des soins.

Par contre, tant à court qu'à long terme, l'on serait confronté à un manque de soignants. Ici, les efforts visant à rendre les formations plus attrayantes et à continuer leur développement devraient être encore plus considérables. Ce faisant, les systèmes d'enseignement consolideront également les fondements de la formation d'infirmier, mais cela ne suffira pas (voir plus loin, nos conclusions).

Pour les autres formations qui ont été étudiées dans cette étude, il y aurait, lorsque l'on prolonge la situation actuelle, suffisamment d'influx. Au cas où apparaîtrait une offre excédentaire, l'offre de l'enseignement pourrait être assouplie, grâce à une réorientation précoce ou au fait de prévoir des ponts vers des formations où menacent des pénuries.

Il reste cependant bien des inconnues. La demande de remplacement serait moindre si le départ à la retraite se faisait plus tardivement. Par ailleurs, certaines demandes de soins pourraient croître moins vite, notamment suite à une compression ou à un report de l'incapacité grave. Les mutations dans les technologies de soins et dans les critères de soins (une économie enrichie posera des normes plus élevées) peuvent accroître la demande. La demande d'une main-d'œuvre rémunérée continuerait à augmenter (en nombre) si la durée du temps de travail connaissait d'autres réductions, ou si les départs à la retraite étaient anticipés²⁴. Par ailleurs, si le mix des qualifications subissait d'autres modifications, il se pourrait que la demande soit aussi profondément modifiée. Par précaution, des hypothèses maximalistes ont été adoptées pour ces paramètres, ce qui procure une certaine marge de sécurité quant à savoir si l'offre sera suffisante²⁵.

²⁴ Dans ces perspectives, il n'a pas été tenu compte de l'impact du relèvement de l'âge légal de la pension pour les femmes, lequel s'effectue progressivement jusqu'en 2009; la demande de remplacement est donc quelque peu surestimée de ce fait. L'augmentation du taux d'activité de la population belge en âge de travailler est vivement souhaité actuellement; il est donc possible que l'âge effectif de la retraite soit, à l'avenir, moins précoce. Pour une discussion, voir la partie 5 des rapports 'Plus est en vous'.

²⁵ Nous ne tenons pas compte ici de l'évolution du chômage dans le secteur des soins (cf. section 2.4.). Pour une discussion plus détaillée de ce thème, voir la partie 1 des rapports 'Plus est en vous' ainsi que Pacolet J., Deschamps M. (2000).

Tableau 3.4.1.1. Perspectives de flux de personnel attendus: comparaison entre l'offre et la demande en matière d'aide et de soins. Communauté flamande, 2001 à 2005 et 2001 à 2020

Flux de personnel	Demande Besoins globaux* Scénario Haut	Offre Scénario bas** optimiste ***	Offre Scénario Haut** optimiste ***
<i>2001-2005</i>			
Infirmiers	10 237	12 212	12 212
Soignants	12 197	7 935	8 827
Kinésithérapeutes	2 911	1 403	1 908
Assistants sociaux****	302	4 953	6 975
Educateurs****	2 198	4 404	6 904
Total professionnels de l'aide et des soins	27 845	30 907	36 826
<i>2001-2020</i>			
Infirmiers	49 703	40 386	53 039
Soignants	45 318	26 452	35 780
Kinésithérapeutes	14 453	6 725	12 991
Assistants sociaux****	949	11 997	29 002
Educateurs****	8 853	12 144	29 298
Total professionnels de l'aide et des soins	119 276	97 704	160 110

* Besoins supplémentaires et besoins de remplacement

** Haut ou bas, en fonction de l'évolution de l'attractivité des formations

*** Optimiste, le scénario supposant que tous les diplômés ou certifiés s'engagent sur le marché du travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale

**** L'évaluation de la demande d'assistants sociaux est très sous évaluée, vu qu'elle n'a pu être faite qu'en fonction des besoins dans les services pour handicapés et dans les institutions d'accueil de l'enfance. De même, en ce qui concerne les éducateurs, ne sont pris en compte que les besoins dans les services pour handicapés. Les besoins globaux dans ces professions sont donc plus élevés, ainsi que le total calculé pour l'ensemble des professions de l'aide et des soins. Dans ce total, les kinésithérapeutes sont repris, mais pas les paramédicaux.

Source: Calculs HIVA-K.U.Leuven.

3.4.2. Communauté française

La méthode adoptée pour comparer l'offre et la demande en Communauté française est, pour l'essentiel, semblable à celle exposée ci-dessus pour la Communauté flamande. Elle diffère cependant sur un point important. A la question de savoir si l'ensemble des gradués et brevetés infirmiers et la totalité des soignants certifiés allaient travailler et travailler dans le secteur des soins, plusieurs arguments militaient en faveur d'une réponse négative:

- le dépouillement du recensement de 1991 a mis en évidence qu'une fraction non négligeable d'infirmiers et de soignants n'exerçaient pas d'activité professionnelle et que parmi ceux qui étaient actifs, certains ne travaillaient pas dans le secteur de l'aide et des soins de santé;
- l'activité professionnelle des femmes est en Belgique l'une des plus basses d'Europe, même si elle a tendance à augmenter;

- ces données, l'une déjà vieille de plus de dix ans et l'autre fort générale, rejoignent cependant l'opinion, largement répandue (souvent même de manière exagérée) dans les milieux professionnels francophones que beaucoup d'infirmières n'exercent pas leur profession;
- en ce qui concerne les soignants, en comparant entre 1995 et en 2000, le nombre de soignants, soit en activité, soit au chômage, compte tenu des certificats délivrés et des besoins de remplacement au cours de cette période, on aboutit à la conclusion que la moitié, voire peut-être seulement le tiers des nouveaux soignants certifiés sont effectivement employés ou demandeurs d'emploi en tant que soignants.

Par conséquent, il fut décidé, à défaut d'estimation plus récente, de se baser, pour les infirmiers, sur les taux d'activité et d'activité dans la profession selon l'âge et le genre observés en 1991 (scénario bas), et d'appliquer pour le scénario haut une croissance du taux d'activité de 0.25% par an à partir de 2001. Pour les soignants, les taux d'entrée sur le marché des soins ont été estimés sur base des estimations résultant des données 1995-2000, tandis que le personnel actif en 2001 était projeté dans le temps en fonction des taux d'activité par âge et sexe de 1991, avec aussi une croissance du taux d'activité de 0.25% en scénario haut. L'âge officiel de la retraite étant progressivement porté à 65 ans, le taux d'activité des professionnels de la classe d'âges 60-64 ans a été estimé et appliqué en se basant sur celui des 55-59 ans en 1991.

Cette prise en compte de l'inactivité a un impact considérable sur l'évaluation du nombre de diplômés ou certifiés, toutes classes d'âge confondues, qui seront disponibles pour faire face à la demande de personnel actif dans le champ de la santé et de l'aide sociale. En 2001, le rapport est de 1,6 diplômé en âge de travailler pour 1 ETP. En 2020, en raison du vieillissement des effectifs de diplômés et malgré l'augmentation du taux d'activité qui a été appliquée dans le scénario supérieur, le rapport s'élèverait à 1,7 toutes autres choses restant égales par ailleurs. D'où l'importance que les choses changent !

Tableau 3.4.2.1. Perspectives de flux de personnel attendus: comparaison entre l'offre et la demande en matière d'aide et de soins. Communauté française, 2001 à 2005 et 2001 à 2020

Flux de personnel	Demande Scénario Haut	Offre Scénario bas **	Offre Scénario Haut **
<i>2001-2005</i>			
Infirmiers			
Besoins de remplacement *	4 772		
Besoins nouveaux: ETP	2 521		
Besoins nouveaux: effectifs	2 824		
Total: Besoins globaux	7 596	7 554	7 630
Soignants			
Besoins de remplacement *	2 612		
Besoins nouveaux: ETP	2 173		
Besoins nouveaux: effectifs	2 760		
Total (participation probable)	5 372	3 655	5 537
Total (nombre de certifiés)	5 372	13 848	13 848
<i>2001-2020</i>			
Infirmiers			
Besoins de remplacement *	27 220		
Besoins nouveaux: ETP	11 740		
Besoins nouveaux: effectifs	13 149		
Total: Besoins globaux	40 368	29 205	33 297
Soignants			
Besoins de remplacement *	17 420		
Besoins nouveaux: ETP	9 826		
Besoins nouveaux: effectifs	12 577		
Total (participation probable)	29 998	18 973	28 746
Total (nombre de certifiés)	29 998	57 795	57 795

* Les besoins de remplacement comprennent les décès, les retraites anticipées ou à l'âge légal, les interruptions de carrière et l'abandon d'une activité professionnelle correspondant au diplôme.

** Le scénario d'offre est dit Haut ou Bas, pour les infirmières, en fonction des hypothèses d'attractivité des études et, pour les soignants certifiés, en fonction du taux de pénétration des nouveaux certifiés sur le marché du travail.

Source: Calculs SESA-UCL.

Durant la période 2001-2005, un certain équilibre se maintient entre l'offre et la demande, du moins si le scénario haut de l'offre est réalisé pour les soignants. Par contre, les perspectives jusqu'en 2020 sont inquiétantes, tant pour les infirmiers que pour les soignants. Pour les premiers, même le scénario haut de l'offre ne permet pas de satisfaire l'évolution de la demande. Pour les seconds, on atteindrait presque (- 4%) le niveau haut de la demande, à condition que le taux d'entrée en activité des nouveaux certifiés atteigne 50%.

Rappelons que le scénario haut de la demande, ici repris, suppose une croissance des besoins de personnel infirmier hospitalier de 0,5 % par an, afin de faire face au développement intrinsèque du secteur: normes adaptées, structures et fonctions nouvelles, actes supplémentaires, résultat de progrès techniques (prothèses par exemple). Par contre le remplacement par des infirmiers des soignants qui

pouvaient poser un certain nombre d'actes infirmiers en raison de l'article 54 bis, n'est pas repris dans ce scénario (il l'est par contre dans le scénario Maxi, non présenté dans cette synthèse). Pour les soignants, c'est donc l'hypothèse du maintien qui est ici retenue pour le scénario haut de la demande. L'enjeu est important. A terme, il s'agit de 4 112 emplois, auxquels il faudrait affecter des diplômés infirmiers, si les soignants 54 bis étaient remplacés par des infirmiers. Dans ce cas, le risque de pénurie serait considérablement aggravé.

Ce n'est pas tant l'attrait des formations qui constitue un problème; en effet, celui-ci est supérieur à celui observé en Communauté flamande, tant en pourcentage de jeunes qui optent pour la formation, qu'en nombre absolu d'étudiants/élèves qui commencent le curriculum. Ce qui pose surtout problème, ce sont les faibles taux d'étudiants en soins infirmiers terminant leurs études, de femmes exerçant une activité professionnelle et de professionnels actifs, tant masculins que féminins, exerçant réellement leur profession d'infirmier ou de soignant. On peut espérer que ces taux ont augmenté depuis 1991 et qu'ils croîtront encore, mais il faut attendre les résultats du Recensement de 2001 pour connaître la tendance. L'impact de ces taux d'activité selon l'âge et le genre sur le calcul des perspectives de professionnels en activité dans le secteur est considérable.

En ce qui concerne les soignants, la faible proportion de certifiés qui deviennent actifs comme soignants pose problème et une étude approfondie serait nécessaire pour mieux comprendre leur parcours et les éventuels obstacles qu'ils rencontrent. Dès à présent, on peut penser que des efforts doivent être fournis pour faire concorder leur formation avec les besoins des institutions elles-mêmes.

CHAPITRE 4

CONCLUSIONS POLITIQUES

Le présent rapport constitue une synthèse des études que nos équipes ont menées au cours des années récentes et qui étaient relatives aux perspectives de besoin de personnel dans le champ de la santé et de l'aide sociale dans les Communautés flamande et française/germanophone. Sur base des constats qui s'en dégagent, nous formulerons à présent quelques conclusions.

4.1. La demande d'aide et de soins aujourd'hui et demain

Le secteur des soins se profile incontestablement comme un secteur d'avenir; nos études prospectives l'établissent clairement. Son potentiel de croissance est considérable, pour autant qu'il soit soutenu par un financement suffisant. Comme par le passé, il constituera à l'avenir un puissant moteur de création d'emplois, contribuant ainsi à l'objectif de plein emploi que notre économie s'efforce d'atteindre. Tant du côté flamand que francophone, nous avons retenu des hypothèses hautes de croissance des besoins. Celle-ci sera notamment stimulée par le vieillissement démographique; elle devrait rester comparable à la croissance que le secteur a connue au cours des décennies écoulées, car d'autres facteurs la poussent encore davantage à la hausse. Toutefois, certaines hypothèses, se basant par exemple sur l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité sévère, inspirent des scénarios menant à une croissance quelque peu atténuée. Nous en donnons des exemples. Mais il est aussi possible que nous connaissions une expansion plus importante. Il a paru prudent de retenir pour le scénario de demande des hypothèses menant à une croissance 'plutôt haute' des besoins.

Rien dans les données que présentent les récents rapports 'Plus est en vous' ne permet de se former une image négative de la situation, tant actuelle que future, du secteur des soins et des professions soignantes. Au contraire, en tant qu'observateurs, nous en retirons une image très positive. Au cours des vingt années à venir, le champ de la santé et de l'aide sociale sera confronté en Belgique

à un défi semblable à celui auquel il a répondu avec succès au cours du quart de siècle passé. Au cours des 25 années écoulées, ce champ d'activité est parvenu, ainsi qu'on l'a calculé en Flandre, à augmenter d'environ 5% la proportion de population en âge de travailler qu'il emploie, dont environ deux tiers dans les professions soignantes (soit 3%). Au cours des vingt prochaines années, il aura besoin d'un supplément de main-d'œuvre dans les professions soignantes quasiment comparable (2%). Ce taux de croissance, à première vue limité, malgré l'effet du vieillissement, est calculé par rapport à une situation qui est déjà le résultat de 25 années de développement de l'Etat-providence; il s'agit aujourd'hui d'en conserver les acquis tout en faisant face à l'évolution démographique. Ceci illustre le caractère raisonnable de nos estimations d'expansion. Mais cela illustre aussi le fait que l'économie belge et la société belge ont été en mesure de produire ce résultat; ils pourront vraisemblablement encore le produire dans le futur, à condition que perdure la croissance du PIB. Il est même probable que la société post-industrielle du 21ème siècle veuille aller plus loin dans le développement du secteur des soins.

Le secteur des soins, accessible à tout un chacun, continuera certes à se développer en fonction des besoins de la population et des ressources dont disposent les citoyens pour se procurer l'aide et les soins nécessaires; mais il faut aussi pouvoir compter sur une volonté collective de contribuer au financement du système. L'histoire du secteur des soins illustre qu'à tour de rôle, les soins résidentiels, les soins à domicile, les soins aux personnes âgées, les soins aux handicapés ou l'hospitalisation tantôt sont aux avant postes, tantôt sont à la traîne, tantôt se substituent l'un à l'autre et parfois aussi, ils se font concurrence. Ils prennent ainsi une place toujours accrue dans le développement de la société post-industrielle. Toutefois ceci ne sera pas gratuit. Le défi majeur qui est adressé tant à l'opinion publique qu'aux responsables politiques est celui du financement: y a-t-il une volonté politique et une possible capacité d'adhésion du public pour accorder au secteur des soins les moyens nécessaires pour assurer son développement tant quantitatif que qualitatif?

Si pénurie de soins il y a, elle sera due à un manque de moyens de financement. Au cours des dernières années, les pouvoirs publics ont donné l'impression, tant au niveau fédéral qu'en Flandre, de soutenir le développement du secteur des soins. L'expansion des budgets de l'INAMI au niveau fédéral (fixée à 4,5% pour les années à venir) et l'introduction de l'assurance-dépendance au niveau flamand en sont des exemples notoires. Néanmoins, des doutes persistent quant aux possibilités de financement de cette dernière. C'est au niveau du financement qu'une pénurie est à craindre, pas au niveau de la main-d'œuvre. Dès lors, le premier défi à relever est le développement de services de qualité qui restent financièrement accessibles. Tel est d'ailleurs l'objectif fixé au système de santé par la Commission européenne: 'accessible, de grande qualité et fiable'.

4.2. L'offre de personnel

Dispose-t-on aujourd'hui, disposera-t-on demain d'une main d'œuvre qualifiée suffisante pour faire face aux besoins de personnel infirmier et soignant? L'attractivité de ces formations, s'est avérée considérable, même si elle semble avoir quelque peu perdu de sa vigueur au cours des dernières années. Cet intérêt est encore plus marqué en Communauté française qu'en Communauté flamande.

De la confrontation de l'offre et de la demande, on peut conclure que l'apport de main-d'œuvre dans les professions soignantes doit être vivement encouragé, mais que l'on ne peut pas esquiver la discussion visant à une redéfinition du mix des qualifications en fonction des besoins réels de soins. Par ailleurs, la Communauté française devra également affronter le défi de remédier aux faibles taux de réussite dans certaines formations de soins.

Pour construire les scénarios d'offre en Communauté française, des hypothèses ont été retenues concernant l'inactivité et le travail hors du champ de la santé d'une fraction de diplômées et, en particulier, de soignants. Souhaitons que le recensement de 2001 permette d'établir que cette hypothèse était trop pessimiste. S'il se confirmait par contre qu'une fraction non négligeable de professionnels en Communauté française, voire même dans l'ensemble de la Belgique, n'exercent par leur profession, il faudrait en tirer les conséquences et chercher des remèdes, sous peine de connaître de graves difficultés.

4.3. Formation et emploi

Toute formation orientant vers l'exercice d'une profession souhaite qu'au terme de leurs études, les élèves et étudiants puissent accéder à un emploi, ce qui suppose qu'ils soient à même de répondre aux besoins du marché et en particulier aux attentes des employeurs. L'organisation de l'enseignement n'est pas seul responsable de cette adéquation mais sa contribution est essentielle. La question est quantitative - on espère un apport adéquat - mais elle est aussi qualitative. Dans chaque communauté, les deux filières de formation en soins infirmiers ont été maintenues; les compétences respectives des gradués et brevetés sont, à notre avis, complémentaires et elles ont toutes deux leur place pour arriver à satisfaire l'ensemble de la demande de soins, laquelle est très diversifiée. La fonction de soignante ou d'aide soignante, selon les termes de l'AR N°78, est, elle aussi, indispensable, mais son profil reste imprécis et cette imprécision marque également la plupart des orientations soignantes de l'enseignement technique et professionnel. Il est urgent que ces dernières soient revalorisées en les orientant mieux vers l'acquisition des qualifications requises par les services de soins. Un influx suffisant de soignants qualifiés constitue une condition indispensable pour pouvoir faire face à la croissance du secteur.

Par ailleurs, de nouvelles initiatives sont souhaitables, comme par exemple la création d'une maîtrise en nursing et l'aménagement de passerelles permettant la réorientation en cours d'études supérieures vers les soins infirmiers. Des efforts doivent être poursuivis en vue de promouvoir le choix des formations infirmières dans l'ESG, d'améliorer l'accès au brevet et au graduat infirmiers à partir de l'EST3 et de l'ESP3 et surtout de mieux informer les élèves et étudiants des formations recherchées sur le marché des soins.

Il est souvent question de mobilité européenne de la main-d'œuvre dans le secteur des soins. Et les attentes qui y sont liées sont parfois très grandes. La présente synthèse a permis une analyse de la mobilité au sein même de la Belgique. Celle-ci est importante en tout cas pour le personnel infirmier et vers Bruxelles. Ne pourrait-on pas l'encourager aussi pour les nombreux 'soignants' au chômage en Wallonie et à Bruxelles (pour autant qu'ils aient une réelle qualification de soignant)? Cela demande non seulement une mise à niveau des compétences professionnelles en rapport avec les besoins du marché, mais aussi une formation linguistique. Les formations que l'ORBEM et le FOREM proposent aux chômeurs tant à Bruxelles qu'en Wallonie pour augmenter leurs chances d'emploi doivent certainement être poursuivies et intensifiées²⁶. Mais ne faudrait-il pas aussi organiser des cours de néerlandais dans les écoles d'infirmière à Bruxelles et les renforcer dans les écoles de l'enseignement secondaire?

Par ailleurs, du côté de la demande, il faudra également réfléchir à l'importance et à la nature de l'encadrement. Lorsque l'on crée de nouveaux services ou de nouvelles fonctions dans les services, il faudrait s'assurer que l'on dispose à cette fin d'un personnel suffisant et adéquatement formé. La différenciation des fonctions devient à juste titre un sujet de discussion plus ouvert. Comment la réaliser et dans quelle mesure? Ce sont là des questions auxquelles les groupes professionnels actifs dans les divers secteurs doivent répondre, compte tenu du secteur et de la situation. Une différenciation des fonctions implique aussi une spécialisation accrue, un aspect que nos rapports n'ont abordé que partiellement. Il serait utile d'étudier de manière approfondie l'importance des besoins dans chaque spécialisation, par exemple pour les soins aux personnes âgées. Le système d'enseignement doit éviter d'attirer des étudiants vers des spécialisations dont on sait que la demande est en baisse, alors que d'autres spécialisations plus immédiatement utiles restent négligées. Dans les deux Communautés, la formation d'accoucheuse offre un exemple de décalage entre l'offre et la demande, et même d'une inadaptation de l'offre de formation. Il faudrait au contraire qu'en

²⁶ Voir aussi les chèques langues, 'bons à valoir' pour suivre des cours de langue. Ils sont attribués lors de la conclusion d'un contrat d'emploi pour améliorer les connaissances linguistiques du candidat. En trois ans, l'ORBEM en a attribué 3690 pour un total de 45 000 heures. Sept cent personnes ont été engagées par le biais de ce système.

fonction de la planification des services, les besoins d'encadrement soient quantifiés et portés à la connaissance des étudiants désireux d'effectuer un choix judicieux.

La gestion des ressources humaines dans les institutions de soins devra retenir de plus en plus l'attention des gestionnaires. La qualité des conditions de travail, les possibilités de formation continuée, l'adaptation des horaires déterminent largement l'attrait d'une institution, sans oublier les possibilités de travail à temps partiel et l'aménagement des fins de carrière. Les institutions qui l'ont compris gardent mieux leur personnel et connaissent moins de difficultés de recrutement. Mais c'est aussi une condition pour que le secteur des soins reste le moteur de création d'emplois qu'il a été pendant les dernières décennies, particulièrement pour les femmes.

4.4. Le secteur des soins, moteur de la création d'emplois

Une économie à la recherche du plein emploi aura bien besoin, pour réaliser ses objectifs, de ce pôle de croissance qu'est le secteur des soins. Le vieillissement du personnel infirmier et soignant pourrait présenter un obstacle si l'on ne parvenait pas à maintenir suffisamment longtemps au travail les professionnels qui vieillissent. Jusque récemment, la structure d'âge de ces professions était relativement jeune, vu la croissance importante des entrées. Il n'en va plus de même depuis qu'atteignent la cinquantaine les promotions très nombreuses arrivées depuis 1980. Les solutions actuellement mises en place pour aménager les fins de carrière du personnel de soins pourraient montrer la voie à d'autres secteurs d'activité, afin d'augmenter le taux de participation au travail des plus de cinquante ans, dramatiquement bas en Belgique. Cependant, ces efforts pour aménager les conditions de travail doivent être poursuivis et amplifiés, tant pour soutenir l'attrait de ces professions auprès des jeunes que pour inciter les professionnels de soins à poursuivre le travail jusqu'à l'âge de la retraite, en bénéficiant d'horaires et de charges allégées. Cette perspective prometteuse fait du secteur des soins 'le secteur de l'avenir' par excellence, dans lequel un grand nombre de personnes trouveront une carrière professionnelle riche de valeurs. Le titre 'Plus est en vous' fait référence à ce grand potentiel de main-d'œuvre et d'emplois présent dans le secteur des soins. Pour que ce potentiel puisse se réaliser, il faut que les responsables politiques continuent à assurer un financement correct du secteur des soins, ainsi qu'on l'a rappelé plus haut.

Nous rejoignons ainsi les conclusions d'une étude comparative européenne, réalisée en étroite concertation avec le secteur (Versieck, Bouten & Pacolet, 1995); conclusions qui ont attiré notre attention au cours de la présente étude sur les processus suivants. Une pénurie de main-d'œuvre peut voir le jour dans le secteur des soins parce que l'on rationne l'offre d'enseignement; il peut arriver aussi que

la pénurie de main-d'œuvre que l'on constate soit tout simplement liée à un financement insuffisant pour permettre d'employer cette réserve supplémentaire. Ces pièges, les responsables politiques et le secteur devront les éviter à l'avenir.

Les conclusions de notre étude vont dans le même sens que les recommandations de la Commission européenne pour le secteur des soins. Dans une communication récente aux institutions européennes (2005), elle propose d'appliquer une 'méthode ouverte de coordination' pour le développement des soins de santé et des soins de longue durée en les menant 'à un niveau de haute qualité, accessible et financièrement supportable'. Cette ambition situe le secteur des soins dans la stratégie de Lisbonne pour la croissance et pour l'emploi (2004); dès lors, la politique des ressources humaines du secteur de la santé est au centre de la politique. Percevoir clairement l'étendue réelle de la demande et des besoins, éviter les pénuries, investir dans la formation (continue) et l'enseignement (initial), améliorer la qualité de l'emploi, voilà autant de défis auxquels les Etats membres devront sous peu apporter des réponses. Nos analyses prospectives peuvent fournir à cet égard des informations pertinentes.

4.5. Etablir des perspectives d'avenir

Il est important d'établir des perspectives d'avenir pour le secteur des soins. On peut ainsi indiquer quels secteurs et quels groupes professionnels éprouveront dans un proche avenir des besoins nouveaux de main-d'œuvre. Dès lors, les pouvoirs publics, les secteurs concernés, le système d'enseignement, mais également ceux qui y travaillent ou pourraient y travailler peuvent être informés des opportunités qui se présentent et des défis à relever.

Nous avons analysé le personnel en activité dans le champ de la santé et de l'aide sociale, en nous efforçant d'investiguer les différents secteurs de soins, en vue de mettre en lumière leur activité et les qualifications du personnel occupé. Les perspectives d'évolution des besoins ont été construites en prenant en compte différents paramètres (Cf Tableaux 3.1.3 et 3.1.4) et en maintenant d'autres constants. C'est une contrainte qui pèse sur la plupart des études de planification du personnel au niveau macroéconomique: les effets de quelques variables à propos desquelles on teste des hypothèses de changement sont mesurés '*ceteris paribus*'. De ce fait, un grand nombre de paramètres sont arbitrairement maintenus constants. Les scénarios ainsi construits ont été qualifiés de 'scénarios de base' et comparés à des 'scénarios alternatifs'; d'autres encore sont imaginables, et peuvent être calculées à partir du matériau collecté. Les résultats obtenus sont fonction des hypothèses retenues et des informations disponibles '*hic et nunc*'. Il serait vain d'en attendre une quelconque prédiction des événements futurs. Par contre, l'intérêt de ces scénarios est de mettre en évidence les conséquences de phénomènes tels que le vieillissement de la population, une modification des

structures de soins ou la plus ou moins grande attractivité des études. Il faut cependant rester conscients que d'autres facteurs d'influence vont infléchir les résultats dans un sens ou dans l'autre: le progrès scientifique et technologique, l'évolution des habitudes de consommation et des styles de vie, la morbidité, l'accessibilité financière, l'économie, le marché général de l'emploi, la législation du travail sont susceptibles d'influencer les résultats. Le scénario haut d'évolution de la demande de soins, retenu dans la comparaison des flux d'offre et de demande de personnel, tient compte des tendances récentes de ces paramètres, mais il reste une estimation sujette à bien des fluctuations.

Cinq années de travail ont suscité nombre d'idées nouvelles, parfois contraires aux opinions généralement admises. Elles ont également permis de mettre le doigt sur de nombreuses lacunes dans l'information disponible. En comparant les résultats des deux équipes, on s'aperçoit aussi combien il devient difficile d'obtenir dans chaque communauté des données reposant sur une définition identique, récoltée et analysée selon des critères semblables. Malgré cela, l'évaluation a été réalisée: l'évolution récente, la situation actuelle, les perspectives d'avenir ont fait l'objet de mesures chiffrées qui constituent une base indispensable de réflexion et de recherche ultérieure.

'Gouverner c'est prévoir'. C'est aux partenaires sociaux, via les Fonds sociaux, que revient le mérite d'avoir perçu combien il était important de disposer de ces perspectives d'avenir. A la lumière de celles-ci, il apparaît qu'un rôle important leur revient, en tant qu'acteurs privilégiés, afin de permettre que les transformations du secteur des soins se déroulent sans heurt. Les mutations du secteur [la Commission européenne parle d' 'industrial change' (changement industriel), avec le terme 'industry' à entendre comme une quelconque branche d'activité] auront des implications sur la quantité et les qualifications de la main-d'œuvre. Pour éviter que certains groupes professionnels ne deviennent des groupes à risque, exposés au chômage, alors que d'autres sont trop peu nombreux pour satisfaire les besoins, les Fonds sociaux peuvent cette fois encore fournir une impulsion intéressante en multipliant les efforts de formation. Dans sa communication du 20 mars 2004, la Commission européenne invite, outre les pouvoirs publics, les partenaires sociaux, les assureurs, les institutions de soins, les soignants et les patients à réfléchir également et à mettre au point une stratégie commune de développement du secteur des soins.

Nos analyses sont loin d'avoir été exhaustives; nous n'avons illustré qu'un nombre limité des mutations en cours, et la présente synthèse n'en reprend qu'une partie. De plus, dès leur publication, les perspectives sont déjà dépassées. Elles demandent à être vérifiées et constamment actualisées: il s'agit d'une sorte de '*perpetuum mobile*'.

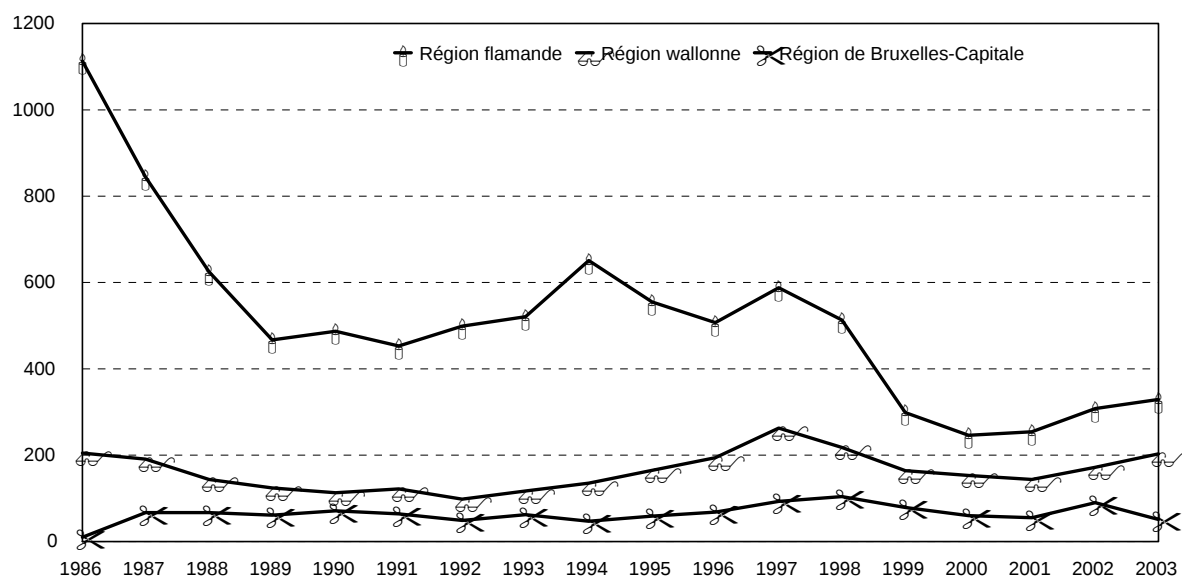
Par ailleurs, les perspectives d'avenir ne sont pas des prédictions. Nous n'avons pas le don de prophétie. Par contre, la mission des chercheurs consiste à viser la fiabilité maximale des chiffres présentés, à formuler les hypothèses les plus plausibles et à documenter les sources, les méthodes et les interprétations. Le présent résumé renvoie volontiers aux multiples rapports que nous avons publiés ces dernières années sur ce sujet, et qui peuvent servir d'ouvrages de référence pour ceux qui œuvrent dans le secteur, ou qui sont chargés de la politique dans ce domaine. Nous-mêmes, nous avons le sentiment d'avoir pu progresser et nous en faisons volontiers part au lecteur en lui confiant ces paroles: « Ne méprisez pas les prophètes, mais vérifiez tout et conservez ce qui est bon » (Thes. I 5:20).

C'est à dessein que nos perspectives d'avenir font l'objet d'évaluations chiffrées. Au fil des années pendant lesquelles nous avons travaillé sur le sujet, nous avons souvent pu remarquer le contraste entre les chiffres exprimant une situation et la perception que l'opinion se fait de cette réalité. Pour qu'un débat serein puisse départager des positions divergentes, il est nécessaire de disposer de mesures fiables. Une recherche 'non partisane' a l'ambition de les réunir et de les présenter. Toutefois aucune étude n'est totalement neutre et indépendante. En ce qui nous concerne, notre point de départ et notre a priori est que le travail des praticiens de la santé mérite le respect et recèle de multiples valeurs. Sa dignité n'est pas de prôner le travail pour le travail, mais d'œuvrer à ce que les patients reçoivent des soins de qualité et de contribuer à leur bien-être. Il y a plus en eux que ce que l'on pense bien souvent.

'Plus est en vous'. C'est un titre et c'est un programme d'action. Nous avons commencé par là notre rapport et c'est par là aussi que nous le concluons. C'est l'alpha et l'oméga de l'ensemble de nos rapports, le message-clé: le secteur des soins est **LE** secteur de l'avenir et **LE** moteur de la création d'emplois, mais surtout créateur de soins et de bien-être. Aussi, nous n'hésitons pas un instant à soutenir avec ce message l'image de soi positive que le secteur des soins mérite de développer, en raison de la dignité et de la valeur de son travail.

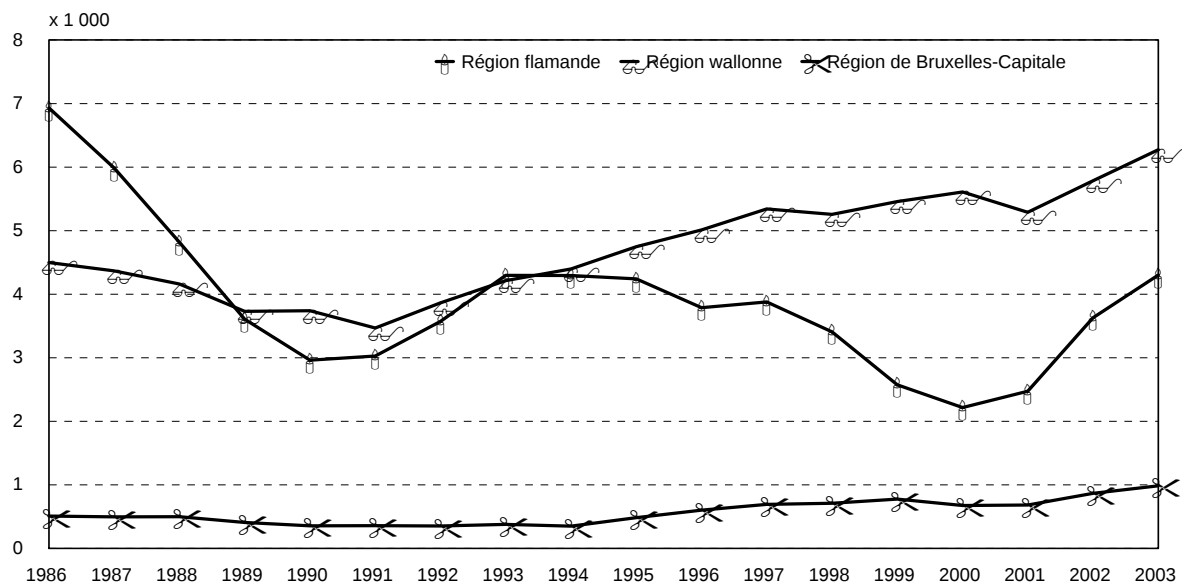
ANNEXES

Figure 5.1. Evolution du chômage (nombre de chômeurs complets indemnisés) parmi les infirmières, par région, 1986-2003



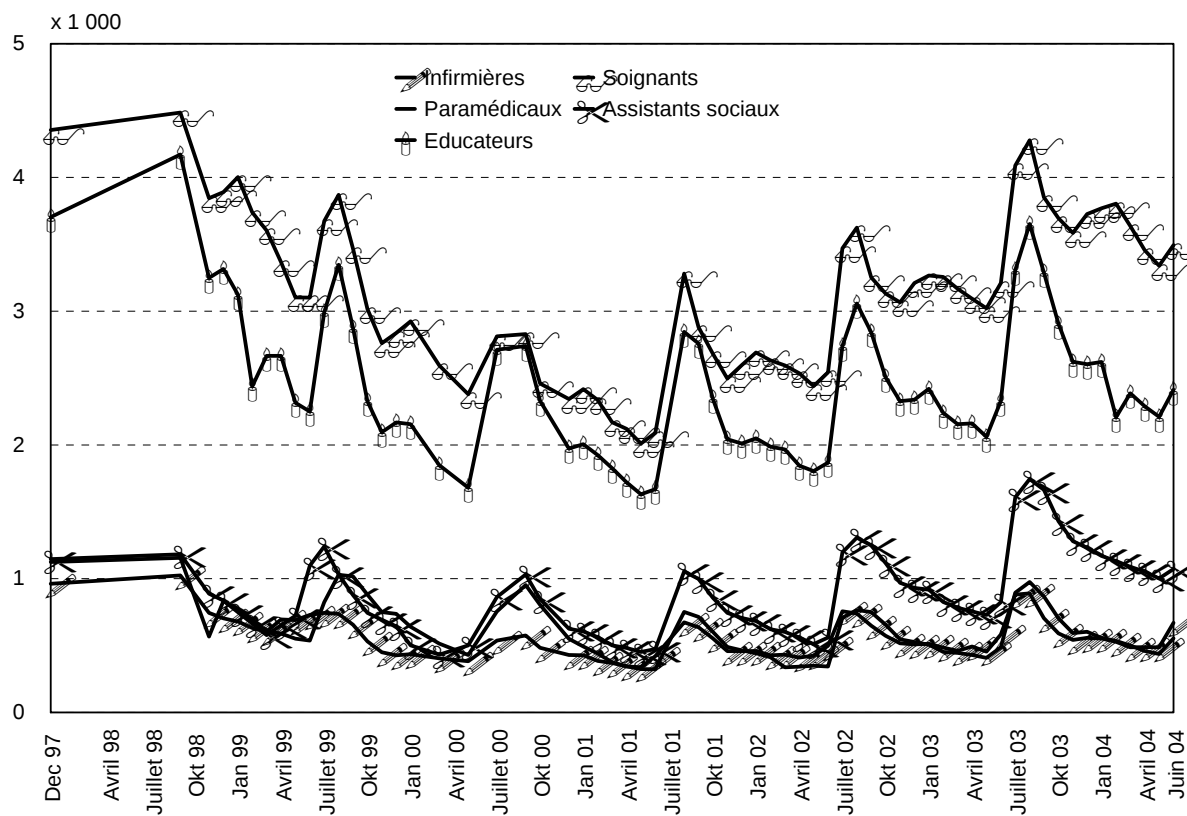
Source: J. Hertogen, SELV (www.selv.org/np/fr/data/index.htm)

Figure 5.2. Evolution du chômage (nombre de chômeurs complets indemnisés) parmi les soignants, par région, 1986-2003



Source: J. Hertogen, SELV (www.selv.org/np/fr/data/index.htm)

Figure 5.3. Evolution du nombre de demandeurs d'emploi inoccupés, pour quelques professions actives dans le secteur des soins en Flandre, 1997-2003



Source: Données VDAB (De Boeck R.).

BIBLIOGRAPHIE

- Commission des Communautés Européennes (2004), Communication de la Commission au Conseil, au Parlement Européen, au Comité Economique et Social Européen et au Comité des Régions. *Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables: un appui aux stratégies nationales par la « méthode ouverte de coordination »*, Brussel.
- Cuyvers G., Ivens I. & Pintelon A. (2002), 'Beeldvorming van de zorgberoepen', *Weliswaar*, vol. nr. 40, extra editie, p. 1-39.
- de Grip A., van Loo J. & Sanders J. (2002), *Kwalificatieveroudering in sectoren*, ESB.
- 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.
- Dercq J.P., Somer A., Smets D., Desantoine D., Huque T. & Van Sande A. (1998), *Manpower in physiotherapy in Belgium*, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu; Bestuur Geneeskundepraktijk.
- Deschamps M., Leclercq A., Pacolet J., Leroy X., Gos E. & Lorant V. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2020 en scenario's tot 2010. Deel 1: Verpleegkundigen en het verplegend werk*, HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Bruxelles.
- 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 3: Vraag naar en aanbod van werk in de zorgsector*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Deschamps M. & Pacolet J. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 4: Werken in de zorgsector. Synthese en vooruitblik tot 2010*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Englert M., Fasquelle N., Festjens M.J., Lambrecht M., Saintrain M., Streel C. & Weemaes S. (2002), *Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2000-2050. De vergrijzing en de leefbaarheid van het wettelijk pensioensysteem*, Federaal Planbureau, Brussel.
- Federaal Planbureau (2002), *Economische vooruitzichten 2002-2007*, Brussel.
- Goris R. & Locus J. (2002), 'Wel jong, niet gek', *Weliswaar*, vol. nr. 40, p. 8-9.

- Hoge raad voor de werkgelegenheid (2002), *Verslag 2002*, Federaal Ministerie van Tewerkstelling en Arbeid, Brussel.
- Krols M. (2002), 'Gezocht: positief zelfbeeld', *Weliswaar*, nr. 40, p. 4-7.
- 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.
- Leclercq A., Deschamps M., Leroy X., Pacolet J., Lorant V. & Gos E. (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique. Projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 1: Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier. Synthèse*, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Brussel/Leuven.
- 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.
- Leroy X., De Backer B., Draelants H., Hubin M., Salhi M. & Stordeur S. (2002), *Manpower planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale*, SESA-UCL, Bruxelles.
- 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., Deliège D., Cattaert G. & Artoisenet C. (2004), *Manpowerplanning voor gezondheidsberoepen, fase 1: Analyse van de huidige situatie ('niet gepubliceerd')*, HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Bruxelles.
- Pacolet J. & Deschamps M. (2000), 'Manpowerplanning in de zorgsector in praktijk gebracht', in Kluwer editorial (ed.), *Handboek Gezondheidseconomie*, Kluwer, Diegem, p. 121-190.
- Pacolet J. & Deschamps M. (2000), 'Verpleegkundigen in Vlaanderen', *Verpleegkunde en vroedkunde zakboekje 2000*, Kluwer, Diegem, p. 191-231.
- Pacolet J. & Deschamps M. (2002), 'De werkomgeving van de verpleegkundige', *Verpleegkunde en vroedkunde zakboekje 2002*, Kluwer, Diegem, p. 53-99.
- Pacolet J. & Leroy X. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6: Synthèse voor de zorgsector 1995-2020 in België*, HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Bruxelles.
- Pacolet J. (2000), 'Een voorbeeldige omwenteling in de non-profit', *Social profit jaarboek 2000*, vzw Zonder Winstoogmerk, Standaard uitgeverij, Antwerpen, p. 25-26.
- Pacolet J., Coudron V., Dewilde S. & Strobbe 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., Cattaert G. & Coudron V. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 5: Synthese voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap, 1995-2020*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., Van De Putte I., Cattaert G., Coudron V., Degreeef 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.
- Pacolet J., Van De Putte I., Marchal A., Cattaert G., Coudron V., Degreeef 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.
- Pacolet J., Van De Putte I., Marchal A., Cattaert G., Degreeef 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., Cattaert G., Coudron V. & Van De Putte I. (2003), Manpowerplanning voor de zorgsector in Vlaanderen 2000-2020: een perpetuum mobile?, in F. Dever & T. Jacobs (red.), *Vooruitdenken over zorg in Vlaanderen*, Garant, 2004.
- Pacolet J. (2000), 'De quartaire sector: 25 jaar de enige ondersteuning van de gesalarieerde werkgelegenheid in België', *'Social profit jaarboek 2000'*, vzw Zonder Winstoogmerk, Standaard uitgeverij, Antwerpen, p. 263-273.
- Pacolet J., Van de Putte I., Marchal A., Dewilde S., Verbrugghe K. & Strobbe S. (2001), *Ontwerp van satellietrekeningen voor de non-profitsector voor België: de gezondheidssector; voor Vlaanderen: welzijn/socioculturele sector/onderwijs*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., Van De Putte I., Van Damme B., Gos E. & Tilleman B. (2002), *De tewerkstelling in de quartaire sector in België*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Parys H., De Coninck P., De Jonghe A. & Meulemans H. (2002), 'Op zoek naar een nieuw elan voor de zorgarbeid. EVC-toepassingen in de gezondheidszorg', *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, vol. 1e trimester, p. 5-33.
- Peterson P.G. (1999), 'Gray dawn: the global aging crisis', *Foreign affairs*, vol. 78, p. 43-57
- Reid N. (1986), 'Nurse manpower: the problems ahead', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 23, nr. 3, p. 187-197.
- Sociaal-economische Raad van Vlaanderen (2002), *Advies. Erkennen van competenties (EVC)*, Brussel.
- Van De Putte I. & Pacolet J. (2002), *Zorgplanning voorzieningen voor personen met een handicap Oost-Vlaanderen*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Van Ouytsel A. & Somer A. (2002), *Etude statistique et planification de l'offre en kinésithérapie*, Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement.

- Versieck K., Bouten R. & Pacolet J. (1995), *Manpower problems in the nursing/midwifery profession in the EC. Country-comparative study*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- VVI (2000), *Jaarverslag 1999*, VVI, Brussel.

PUBLICATIONS DANS LE CADRE DU PROJET: OFFRE ET DEMANDE DE TRAVAIL INFIRMIER ET SOIGNANT EN COMMUNAUTE FRANÇAISE ET EN COMMUNAUTE GERMANOPHONE DE BELGIQUE, PROJECTIONS JUSQU'EN 2000 ET SCENARIOS JUSQU'EN 2010²⁷

7.1. Praticiens de l'art infirmier

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.

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.

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*, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven, 260 p.

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.

7.2. Soignants qualifiés

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.

²⁷ Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010.

- 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.
- Leclercq A., Deschamps M., Leroy X., Pacolet J., Gos E. & Lanoye H. (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., Gos E. & Lanoye H. (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*, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven, 208 p.

7.3. Autres professions

- Deschamps M., Pacolet J. & Gos E. (1999), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 3: Vraag naar en aanbod van werk in de zorgsector*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 362 p.
- Deschamps M. & Pacolet J. (1999), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 4: Werken in de zorgsector. Synthese en vooruitblik tot 2010*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 118 p.

PUBLICATIONS DANS LE CADRE DU PROJET: MANPOWER PLANNING, OFFRE ET DEMANDE DE TRAVAIL DANS LE CHAMP DE LA SANTE ET DE L'AIDE SOCIALE 2000-2010-2020²⁸

8.1. Communauté flamande

- Pacolet J., Coudron V., Dewilde S. & Strobbe 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., Cattaert 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., Cattaert 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 socio-culturele sector, Deel 4. De socioculturele sector in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2010*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., Van De Putte I., Cattaert G. & Coudron V. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 5. Synthese voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap, 1995-2020*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., Van De Putte I., Marchal A., Cattaert 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. Electronische bijlage (CD-ROM)*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

²⁸ Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socio-culturele sector, prognoses tot 2005 en scenario's tot 2020.

8.2. 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

8.3. Belgique

Pacolet J., Leroy X., Cattaert G. & Coudron V. (2004), *Plus est en vous herbekeken: Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 6. Synthese voor de zorgsector 1995-2020 in België*, HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Brussel.

Leroy X., Pacolet J., Cattaert G. & Coudron V. (2004), *Plus est en vous révisé. 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, Brussel/Leuven.

***PUBLICATION REALISEE A LA DEMANDE DE LA
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE DE
BRUXELLES-CAPITALE***

Pacolet J., Leroy X., Cattaert G., Coudron V. & Gobert M. (2004), *Plus est en vous
driemaal. Manpowerplanning in de zorgsector in Brussel-Hoofdstad – Plus est en vous
3ème. Manpower planning dans le champ de la santé à Bruxelles-Capitale*, HIVA-
K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Bruxelles.