



Le marché du travail des soins dans la Grande Région - Professions, mobilité et besoin de main d'œuvre qualifiée

Rapport final

Présenté par

l'Institut pour l'Economie, le Travail et la Culture (IWAK)
de l'Université Goethe de Francfort s/Main



et l'Observatoire Interrégional du marché de l'Emploi (OIE)



Pour le compte du

Ministère des Affaires sociales, du Travail, de la Santé et de la Démographie (MSAGD) de Rhénanie-Palatinat et du Sommet de la Grande Région

Rédacteurs :

Oliver Lauxen, Dr. Christa Larsen et le réseau de l'OIE

Janvier 2015

Remarque concernant les différences textuelles dans les versions allemandes et françaises

Cette étude a été conçue par des partenaires de chaque sous-région de la Grande Région. Il a été nécessaire lors de la retranscription des résultats de prendre en compte les connaissances et les habitudes du lectorat des différentes sous-régions.

C'est pour cette raison que la version allemande et française diffèrent sur quelques points. Les spécificités régionales sont ainsi plus ou moins détaillées et les habitudes en matière de terminologie spécialisée sont prises en compte. Les deux versions se basent bien entendu sur les mêmes données et contiennent les mêmes graphiques et tableaux.

La rédaction finale est placée sous la responsabilité de l'Institut pour l'Économie, le Travail et la Culture (IWAK). La version française a été remaniée par l'Observatoire Interrégional du Marché de l'Emploi (OIE).

Contenu

1. Introduction	4
2. Méthodologie de l'étude.....	8
3. Résultats	12
3.1 Les secteurs d'activité des soins	12
3.2 Les professions du soin	31
3.3 Formation.....	36
3.4 Les demandeurs d'emploi recherchant une profession du soin	51
3.5 Les actifs en emploi dans les professions du soin.....	62
3.6 Mobilité des frontaliers	72
4. Préconisations pour améliorer le fonctionnement du marché du travail du soin dans la Grande Région	107
4.1 Les conditions d'un développement des relations interrégionales	108
4.2 Quatre champs d'actions prioritaires	109
5. Perspectives	115
Sommaire des figures	117
Sommaire des tableaux	120
Annexe 1 : Définition des catégories de « professions du soin » pour les indicateurs.....	121
Annexe 2 : Aperçu de CRD Eure Lorraine de la profession d'infirmier en Allemagne, en Belgique, en France et au Luxembourg.....	129

Sommaire

1. Introduction	4
2. Méthodologie de l'étude.....	8
3. Résultats	12
3.1 Les secteurs d'activité des soins	12
3.1.1 Informations générales : description succincte de la prise en charge des soins dans la Grande Région	13
3.1.2 Définition du périmètre des secteurs d'activités de l'observation	15
3.1.2.1 <i>Définition statistique des secteurs</i>	15
3.1.2.2 <i>Sources des données dans les composantes régionales</i>	19
3.1.3 Résultats détaillés	20
3.1.3.1 <i>Hôpitaux</i>	20
3.1.3.2 <i>Établissements pour personnes âgées</i>	24
3.1.3.3 <i>L'intervention à domicile et accueil de jour</i>	27
3.1.4 Synthèse des principaux enseignements	30
3.2 Les professions du soin	31
3.2.1 Définition du périmètre des professions exercées	32
3.2.2 Résultats détaillés	34
3.3 Formation	36
3.3.1 Informations générales : description succincte des appareils de formation aux professions du soin dans la Grande Région	36
3.3.1.1 <i>Les formations aux professions du soin : Rhénanie-Palatinat et Sarre</i>	37
3.3.1.2 <i>Les formations aux professions du soin en Lorraine</i>	38
3.3.1.3 <i>Les formations aux professions du soin au Luxembourg</i>	38
3.3.1.4 <i>Les formations aux professions du soin en Wallonie et dans la CG</i>	39
3.3.2 Définition du périmètre des formations observées	40
3.3.3 Résultats détaillés	41
3.3.4 Synthèse des principaux enseignements	50
3.4 Les demandeurs d'emploi recherchant une profession du soin	51
3.4.1 Définition du périmètre des professions recherchées	52
3.4.2 Résultats détaillés	55
3.4.2.1 <i>Nombre de demandeurs d'emploi et évolution annuelle</i>	55
3.4.2.2 <i>Caractéristiques structurelles du personnel soignant au chômage</i>	57
3.4.3 Zoom sur le chômage des jeunes dans la Grande Région	60
3.4.4 Synthèse des principaux enseignements	61
3.5 Les actifs en emploi dans les professions du soin	62
3.5.1 Sources mobilisées pour l'observation des actifs en emploi	62
3.5.2 Résultats détaillés	64

3.5.2.1	<i>Principales caractéristiques des actifs en emploi</i>	66
3.5.2.2	<i>Actifs en emploi par secteur</i>	69
3.5.3	Synthèse des principaux enseignements	71
3.6	Mobilité des frontaliers	72
3.6.1	Informations générales	72
3.6.2	Mobilité vers la Sarre et la Rhénanie-Palatinat.....	74
3.6.2.1	<i>Remarques méthodologiques</i>	74
3.6.2.2	<i>Résultats</i>	75
3.6.3	Mobilité vers la Lorraine.....	80
3.6.4	Mobilité vers la Wallonie	80
3.6.4.1	<i>Remarques méthodologiques</i>	80
3.6.4.2	<i>Résultats</i>	81
3.6.5	Mobilité vers la CG de Belgique	87
3.6.5.1	<i>Remarques méthodologiques</i>	87
3.6.5.2	<i>Résultats</i>	87
3.6.6	Mobilité vers le Luxembourg.....	88
3.6.6.1	<i>Remarques méthodologiques</i>	88
3.6.6.2	<i>Résultats</i>	89
	3.6.6.2.1 <i>Régions d'origine des frontaliers</i>	92
	3.6.6.2.2 <i>Caractéristiques structurelles des frontaliers</i>	96
	3.6.6.2.3 <i>Les frontaliers exerçant dans le secteur hospitalier</i>	99
	3.6.6.2.4 <i>Reconnaissance des diplômes étrangers</i>	102
3.6.7	Synthèse des principaux enseignements	103
4.	Préconisations pour améliorer le fonctionnement du marché du travail du soin dans la Grande Région	107
4.1	Les conditions d'un développement des relations interrégionales	108
4.2	Quatre champs d'actions prioritaires	109
4.2.1	Champ d'action « Formation ».....	109
4.2.2	Champ d'action « Emploi »	110
4.2.3	Champ d'action « Chômage »	111
4.2.4	Champ d'action « besoins en main-d'œuvre qualifiée ».....	113
4.2.5	Le rôle des acteurs politiques	113
5.	Perspectives	115
	Sommaire des figures	117
	Sommaire des tableaux	120
	Annexe 1 : Définition des catégories de « professions du soin » pour les indicateurs	121
	Annexe 2 : Aperçu de la profession d'infirmier en Allemagne, en Belgique, en France et au Luxembourg	129

1. Introduction

La Grande Région est constituée de la Sarre, la Lorraine, le Luxembourg, la Rhénanie-Palatinat, la Wallonie et la Communauté germanophone de Belgique (CG). Elle s'attend à une transformation radicale de la pyramide des âges de sa population au cours des prochaines décennies. En effet, le nombre d'habitants âgés de 80 ans et plus devrait, selon les projections de population officielles, augmenter de 29,4 % d'ici à 2030, pour atteindre 812 657 personnes (contre 626 065 en 2013). Cette croissance de la population très âgée devrait être particulièrement prononcée dans la CG de Belgique (+44,4 %) ainsi qu'au Luxembourg (+36,2 %). Ce vieillissement de la population devrait engendrer une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, nécessitant une aide professionnelle quotidienne pour les gestes de la vie courante ainsi que pour la réalisation des soins de santé, en institution ou à domicile. La Grande Région est ainsi confrontée à un nouvel enjeu : faire en sorte que l'ensemble de ces besoins puissent être satisfaits, ce qui nécessite d'anticiper les volumes d'emploi nécessaires pour les années à venir.

Tab. 1 : Nombre d'habitants de 80 ans et plus et projection des effectifs à l'horizon 2030

	2013	2030	Variation 2013-2030
Rheinland-Pfalz	231 595	308 293	+33,1%
Saarland	60 096	73 700	+22,6%
Lorraine	128 249	170 000	+32,6%
Luxembourg	21 042	28 658	+36,2%
Wallonie	185 083	232 006	+25,4%
DG Belgique	3 681	5 316	+44,4%
Großregion gesamt	626 065	812 657	+29,4%

Source : portail statistique ; Wallonie, CG Belgique : SPF Economie

Couvrir les besoins en main-d'œuvre qualifiée dans le secteur des soins s'avère d'ores et déjà difficile pour certaines activités et dans certains territoires (ce que les spécialistes appellent les „déserts médicaux“). Les données de l'agence fédérale allemande pour l'emploi (Bundesagentur für Arbeit) montrent que les professions du soin sont considérées comme des métiers souffrant d'un manque de personnel pour satisfaire les postes vacants, tant en Rhénanie-Palatinat qu'en Sarre. En Rhénanie-Palatinat, l'étude « Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe¹ » montre qu'en 2010, les besoins en main-d'œuvre qualifiée sont particulièrement importants dans la zone frontalière de Trèves. En Wallonie également, les professions soignantes font partie, depuis 2006, des métiers ayant « du mal à recruter », tels qu'ils sont définis chaque année par les services de l'emploi.² Une stratégie de sécurisation de la main-d'œuvre en poste et de formation de nouveaux professionnels est déjà nécessaire à très court terme dans ces régions.

¹ « Suivi sectoriel des professions de la santé » : Il s'agit d'un projet du ministère de la Rhénanie-Palatinat pour observer régulièrement l'offre et la demande du personnel dans les métiers de soin.

² Des données comparables concernant la Lorraine montrent que le marché de l'emploi connaît une situation moins tendue dans cette région. Le Luxembourg n'établit pas de liste des professions souffrant d'une « pénurie » de personnel.

Une approche strictement régionale s'avère insuffisante pour cerner toute la nature des enjeux. En effet, les marchés du travail des soins des six composantes régionales de la Grande Région sont caractérisés par un très fort degré d'interconnexion, en particulier dans les zones frontalières, comme en témoignent les données relatives à la mobilité transfrontalière des infirmiers. Mais le fonctionnement de ce marché du travail transfrontalier des soins reste encore largement méconnu, ce qui rend difficile l'exercice de prospective des besoins en main d'œuvre par les acteurs politiques régionaux.

C'est à ce niveau qu'intervient le projet « Le marché du travail des soins dans la Grande Région – Professions, mobilité et besoin de main-d'œuvre qualifiée », mené dans le cadre de la présidence rhéno-palatine du Sommet de la Grande Région et soutenu par le Ministère des Affaires sociales, du Travail, de la Santé et de la Démographie (MSAGD) du Land de Rhénanie-Palatinat : ce projet doit, en effet, permettre d'obtenir une meilleure compréhension du marché du travail des soins dans la Grande Région. C'est dans ce but qu'a été effectué, de façon exploratoire, un inventaire des données statistiques. Des informations sur les marchés du travail des soins de chacune des six régions ont ainsi été recueillies, traitées et comparées. Le présent rapport contient les principaux résultats de cet inventaire et fournit, pour la première fois, une vue d'ensemble du marché du travail des soins dans la Grande Région.

Au printemps 2013, les premiers éléments de réflexion ont été formalisés en vue de la mise en œuvre du projet de recherche. Les partenaires du projet ont été invités, dans les locaux du ministère, à participer à un échange autour de ces réflexions, qui a servi par la suite à préciser la nature du projet et à structurer les différentes étapes. Comme le montre le tableau 2, il a été décidé de diviser le projet en deux sous-projets. Le sous-projet A consiste à recueillir et traiter des données structurelles sur les principaux indicateurs des marchés régionaux du travail des soins. Il s'agit par exemple de la mobilité transfrontalière, mais aussi de la formation des professionnels du soin ou encore des caractéristiques des établissements de santé. Ces données ont été présentées par catégories professionnelles et/ou par secteurs d'activité et, dans la mesure du possible, à des échelons géographiques infra-régionaux. Les évolutions au fil du temps ont également été décrites lorsque des données chronologiques étaient disponibles et des préconisations ont été formulées. Dans le cadre du sous-projet B, des informations qualitatives fines ont été collectées au cours d'entretiens avec des professionnels du soin et des représentants d'associations, d'organisations et d'institutions, notamment au sujet des motivations à l'origine de la mobilité professionnelle transfrontalière et de la nature de l'expérience professionnelle ainsi constituée.

Tab. 2 : Structure du projet

	Sous-projet A	Sous-projet B
Objectifs	Collecte, compilation et comparaison des données sur les marchés du travail des soins	Recueil d'informations qualitatives approfondies sur la mobilité du personnel soignant dans les composantes régionales
Méthode	Analyse des données primaires (constituées expressément pour l'étude en cours) et secondaires (récupération de données déjà existantes)	Entretiens avec des experts Entretiens avec des professionnels de santé
Responsables	IWAK (Institut de l'économie, du travail et de la culture) et OIE (Observatoire Interrégional du Marché de l'Emploi)	T.I.P. Biehl & Partner

Source : présentation par les auteurs du document

Le projet « Le marché du travail des soins dans la Grande Région – Professions, mobilité et besoin de main-d'œuvre qualifiée » a été traité par un réseau de recherche de la Grande Région. La société T.I.P. Biehl & Partner, située à Trèves, était responsable du sous-projet B. Le sous-projet A était, quant à lui, coordonné par l'IWAK (Institut de l'économie, du travail et de la culture), un centre de recherche rattaché à la Goethe Universität de Francfort sur le Main, et par l'Observatoire Interrégional du marché de l'Emploi de la Grande Région (OIE). Des représentants des instituts spécialisés suivants ont également pris part au traitement du sous-projet A en leur qualité de partenaires de l'OIE :

- L'INFO-Institut, Sarre ;
- Lorraine Parcours Métiers, Lorraine (anciennement Observatoire Régional de l'Emploi, de la Formation et des Qualifications - OREFQ) ;
- Le Centre de Ressources et de Documentation EURES (CRD EURES) Lorraine ;
- Le CEPS/INSTEAD, Luxembourg ;
- L'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM), Luxembourg ;
- Le Service public de l'emploi et de la formation (FOREM), Wallonie ;
- Le groupe de travail statistique (DGstat), Communauté germanophone de Belgique.

Les cartes du chapitre 3.6 sur la mobilité des frontaliers ont été conçues par le groupe de Travail SIG-GR du Sommet de la Grande Région. Nous remercions le groupe pour cette contribution.

Le présent rapport traite exclusivement du sous-projet A. Il présente les principaux résultats concernant le marché du travail des soins dans la Grande Région. Ceux-ci ont été obtenus principalement par l'analyse des statistiques issues de fichiers de gestions administratives ainsi que d'enquêtes complémentaires effectuées au sein des régions expressément pour cette étude. Le rapport présente la structure suivante : le chapitre suivant l'introduction décrit la méthodologie utilisée dans le cadre du projet. Cette description est très détaillée, étant donné que la comparaison des marchés du travail des soins des différentes composantes régionales de la Grande Région est complexe et novatrice. Au cours du projet, l'équipe de chercheurs s'est heurtée à l'hétérogénéité des conditions structurelles et les données disponibles dans chacune des composantes. Les limites recensées et les approches choisies pour les neutraliser ou les contourner sont exposées de façon précise dans les parties méthodologiques propres à chacun des thèmes traités. Ces approches constituent une base méthodologique susceptible d'être utilisée pour de futures études comparatives sur le marché du travail des soins dans la Grande Région.

Le chapitre 3 présente les résultats du projet, répartis selon différents thèmes (secteurs d'activité, professions, formation, chômage, emploi et mobilité des frontaliers). Chaque critère est traité dans une partie spécifique. Les parties débutent par des informations générales de compréhension pour resituer les différents thèmes traités dans leur contexte national, voire régional. Suivent des éléments de définition du périmètre statistique d'observation retenu dans le cadre de ce travail, une présentation des résultats, et enfin une synthèse des principaux enseignements. La section 3.1 met l'accent sur les secteurs d'activité dans lesquels la majeure partie du personnel soignant est employé au sein de la Grande Région. Afin de pallier à l'hétérogénéité des appellations des activités au niveau le plus fin des nomencla-

tures nationales, des appellations consensuelles ont été définies par le groupe de travail : on parlera ainsi dans le rapport du secteur des *hôpitaux*, du secteur des *établissements pour personnes âgées* et du secteur de *l'intervention à domicile et accueil de jour*, comprenant les activités d'aide à la personne (que l'on pourrait résumer par le terme anglais « care ») et de soin (le « cure »). Les évolutions survenues dans ces secteurs sont également présentées depuis 1999, année commune de référence. La section 3.2 est consacrée aux professions du secteur des soins. Étant donné que les classifications des métiers varient d'une composante à l'autre de la Grande Région, une comparaison profession par profession semblait fragile. Le groupe de travail a préféré construire son analyse sur un regroupement défini selon les périmètres de compétences et de responsabilités des professionnels. Quatre catégories des professions du soin sont ainsi utilisées dans les chapitres suivants. La section 3.3 aborde la formation des professionnels du soin. Elle présente les chiffres concernant les personnes en formation et les diplômés de ces formations, ainsi que l'évolution de ces effectifs dans le temps. En outre, des données sont traitées de manière à permettre une interprétation des chiffres absolus dans les différentes composantes de la Grande Région. La section 3.4 comprend des informations sur les demandeurs d'emploi déclarés auprès des services publics de l'emploi. Elle présente le nombre de demandeurs d'emploi et leurs principales caractéristiques socio-démographiques ainsi que l'évolution des inscriptions au cours des dernières années. Vient ensuite la section 3.5, qui s'intéresse aux données relatives aux actifs en emploi. Outre une présentation des effectifs et de leur évolution, cette partie comprend des données sur la part des femmes, l'importance du travail à temps partiel et la répartition par âge des employés dans les différentes composantes régionales. Ce point se termine par un rapprochement des données relatives aux actifs en emploi avec celles décrivant les secteurs d'activité des employeurs. La section 3.6 est la plus conséquente du rapport. Elle est consacrée aux résultats sur la mobilité des travailleurs frontaliers dans la Grande Région. Des informations sur chacune des six composantes régionales sont abordées de façon séparée. Une vue d'ensemble de la mobilité sur le marché du travail des soins dans la Grande Région est présentée en fin de partie.

Le chapitre 4 décline une série de propositions visant une amélioration du fonctionnement du marché du travail des soins dans la Grande Région. Les critères concernant leur mise en œuvre, leurs champs d'action précis et les protagonistes concernés sont décrits ici. Pour que ces propositions se concrétisent, les échanges entre les principaux protagonistes régionaux doivent néanmoins être approfondis. Le chapitre 5 fournit, pour finir, une vue d'ensemble de ces propositions et propose des pistes concernant leur exploitation.

Le présent rapport espère satisfaire deux exigences. La première, en termes d'opérationnalité des résultats présentés, à l'usage des décideurs en charges de la planification des besoins et de la sécurisation des parcours professionnels. La seconde, en termes de prolongement des réflexions abordées ici, en proposant des pistes d'investigations complémentaires pour de nouvelles études comparatives sur le marché du travail des soins dans la Grande Région.

2. Méthodologie de l'étude

L'objectif visé par ce projet consiste à dresser, pour la première fois, un tableau du marché du travail des soins dans la Grande Région. Comme cela arrive fréquemment dans les études comparatives ou transfrontalières, les équipes de chercheurs sont confrontées à une multitude de difficultés. Il convient de distinguer les problèmes liés aux différences organisationnelles d'un pays à l'autre, relatives par exemple au fonctionnement de l'appareil de formation ou du marché du travail (ce qu'on appellera le niveau « système »), les problèmes de comparabilité des données (au niveau des mesures) et les problèmes d'évaluation des données (au niveau des analyses). Ces difficultés sont décrites ci-après, de même que les approches utilisées par l'équipe de chercheurs pour y remédier dans le cadre du projet.

Les études comparatives entre pays et les études transfrontalières posent un problème de base : le sujet étudié peut varier d'une région à l'autre. On peut parler ici de limites de comparaisons au **niveau du système**, qui empêche les rapprochements entre deux régions ou plus. Dans le projet « Le marché du travail des soins dans la Grande Région », il existe des différences fondamentales d'organisation et de fonctionnement des systèmes de santé. Celles-ci sont par exemple des différences entre les systèmes de formation du personnel soignant des régions germanophones et non-germanophones de la Grande Région. De même, les structures de soins du secteur d'intervention à domicile et d'accueil de jour ne fonctionnent pas identiquement entre, d'une part, la Lorraine, la Wallonie et la CG de Belgique et, d'autre part, les deux régions allemandes. Malgré des différences structurelles fondamentales, les études comparatives transfrontalières et entre les pays peuvent toutefois rechercher des similitudes et identifier des domaines permettant une comparaison des composantes régionales. Pour y parvenir, l'IWAK a établi au début du projet une liste de questions exploratoires portant sur différentes thématiques susceptibles d'être abordées au cours du projet, telles que :

- Quels métiers trouve-t-on dans le secteur des soins ? Les métiers effectués dans le cadre des soins hospitaliers et des soins aux personnes âgées sont-ils différents ?
- Dans quels secteurs travaillent les infirmiers ?
- Quelle est actuellement la situation de l'emploi ? Existe-t-il des secteurs encombrés ou en « pénurie » de main d'œuvre ?
- Quelle a été l'évolution de la mobilité transfrontalière au cours des dernières années ?

Les réponses à ces questions et à d'autres ont permis de définir plus précisément les phénomènes devant être analysés en profondeur dans le cadre du projet. Les opérateurs des composantes régionales ont répondu à ces questions et un bilan comparatif a été établi à partir des réponses fournies. Ce bilan a été présenté au donneur d'ordre au cours d'une réunion de travail à l'été 2013. Au terme des discussions qui se sont engagées, les similitudes et les différences existantes sur les marchés du travail des soins ont été mises en évidence. C'est sur cette base qu'ont été définis les six axes thématiques pouvant, en principe, être comparés : les secteurs d'activités, les professions, la formation, le chômage, l'emploi et la mobilité transfrontalière. Des compromis ont parfois dû être effectués d'une thématique à l'autre, lorsque l'incompatibilité des données ou leur indisponibilité empêchait le travail de

comparaison³ (voir ci-dessous). D'une façon générale, les différentes caractéristiques des professions et secteurs d'activités étudiés ne font pas toujours l'objet d'une observation par la statistique publique, constat qui se trouve renforcé dès lors que l'on travaille à partir de données émanant de pays différents, et donc de systèmes statistiques différents. Par ailleurs, les statistiques existantes ne sont pas toutes rendues accessibles par les institutions productrices et, parmi celles effectivement accessibles, certaines ne sont pas ajustées exactement aux besoins de l'étude. Certaines zones de flou subsistent malgré tous nos efforts d'harmonisation. Elles sont mentionnées dans le présent rapport.

Afin de mesurer des volumes et des évolutions comparables d'une composante à l'autre (**niveau de la mesure statistique**), le groupe de travail s'est appuyé sur les nomenclatures statistiques nationales et internationales décrivant les activités économiques, les professions et la demande d'emploi. Concernant la classification des employeurs, la nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne (NACE, Rév. 2, 2008) constitue un système valable à l'échelon international. Elle peut être utilisée dans le cadre du projet afin de comparer les structurations régionales des activités de santé. L'Union européenne s'est inspirée du système de classification des Nations Unies pour établir cette nomenclature. Les catégories NACE dans lesquels la majorité des professionnels du soin travaillent sont le secteur hospitalier (NACE 86.10), les établissements pour personnes âgées (NACE 87.10 et 87.30) et le secteur de l'intervention à domicile et de l'accueil de jour (88.10 et 86.90). Ces trois groupes de secteurs sont détaillés précisément dans le point 3.1

Il a été plus difficile de déterminer, pour chacune des régions, quels métiers font partie des professions du soin et quelles professions du soin sont comparables les unes avec les autres. Comme pour les secteurs d'activité économique, il existe pour les professions une nomenclature valide à l'échelon international : la classification internationale type des professions (CITP). Celle-ci est toutefois peu utilisée dans les sources statistiques décrivant le marché du travail, et chaque pays utilise, le plus souvent son propre système de classification des professions. Pour les professions de santé, dont le périmètre est plutôt bien défini dans les nomenclatures nationales, la correspondance avec la CITP présente peu de risques d'erreurs. C'est la raison pour laquelle il a semblé naturel, dans un premier temps, de travailler avec le système de la CITP dans le cadre du projet. Il est toutefois apparu rapidement que la classification de certaines professions ne semblait pas toujours logique. Ainsi, les « Gesundheits- und Krankenpfleger » allemands et les infirmiers français se voient attribuer des codes professionnels CITP différents, alors que les diplômés professionnels de ces deux pays sont équivalents selon la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (2005/36/CE). C'est pourquoi, il a finalement été décidé d'abandonner la CITP et de concevoir un système de classification des professions soignantes dans la Grande Région *ad hoc*. Les catégories ainsi définies sont basées sur les soins dispensés au quotidien par le personnel soignant. Ce système de classification des professions n'est toutefois pas exempt de certaines limites, en raison des différences structurelles existant d'une composante régionale à l'autre. Une description détaillée de la conception de cette classification et des limites rencontrées est disponible au point 3.2.

³ Des remarques détaillées sur les sources des données, leur comparabilité et d'autres aspects méthodologiques sont disponibles dans les remarques méthodologiques préliminaires des sous-chapitres de la partie consacrée aux résultats.

Enfin, la définition du chômage a également posé des difficultés au groupe de travail. Au niveau international, le concept de chômage qui s'est imposé est celui de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Selon cette acception, sont au chômage les personnes qui ne travaillent pas, qui sont disponibles immédiatement et qui recherchent activement un emploi. Cette définition est toutefois élargie ou restreinte dans les six régions, selon les règles qui régissent le fonctionnement de l'assurance chômage et de ses opérateurs. Le chômage recouvre alors une réalité plus ou moins large et touche donc plus ou moins de personnes. Dans certaines régions, il est possible d'ajuster l'observation statistique pour permettre la comparaison avec les territoires frontaliers. Ce n'est toutefois pas toujours le cas, et le plus souvent la comparaison ne peut se faire que de façon restreinte. Les définitions du chômage dans les six régions (avec leurs restrictions) et les résultats sont détaillées au point 3.4.

Après une phase de travail plutôt conceptuelle, l'équipe de chercheurs a rassemblé et traité des données sur les six axes thématiques définis à partir de la fin de l'été 2013 (**niveau de l'analyse**). Au cours de cette phase de recherche des données, les questions suivantes ont été posées :

- Quelles données concernant chacun des axes thématiques sont disponibles pour chacune des régions ?
- Quel est le champ précis de chacune des observations statistiques ?
- Quelle est le niveau de finesse des observations statistiques, en termes de zonages géographiques, de nomenclatures d'emplois, etc. ?
- Pour quelles années les observations sont-elles disponibles ?

Au cours de l'étape suivante, et après que le groupe de travail ait statué précisément sur les découpages territoriaux et la périodicité de l'observation, une demande d'accès aux données a été transmise sous forme écrite aux principaux fournisseurs de statistiques. Les partenaires luxembourgeois de l'OIE se sont ainsi adressés au système de sécurité sociale du Luxembourg (Inspection Générale de la Sécurité Sociale - IGSS), où sont recensés tous les salariés assujettis à l'assurance sociale obligatoire. La banque de données de l'IGSS autorise, en principe, une différenciation en fonction des catégories NACE et des professions, mais aussi selon d'autres critères, comme le lieu de domicile ou l'âge. Une représentation différenciée des flux de frontaliers comme des données structurelles de ces frontaliers paraissent donc initialement possibles. Cependant, après examen de ces données, il est apparu que l'information sur la profession était manquante pour un tiers des salariés. Toutefois, à un niveau d'observation moins détaillé que prévu, les données IGSS permettent tout de même d'effectuer un état des lieux du marché du travail des soins au Luxembourg et des flux de frontaliers dans la Grande Région – en liaison avec d'autres sources statistiques. Dans la CG de Belgique, les écoles de soins infirmiers (« Pflege(hoch)schulen ») ont été sollicitées par la partenaire compétente de l'OIE pour mettre à disposition du groupe de travail les chiffres relatifs au nombre de personnes en formation et de diplômés. Une demande similaire a été effectuée par l'INFO-Institut e.V. et l'IWAK auprès des écoles spécialisées dans l'enseignement des soins gériatriques (« Altenpflegeschulen ») en Sarre ainsi qu'auprès des universités comportant des cursus orientés sur les soins dans les régions allemandes.

Les données ont fait l'objet d'un traitement successif à partir de l'automne 2013. Des indicateurs ont ensuite été élaborés pour permettre la description et la comparaison des marchés du travail des soins régionaux (par exemple le nombre des diplômés par rapport au nombre de salariés). La sélection des indicateurs les plus pertinents pour le présent rapport a été adoptée au printemps 2014, au terme de plusieurs rencontres du groupe de travail et le commanditaire. Pour les raisons présentées ci-dessus, relatives à l'hétérogénéité et à la disponibilité des sources, mais aussi aux différences de fonctionnement et d'organisation des systèmes de santé, les analyses présentées dans ce rapport ne prétendent pas dresser un tableau exhaustif du marché du travail des soins dans la Grande Région. Son objectif consiste bien davantage à effectuer une première approche à titre exploratoire. Ce rapport contient en outre des bases méthodologiques qui serviront pour de futures études sur le marché du travail des soins dans la Grande Région.

L'implication de chercheurs originaires de toutes les composantes régionales de la Grande Région – par le biais du réseau OIE – a été essentielle pour le projet. Des rencontres de travail ont été organisées régulièrement tout au long de la durée de réalisation du projet afin que les difficultés méthodologiques puissent être traitées de manière consensuelle à tous les niveaux (système, mesure et analyse). La société T.I.P. Biehl und Partner, responsable de la mise en œuvre du sous-projet B, a pris part à plusieurs de ces rencontres afin d'assurer la coordination des deux volets du projet. Les représentants des administrations publiques de toutes les composantes de la Grande Région ont également été informés régulièrement de l'état d'avancement du projet par le biais du comité de pilotage de l'OIE, du Groupe de Travail « Marché du travail » du Sommet de la Grande Région et dans le cadre de différentes réunions de travail avec le donneur d'ordre. Le 11 juin 2014, un atelier interne a été organisé dans les locaux du MSAGD, au cours duquel les principaux résultats du projet ont pu être discutés. Le 2 juillet 2014 a eu lieu à Trèves un workshop réunissant une vingtaine d'« experts » des systèmes de santé, issus des milieux politiques, du domaine de la formation, du secteur hospitalier, des associations professionnelles et des services de l'emploi de toutes les composantes régionales de la Grande Région. Les résultats ont été présentés au cours de cet atelier et utilisés pour esquisser des premières lignes d'action possibles. Des discussions ont ensuite eu lieu en petits groupes afin de définir déclinaisons opérationnelles possibles et de faire le point sur les expériences d'ores et déjà éprouvées. Les conclusions des groupes de travail ont été intégrées au présent rapport, qui a été rédigé au cours de l'été 2014.

3. Résultats

Ce chapitre présente les principaux résultats du projet. Il est subdivisé en six sections. La première section est consacrée aux données relatives aux secteurs d'activité employant des professionnels du soin (section 3.1). La deuxième présente les professions du soin recensées dans les six composantes de la Grande Région ainsi que le système de catégories en découlant, qui comprend quatre catégories de professions du soin (section 3.2). Ces catégories servent à subdiviser, dans les sections suivantes, la présentation des résultats consacrés à la formation (section 3.3), au chômage (section 3.4), à l'emploi (section 3.5) et à la mobilité transfrontalière (section 3.6).

Chaque section débute par des informations de fond dans lesquelles des similitudes et des différences structurelles importantes peuvent être identifiées entre les composantes régionales (niveau système). Viennent ensuite des définitions des périmètres de l'observation décrivant les données utilisées ainsi que les difficultés méthodologiques rencontrées (niveau mesure et niveau analyse). Ces remarques fournissent des informations sur la qualité des données ainsi que sur leur comparabilité. La majeure partie de chaque section est ensuite consacrée à la présentation des résultats. Des chiffres absolus permettent tout d'abord d'introduire la thématique considérée. Du fait de la taille variable des régions, les chiffres absolus ne permettent toutefois pas d'effectuer une comparaison de ces différentes régions. Ces chiffres absolus sont donc suivis par des indicateurs permettant, eux, un comparatif interrégional. Ces indicateurs constituent la base des premières tentatives d'analyse effectuées dans la thématique étudiée. Chaque section se termine par un bilan.

3.1 Les secteurs d'activité des soins

Les principaux protagonistes du marché du travail des soins dans la Grande Région sont les établissements qui dispensent des soins et emploient des infirmiers. Ces établissements peuvent être classés dans différents secteurs d'activité du système sanitaire et social. Cette première section consacrée aux résultats met l'accent sur les secteurs pertinents au sein des composantes régionales de la Grande Région. Lors de la première réunion de travail de l'équipe de chercheurs, il est apparu que le secteur hospitalier, le secteur des établissements pour personnes âgées et celui de l'intervention à domicile et accueil de jour revêtent une importance fondamentale dans toutes les régions. Les autres domaines dans lesquels on retrouve également des professionnels du soin peuvent de ce fait être négligés ici. Ce consensus a été également approuvé par le donneur d'ordre de l'étude, étant donné que ces trois secteurs couvrent les domaines qui concernent la prise en charge de personnes nécessitant des soins.

Avant que les résultats obtenus pour les trois domaines fréquemment qualifiés dans ce rapport de « secteurs des soins » ne soient révélés, il est judicieux de présenter des informations de base sur les systèmes sanitaires et sociaux des composantes régionales (section 3.1.1). Ces données permettent en effet de mettre en lumière les similitudes et les différences observées au niveau du système. Elles sont suivies par la définition du périmètre sectoriel de l'observation concernant les données disponibles et la qualité des données (sec-

tion 3.1.2). La section 3.1.3 présente enfin les principaux résultats sur la situation dans les trois secteurs d'activité. Cette partie se termine par une synthèse (section 3.1.4).

3.1.1 Informations générales : description succincte de la prise en charge des soins dans la Grande Région

Le secteur hospitalier, le secteur des établissements pour personnes âgées et celui de l'intervention à domicile et accueil de jour font partie des systèmes sanitaires et sociaux des composantes régionales de la Grande Région. Le secteur hospitalier est affilié au système de la santé, tandis que les établissements pour personnes âgées et le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour constituent une partie essentielle des soins de long terme (Long Term Care), qui font quant à eux partie du système social. Selon la définition de l'OCDE, les soins de longue durée désignent l'organisation et l'apport d'une vaste gamme de services destinés à des personnes qui ont besoin d'aide pour effectuer des activités relevant de la vie quotidienne (par ex. soins corporels, s'habiller, boire et manger). Les systèmes de santé et de soins de longue durée en Grande Région sont décrits brièvement ci-après.⁴ Les conditions qui les régissent sont en général réglées au niveau national, et non régional. Il est démontré ici que dans l'ensemble, ces systèmes sont similaires. En Allemagne comme en France, en Belgique et au Luxembourg, le système de santé et celui des soins de longue durée font partie du système de la sécurité sociale. Il existe un droit juridique à l'octroi des prestations.

En **Allemagne**, le système sanitaire et celui des soins de longue durée font partie du système d'assurance sociale. Grâce à l'assurance maladie légale et à l'assurance dépendance (« gesetzliche Pflegeversicherung »), les coûts des séjours à l'hôpital, des soins à domicile, des soins en établissement pour personnes âgées, etc., sont remboursés par le biais des prestations en nature et en espèces des caisses maladie et des caisses d'assurance dépendance (« Pflegekassen »). En règle générale, le principe de l'entente directe ne s'applique pas ; autrement dit, les assurés n'ont pas besoin d'effectuer un paiement anticipé. Les assurances maladie et dépendance sont financées par les cotisations des employeurs et des salariés. Des ressources fiscales sont en outre injectées dans le système de santé. En cas de recours à des prestations, les assurés doivent en général effectuer des paiements supplémentaires, comme c'est le cas par exemple lors du recours à des soins de longue durée. Après l'introduction de l'assurance dépendance en 1996, de nouvelles offres ont vu le jour dans le secteur des soins de longue durée. Les prestataires font jouer la concurrence et l'homologation de services d'intervention à domicile et accueil de jour, d'établissements pour personnes âgées et d'autres établissements n'a pas lieu sur la base de critères concernant les besoins. Dans le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour, les services compétents offrent toute la gamme des prestations d'aide requises (des soins ultra-spécialisés à l'aide ménagère à domicile) aux gens malades ou nécessitant des soins.

En **France**, l'assurance maladie constitue l'un des piliers du système de couverture sociale, avec la prévoyance vieillesse, l'assurance accidents du travail et les allocations familiales. Il

⁴ La brève description des systèmes de santé et de soins de longue durée repose essentiellement sur des informations émanant du projet « Assessing Needs of Care in European Nations » (ANCIEN) de la Commission Européenne (<http://www.ancien-longtermcare.eu/>) et d'un dossier sur la politique sanitaire dans l'Union européenne conçu par l'AOK Bundesverband (<http://www.aok-bv.de/politik/europa/>).

existe différentes caisses d'assurance maladie obligatoire qui sont financées par le biais des cotisations des employeurs et des salariés. Tous les Français – même ceux qui ne travaillent pas – versent en outre une contribution sociale généralisée (CSG) assimilée aux impôts sur le revenu et des ressources fiscales sont également mobilisées. Lorsque l'on a recours à des prestations de soins de santé, les caisses d'assurance maladie ne prennent pas en charge l'intégralité des coûts engendrés. Des paiements supplémentaires sont dus. La plupart des Français disposent de ce fait d'une assurance complémentaire privée qui couvre ces coûts supplémentaires.

Il n'existe pas en France d'assurance dépendance obligatoire similaire à celle qui est en place en Allemagne. Concernant les soins de longue durée, les Français disposent cependant des mêmes offres d'assistance (établissements pour personnes âgées, centres de soins journaliers, prestations à domicile, etc.). L'une des spécificités de la France est, dans le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour, la séparation organisationnelle des soins (para)médicaux (« Cure ») et des offres d'assistance davantage axées sur l'aide ménagère et les soins de base (« Care »). Les prestations « Cure » sont en général effectuées par des infirmières libérales et figurent sur la liste des prestations du régime général d'assurance maladie. Les prestations « Care » sont proposées par les services sociaux d'aide à domicile et sont financées, depuis 2003, par des aides publiques et par les départements (allocation personnelle d'autonomie, APA), qui sont gérées par la caisse nationale d'assurance dépendance. Le montant de l'allocation personnalisée d'autonomie dépend du degré d'autonomie du bénéficiaire et des aides dont il a besoin ainsi que des ressources dont il dispose. Une participation personnelle aux coûts peut parfois s'avérer nécessaire. Les caisses de sécurité sociale versent des aides pour les aides à domicile. Soulignons enfin que, pour garantir une couverture homogène du territoire national en infirmiers libéraux, l'État subventionne l'installation des professionnels dans les zones « très sous-dotée » (selon la définition établie par l'assurance maladie), en proposant l'adhésion au *contrat incitatif infirmier*.

Au **Luxembourg** également, presque tous les habitants sont couverts par le système d'assurance sociale. Depuis 2009, tous les salariés qui ne travaillent pas dans le domaine public sont assurés par une seule et unique assurance maladie (Caisse de santé). Le principe de l'entente directe s'applique et les coûts ne sont pas remboursés complètement. Il existe donc des assurances complémentaires facultatives. Le système de santé est financé par des cotisations paritaires des employeurs et des salariés. Parallèlement à l'assurance maladie, il existe comme en Allemagne une assurance dépendance prise en charge par tous les assurés via une cotisation spéciale représentant 1,4 % de leurs revenus totaux. À cela s'ajoutent des ressources fiscales ainsi qu'une contribution du secteur de l'électricité. Les cotisations versées au titre de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance sont encaissées par le « Centre commun de la Sécurité sociale » et gérées par la caisse de santé.

En **Belgique**, quasiment tous les habitants ont droit à une assurance maladie. Les salariés sont assurés socialement et versent, tout comme les employeurs, une cotisation globale valable pour les différentes facettes de l'assurance sociale (assurance maladie, assurance chômage et assurance vieillesse). La cotisation due au titre de l'assurance maladie coûte environ 100 euros par an aux salariés. Ces cotisations sont perçues par l'Office national de

sécurité sociale (ONSS), qui gère les finances du système d'assurance sociale belge pour les salariés. À la différence de l'Allemagne, la Belgique utilise le principe de l'entente directe.

Les prestations concernant des soins de longue durée sont également financées par des fonds provenant de l'assurance sociale ainsi que par des ressources fiscales. L'État est responsable des prestations médicales et de soins. Les services davantage axés sur des prestations physiques ou sociales sont du ressort des communautés linguistiques. En Wallonie et dans la CG de Belgique, une vaste gamme de services sociaux d'aide à domicile, d'établissements pour personnes âgées, de structures dispensant des soins quotidiens et d'autres établissements similaires est disponible. Comme en France, il existe une séparation organisationnelle entre les établissements offrant des services de type « Cure » dans le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour et ceux qui proposent des prestations de type « Care ». Les personnes dépendantes vivant chez elles doivent avoir recours à différents prestataires : les services sociaux prodiguent aide ménagère et suivi et apportent de l'aide pour les soins corporels. Les prestations plus médicales et spécialisées, comme par exemple les injections ou le traitement des plaies, sont réalisées par des infirmiers indépendants. Une assurance dépendance obligatoire couvrant les coûts lorsque des soins s'avèrent indispensables n'existe qu'en Flandre.

3.1.2 Définition du périmètre des secteurs d'activités de l'observation

Après la présentation des grandes lignes de l'organisation et du financement des systèmes de santé et des systèmes de soins de longue durée dans les composantes régionales (niveau système), les sections suivantes mettent l'accent sur le niveau des mesures. Elles montrent comment les trois secteurs des soins peuvent être délimités, quelles sont les données pouvant être analysées et comment évaluer la qualité de ces données.

3.1.2.1 Définition statistique des secteurs

Pour que les données des trois secteurs des soins (hôpitaux, établissements pour personnes âgées ainsi que intervention à domicile et accueil de jour) puissent être comparées, il est important de commencer par définir clairement ces secteurs. La nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne (NACE, rév. 2) de 2008 a été utilisée à cette fin. Cette classification a été conçue par l'Union européenne en vue de permettre la comparaison des statistiques européennes. Les secteurs économiques sont classés par division (code numérique à 2 chiffres), groupe (code numérique à 3 chiffres) et par classe (code numérique à 4 chiffres), ces derniers pouvant faire l'objet d'une subdivision supplémentaire (code numérique à 5 chiffres). Une classe regroupe des éléments qui sont caractérisés par un « processus commun pour la production de biens ou de services, en utilisant des technologies similaires » (p. 21). La NACE comprend une définition précise des classes. Pour la majorité des composantes régionales, les trois secteurs des soins ont pu être identifiés à l'échelon des classes (codes à 4 chiffres). Il a cependant été parfois nécessaire d'avoir recours à des codes à 5 chiffres.

Aucune difficulté n'a été rencontrée dans le cadre de la délimitation du **secteur hospitalier**. Pour la Lorraine, le Luxembourg, la Wallonie et la CG de Belgique, le code NACE 86.10 a pu être utilisé – il s'applique tant aux hôpitaux généraux qu'aux cliniques spécialisées comme

les établissements psychiatriques ou les centres de rééducation. Le code NACE 86.10 est défini de la façon suivante :

- Les activités des établissements hospitaliers de court ou long séjour, c'est-à-dire les activités médicales de diagnostic et de soins des hôpitaux généraux (hôpitaux locaux et régionaux, hôpitaux des associations sans but lucratif, hôpitaux universitaires, militaires ou pénitentiaires) et des hôpitaux spécialisés (hôpitaux psychiatriques et de désintoxication, hôpitaux traitant des maladies infectieuses, maternités, sanatoriums spécialisés).
- Ces activités concernent principalement des patients hospitalisés, sont exercées sous la surveillance directe de médecins et comprennent :
 - les services du personnel médical et paramédical
 - les services des laboratoires et installations techniques, y compris les services de radiologie et d'anesthésie,
 - les services d'urgences,
 - les services des salles d'opération, les services de pharmacie, de restauration et les autres services hospitaliers,
 - les services des centres de planning familial assurant des actes médicaux tels que la stérilisation ou l'interruption de grossesse, avec hébergement⁵

Pour ce qui est des composantes régionales allemandes, les hôpitaux ne sont pas identifiés sur la base de la NACE. Il existe ici, dans le cadre de la surveillance nationale de la santé, des statistiques différentes pour le secteur hospitalier, qui sont réalisées par les offices statistiques des Länder ou par l'office statistique fédéral. Ces statistiques contiennent des informations sur l'ensemble des hôpitaux ainsi que des cliniques de prévention et de réadaptation. Même si les statistiques allemandes ne sont pas dotées de codes NACE explicites, il n'en reste pas moins que les définitions sont comparables.

La définition du secteur des **établissements pour personnes âgées** a en revanche eu lieu de façon moins harmonieuse. Cette situation est en partie due aux sources des données disponibles. En effet, les données utilisées pour les composantes régionales allemandes sont les statistiques officielles sur les soins qui présentent un recensement complet de tous les prestataires dans le domaine de l'aide aux personnes âgées. Les établissements pour personnes âgées ne sont pas classifiés sur base de la nomenclature des activités économiques de la Communauté européenne (NACE) ; le critère de base s'avère être l'article 71 alinéa 2 du code social (SGB XI), qui définit ce que l'on entend par « établissement pour personnes âgées » (« Pflegeheim »).

Les codes NACE ont en revanche été utilisés pour les autres composantes régionales de la Grande Région. Outre l'hébergement médical (NACE 87.10), l'hébergement social pour personnes âgées ou handicapées physiques (NACE 87.30) sont également considérés comme des employeurs d'infirmiers.⁶ De façon générale, les codes NACE 87.10 et 87.30 comprennent les établissements suivants :

⁵http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18520904&IntKey=18520934&StrLayoutCode=HIERARCHIC&IntCurrentPage=1

⁶ Lorsque le terme de « établissements pour personnes âgées » est employé ci-après, il désigne des résidences pour personnes âgées.

- 87.10 : résidences pour personnes âgées dispensant des soins infirmiers, maisons de convalescence, maisons de repos dispensant des soins infirmiers, établissements de soins infirmiers, maisons de soins.⁷
- 87.30 : services de soins résidentiels et personnels dispensés aux personnes âgées et handicapées qui sont incapables de s'occuper d'elles-mêmes et/ou qui ne désirent plus vivre de manière autonome. Les soins comprennent généralement l'hébergement, la nourriture, la surveillance et l'aide dans les activités quotidiennes de la vie, telles que les travaux domestiques. Dans certains cas, ces établissements procurent des services infirmiers professionnels aux résidents dans des installations distinctes (installations d'aide à la vie autonome, centres d'hébergement de soins de longue durée, résidences pour personnes âgées dispensant des soins infirmiers minimaux, maisons de repos ne dispensant pas de soins infirmiers).⁸

Pour les composantes de la Grande Région, les codes NACE 87.10 et 87.30 sont encore trop généraux dans la mesure où ces deux classes englobent des établissements qui ne peuvent pas vraiment être perçus comme des institutions stationnaires de soins de longue durée, comme les établissements pour personnes handicapées. C'est pourquoi une différenciation a été effectuée à l'aide des codes NACE à 5 chiffres. En Lorraine, les données pour les codes NACE 87.10A (Hébergement médicalisé pour personnes âgées) et 87.30A (Hébergement social pour personnes âgées) ont été utilisées. En Wallonie, les secteurs 87.101 (Activités des établissements pour personnes âgées), 87.301 (Activités des maisons de repos pour personnes âgées) et 87.302 (Activités des résidences services pour personnes âgées) ont été repris. Le code NACE 87.30 (Hébergement social pour personnes âgées ou handicapées physiques) a été utilisé pour le Luxembourg et le code 87.10 (Activités de soins infirmiers résidentiels) a servi pour la CG de Belgique.

La définition du secteur de ***l'intervention à domicile et accueil de jour*** a posé le même problème que celle du secteur des établissements pour personnes âgées. Là aussi, les statistiques relatives aux soins, et donc l'article 71 alinéa 1 du code social allemand (SGB XI) ont été utilisées pour les deux Länder allemands, tandis que la classification NACE a été appliquée pour les autres composantes régionales (codes NACE 88.10 et, partiellement, 86.90). De façon générale, les codes NACE 88.10 et 86.90 correspondent aux réalités suivantes :

- 88.10 : les services sociaux, de consultation, de protection sociale, d'orientation et autres services similaires destinés aux personnes âgées et handicapées à leur domicile ou dans d'autres lieux. Ces services peuvent être fournis par des services publics ou par des organismes privés, des organisations d'entraide nationales ou locales ou des spécialistes proposant des services de consultation (visites aux personnes âgées et handicapées ; activités des centres de jour pour personnes âgées ou pour adultes handicapés ; réadapt-

⁷http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18521174&IntKey=18521204&StrLayoutCode=HIERARCHIC&IntCurrentPage=1

⁸http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18521294&IntKey=18521324&StrLayoutCode=HIERARCHIC&IntCurrentPage=1

tation professionnelle et réinsertion des personnes handicapées, à condition que ces activités ne comportent qu'un élément pédagogique limité)⁹

- 86.90 : activités pour la santé humaine non exercées dans des hôpitaux ou par des médecins ou dentistes : activités des infirmières, des sages-femmes, des physiothérapeutes et des autres praticiens travaillant dans les domaines de l'optométrie, de l'hydrothérapie, des massages médicaux, de la praxithérapie, de l'orthophonie, de la podologie, de l'homéopathie, de la chiropraxie, de l'acupuncture, etc. Ces activités peuvent être exercées dans des dispensaires, des infirmeries ou d'autres établissements analogues attachés à des entreprises, des écoles, des maisons pour personnes âgées, des organisations syndicales ou des confréries, ou encore dans des établissements de santé (autres que les hôpitaux), dans des salles de consultation privées, au domicile des patients ou ailleurs.¹⁰

Quelques problèmes d'harmonisation de données se posent pour ce secteur : Contrairement aux autres régions, des services spécifiques d'aide à domicile destinés à des personnes handicapées ou l'accueil de jour ne sont pas inclus dans les statistiques allemandes sur les soins. En outre, le code 86.90 inclut non seulement les infirmiers libéraux, mais aussi d'autres professions de la santé exercées à titre indépendant. Pour la Lorraine, les trois secteurs économiques ont été regroupés à l'aide des codes NACE 88.10A (Aide à domicile), 88.10B (Accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées) et 86.90D (Activités des infirmiers et des sages-femmes). En Wallonie, les deux codes 88.10 (Action sociale sans hébergement pour personnes âgées et pour personnes avec un handicap moteur) et 86.906 (Activités des praticiens de l'art infirmier) ont été utilisés. Les codes NACE 86.10D pour la Lorraine et 86.906 pour la Wallonie correspondent en premier lieu aux infirmiers libéraux qui dispensent en général des soins entrant dans le cadre de l'intervention à domicile et accueil de jour. Au Luxembourg et dans la CG de Belgique, seul le secteur 88.10 (Action sociale sans hébergement pour personnes âgées et pour personnes handicapées) s'avère pertinent.

Le tableau 3 présente un récapitulatif des codes NACE utilisés. La nomenclature NACE et les définitions sur lesquelles reposent les statistiques allemandes ont permis de définir les trois secteurs des soins d'un point de vue statistique. Le secteur hospitalier et celui des établissements pour personnes âgées ont pu être délimités clairement, si bien que leurs données sont comparables. Les principales difficultés sont venues du secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour où les codes NACE à 4 chiffres étaient trop imprécis, si bien qu'il a été nécessaire d'avoir recours à des codes à 5 chiffres (si possible). De plus, les statistiques allemandes n'affichent pas les services spécifiques d'aide à domicile destinés à des personnes handicapées ou l'accueil de jour. La comparabilité des données s'en trouve donc légèrement restreinte. Les sources des données utilisées dans le cadre du projet sont décrites au point suivant.

⁹http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18521444&IntKey=18521474&StrLayoutCode=HIERARCHIC&IntCurrentPage=1

¹⁰http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_NOM_DTL_VIEW&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=DE&IntPcKey=18521084&IntKey=18521114&StrLayoutCode=HIERARCHIC&IntCurrentPage=1

Tab. 3 : Définition statistique des trois secteurs des soins

	Secteur hospitalier	Établissements pour personnes âgées	Services d'intervention à domicile et accueil de jour
Rheinland-Pfalz und Saarland	Établissements dans les statistiques hospitalières et les statistiques des établissements de prévention et de réadaptation	Établissements pour personnes âgées conformément aux termes de l'art. 71 alinéa 2 du code social allemand (SGB XI)	Soins conformément aux termes de l'art. 71 alinéa 1 du code social allemand (SGB XI)
Lorraine	NACE 86.10Z	NACE 87.10A; 87.30A	NACE 88.10A+B; 86.90D
Luxembourg	NACE 86.10	NACE 87.30	NACE 88.10
Wallonie	NACE 86.10	NACE 87.101+87.301+87.302	NACE 88.10 + 86.906
DG Belgien	NACE 86.10	NACE 87.10	NACE 88.10

Source : données des auteurs

3.1.2.2 Sources des données dans les composantes régionales

Les données utilisées pour la **Rhénanie-Palatinat** et la **Sarre** reposent pour l'essentiel sur les informations des offices statistiques des deux Länder (secteur hospitalier : statistiques hospitalières et statistiques des établissements de prévention et de réadaptation ; établissements pour personnes âgées et services d'intervention à domicile et accueil de jour : statistiques sur les soins). Toutes les statistiques sont le fruit de recensements exhaustifs avec obligation d'information.

Pour la **Lorraine**, les informations utilisées ont été celles de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques – INSEE (données sur les établissements : dénombremments des entreprises et des établissements, champ total, année 2011 ; données sur les employés : recensement de la population 1999 et 2010, exploitation principale, données au lieu de résidence. Actifs en emploi de 15 ans et plus). Les données sur l'emploi concernant la Lorraine se rapportent à l'année 2010 et non, comme cela est le cas pour les autres régions, à l'année 2011.¹¹

Les données exploitées pour le **Luxembourg** sont pour l'essentiel basées sur les informations de l'Institut national de la statistique – STATEC ainsi que, pour le secteur hospitalier, sur la publication *Carte Sanitaire; 5ème édition* du Ministère luxembourgeois de la Santé. Les données concernant le secteur hospitalier se rapportent à l'année 2012 et non, comme cela est le cas pour les autres régions, à l'année 2011 (à l'exception des données relatives à l'emploi).

Les informations utilisées pour la **Wallonie** proviennent en majeure partie de l'Office national de la Sécurité sociale (ONSS) et ont été évaluées par l'IWEPS (Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique). Les données relatives aux lits disponibles dans le secteur hospitalier reposent sur des informations émanant du Service Public Fédéral Santé

¹¹ En 2004, l'INSEE a procédé à une modification de sa méthode de recensement de la population. Celui-ci a désormais lieu de façon continue : chaque année, une partie de la population est interrogée ; le total des cinq années successives donne une vue d'ensemble de la population totale. Les données publiées par l'INSEE sont alors datées de l'année au centre de la période de collecte des données : pour les résultats de l'année 2011, des enquêtes ont été effectuées de 2009 à 2013. L'avantage majeur de cette méthode est la publication annuelle des résultats ainsi que la possibilité de comparer des données au moins tous les 5 ans. Son inconvénient est que les résultats reposant sur un faible nombre de cas (< 500), ils sont moins fiables statistiquement parlant.

Publique, tandis que celles concernant les places entièrement résidentielles dans les établissements pour personnes âgées proviennent d'informations de l'Observatoire Wallon de la Santé (à noter que ces données ne se réfèrent pas aux codes NACE 87.101, 87.301 et 87.302, mais aux *Maisons de repos et maisons de repos et de soins*).

Pour la **CG de Belgique**, les données utilisées ont été préparées par le Ministère de la CG – Département de la santé, de la famille et des personnes âgées. Les données sur les employés travaillant dans des établissements pour personnes âgées concernent uniquement le personnel soignant. Pour les services d'intervention à domicile et accueil de jour, il n'existe pas de données pour la CG (bien que les soins et aide à domicile soient également disponibles en CG), étant donné que parmi tous les établissements proposant des services d'aide à domicile dans la CG, aucun d'entre eux n'a son siège dans la Communauté germanophone : les prestations sont accomplies par des entreprises venant par exemple de Wallonie.

3.1.3 Résultats détaillés

Après les informations générales et la définition du périmètre sectoriel de l'observation, ce chapitre présente les résultats classés par secteur d'activité (à chaque secteur correspond une section). Les différentes sections commencent par fournir des informations sur la structure responsable des établissements (publique, privée, à but non lucratif) dans les six régions. Ces informations sont suivies par des diagrammes présentant le nombre d'établissements dans le secteur en 2011 et illustrant l'évolution suivie depuis 1999. Le nombre de lits ou de places disponibles au fil du temps est également représenté, de même que l'évolution du nombre de salariés dans ce secteur.

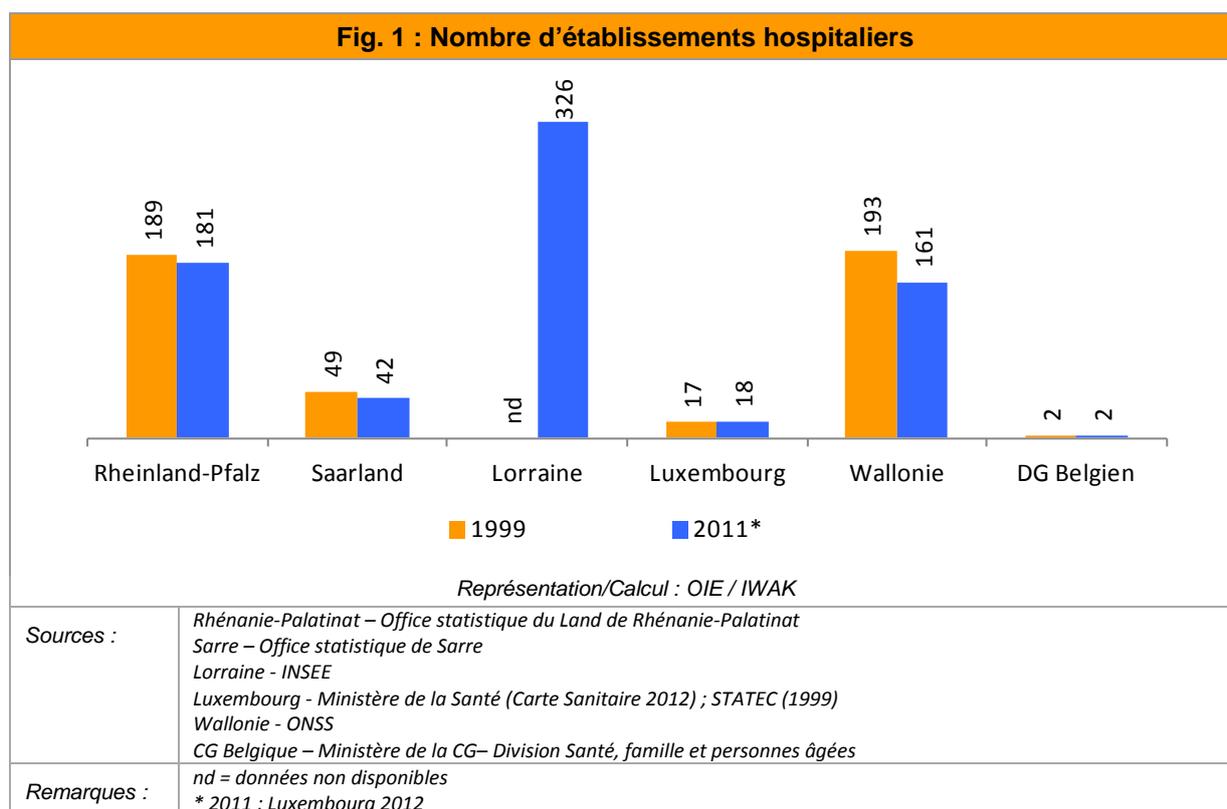
3.1.3.1 Hôpitaux

Les composantes régionales présentent des différences en ce qui concerne la structure responsable des hôpitaux. L'un des faits marquants est que dans les régions allemandes, environ la moitié de tous les hôpitaux sont gérés par des organismes à but non lucratif, ce qui est le cas de seulement 12 % d'entre eux en Lorraine et de même moins d'1/10^e au Luxembourg. Dans ces régions, la responsabilité de ces établissements est assumée de façon prédominante par les pouvoirs publics (Luxemburg : 92 % ; Lorraine : 76 %). Cela vaut également pour les deux hôpitaux de la CG de Belgique. En Wallonie en revanche, à peine plus d'un quart des hôpitaux sont publics. Il est à noter qu'une distinction entre hôpitaux privés et hôpitaux détenus par des organismes à but non lucratif en Wallonie n'a pas pu être effectuée sur la base des données disponibles. En Rhénanie-Palatinat, les établissements privés sont presque deux fois plus nombreux qu'en Sarre (avec respectivement 36 % contre 19 %). En Lorraine, 11 % des hôpitaux relèvent du secteur privé. Au Luxembourg, aucun hôpital n'appartient à cette catégorie.

Si l'on examine le nombre d'hôpitaux en fonction de critères géographiques (voir fig. 1), il apparaît qu'avec 326 établissements hospitaliers en 2011, la Lorraine dispose de bien plus d'hôpitaux que les autres composantes de la Grand Région. Ce nombre est beaucoup plus faible en Rhénanie-Palatinat, où l'on recense 181 hôpitaux. Ces établissements sont au nombre de 159 en Wallonie, 42 en Sarre et 18 au Luxembourg. La CG de Belgique compte quant à elle deux hôpitaux. Le nombre plus élevé d'établissements hospitaliers en Lorraine

ne signifie pas pour autant que cette région dispose d'une meilleure structure de prise en charge, le nombre des sites ne donnant pas d'indications sur la taille, notamment, des différents hôpitaux.

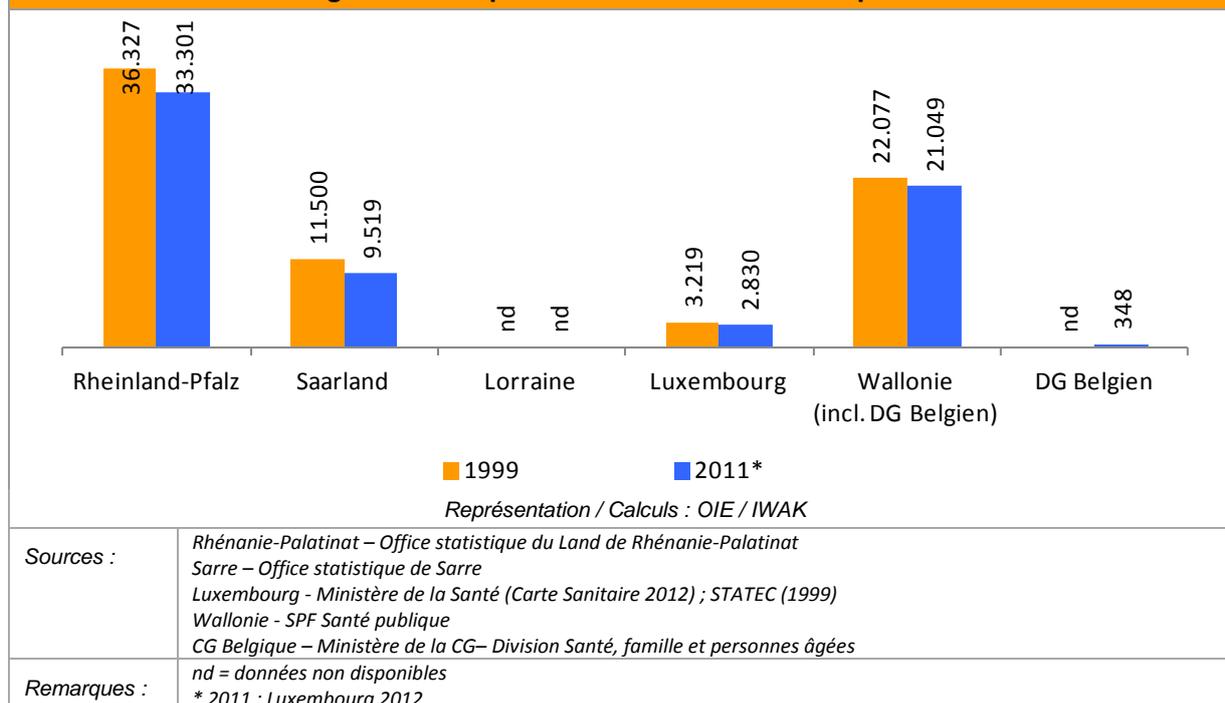
Par rapport à 1999, le nombre d'hôpitaux a légèrement régressé dans les deux Länder allemands. Cette baisse a été sensiblement plus marquée en Wallonie. Selon les informations fournies par les experts impliqués dans le projet, des procédures de concentration et de fusion ont eu lieu. Le nombre d'hôpitaux de la CG de Belgique n'a pas changé par rapport à 1999. Le Luxembourg compte pour sa part un hôpital de plus en 2011, par rapport au chiffre de 1999.



L'analyse du nombre de lits disponibles dans le secteur hospitalier montre, pour toutes les composantes régionales pour lesquelles des données sont disponibles, qu'un recul a eu lieu depuis 1999 (voir fig. 2). Une évolution similaire a été observée pour ce qui est du nombre des établissements, la régression du nombre de lits étant toutefois plus faible (contrairement au nombre de sites hospitaliers) en Wallonie que dans les régions allemandes. Cette évolution et le nombre différent de lits par région ne sont pas synonymes de prestations hospitalières moindres, étant donné que le nombre de cas ou la durée d'hospitalisation moyenne doivent être pris en compte, de même que leur évolution.



Fig. 2 : Lits disponibles dans le secteur hospitalier



Lorsque des données sont disponibles pour les cas correspondants aux années 1999 et 2011, ils indiquent une augmentation du nombre de traitements. En Wallonie, où une grande partie des traitements spécialisés qui sont dispensés en Allemagne dans des cabinets de médecins ont lieu dans des hôpitaux, le nombre de cas a plus que doublé depuis 1999 (+155,8 %). Il a augmenté de 9,9 % en Rhénanie-Palatinat et de 2 % en Sarre. La durée d'hospitalisation (cliniques de réadaptation exclues) a régressé entre 1999 et 2011 : elle est passée de 9,9 à 7,6 jours en Rhénanie-Palatinat, de 9,7 à 7,7 jours en Sarre et de 8,1 à 3,0 jours en Wallonie.¹² Il n'existe pas de chiffres disponibles pour les autres composantes régionales.

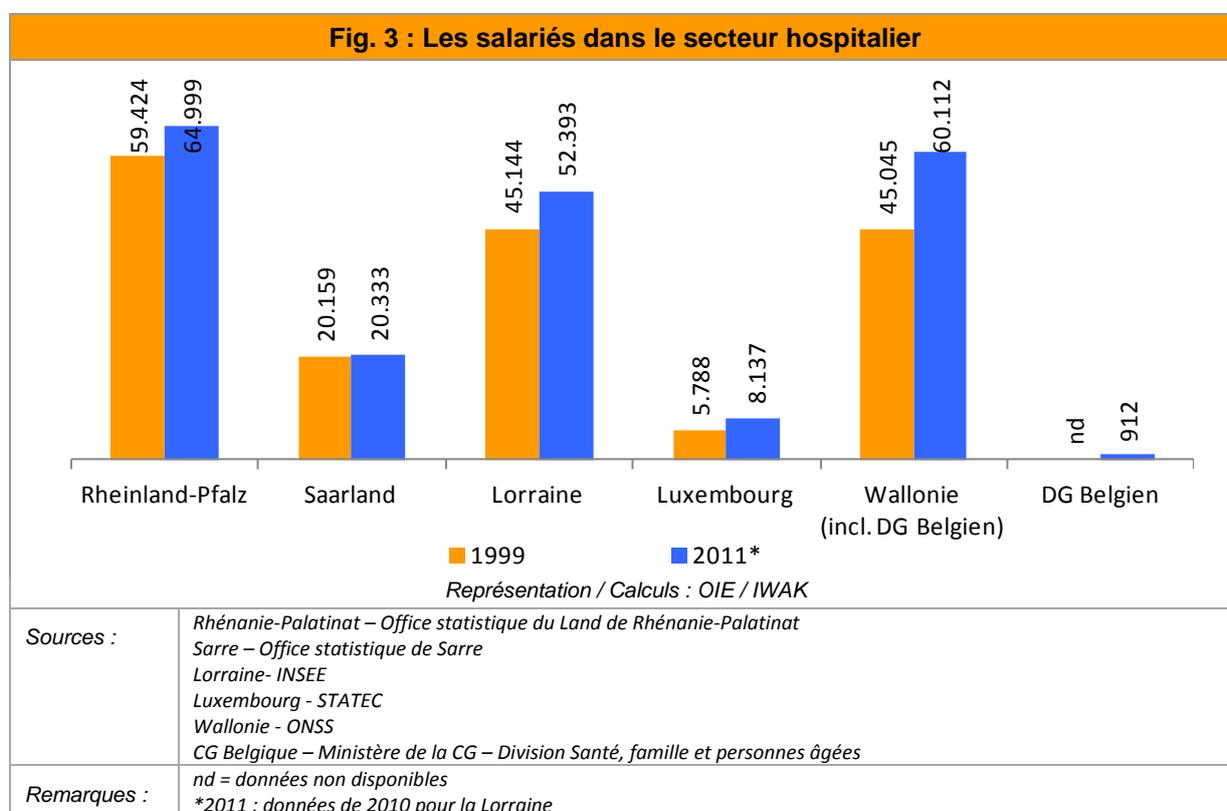
Par rapport au nombre d'établissements et au nombre de lits, l'analyse du nombre de personnes travaillant dans le secteur hospitalier met en lumière d'autres tendances ainsi qu'une répartition différente. Il faut toutefois tenir compte du fait que ce nombre comprend non seulement le personnel de santé, mais aussi l'ensemble des employés des hôpitaux – c'est-à-dire non seulement le personnel médical et infirmier, mais aussi, par exemple, les équipes de nettoyage, le personnel travaillant en cuisine, le personnel administratif, etc.

Le nombre des employés a augmenté dans chaque composante de la Grande Région depuis 1999. En Wallonie, le secteur hospitalier emploie désormais plus de 15 000 personnes de plus qu'en 1999. La composante régionale belge compte à présent plus de personnes travaillant dans le secteur hospitalier que la Lorraine. Il est également à noter qu'en Lorraine, le nombre de personnes travaillant dans les sites hospitaliers est relativement faible – malgré le nombre élevé d'hôpitaux – par rapport à la Rhénanie-Palatinat ou à la Wallonie. Si le nombre d'établissements peut donner l'impression que le secteur hospitalier occupe une

¹² Sources : Rhénanie-Palatinat, Sarre : offices statistiques des Länder – statistiques hospitalières ; Wallonie : SPF Santé publique.



place particulièrement importante en Lorraine, les chiffres relatifs au nombre de personnes travaillant dans ce secteur viennent relativiser quelque peu cette perception. L'analyse de l'évolution du nombre de personnes actives dans ce secteur doit toutefois prendre en considération le facteur du travail à temps partiel. Pour pouvoir être comparés, les nombres d'employés doivent dans l'idéal être exprimés, les uns par rapport aux autres, en équivalents plein temps. Malheureusement, il n'existe pas de données sectorielles relatives au taux de travail à temps partiel pour 1999 et 2011. Les taux de travail à temps partiel du personnel soignant de la Rhénanie-Palatinat, de la Sarre et de la Lorraine sont toutefois représentés dans le chapitre consacré à l'emploi. Il ressort clairement de ces données que l'emploi à temps partiel occupe une place sensiblement plus importante pour les infirmiers de Rhénanie-Palatinat et de Sarre que pour leurs homologues lorrains. Les taux de travail à temps partiel sont en outre en hausse dans les deux Länder allemands depuis 1999, alors que le taux de la Lorraine a légèrement baissé.



Dans l'ensemble, toutes les composantes de la Grande Région tendent à afficher des possibilités d'emploi en hausse dans le secteur hospitalier. Même si le nombre de sites hospitaliers et celui des lits disponibles sont en recul, il n'en reste pas moins que le nombre des employés a fortement augmenté depuis 1999. Cette hausse est la plus faible en Sarre, où elle n'est que de 0,9 %. Le nombre d'emplois a augmenté de 9,4 % en Rhénanie-Palatinat et de 16,1 % en Lorraine. La Wallonie et le Luxembourg se caractérisent par une progression considérable, avec respectivement +33,4 % et +40,6 %.

Tab. 4 : Évolution en % du nombre de salariés dans le secteur hospitalier entre 1999 et 2011

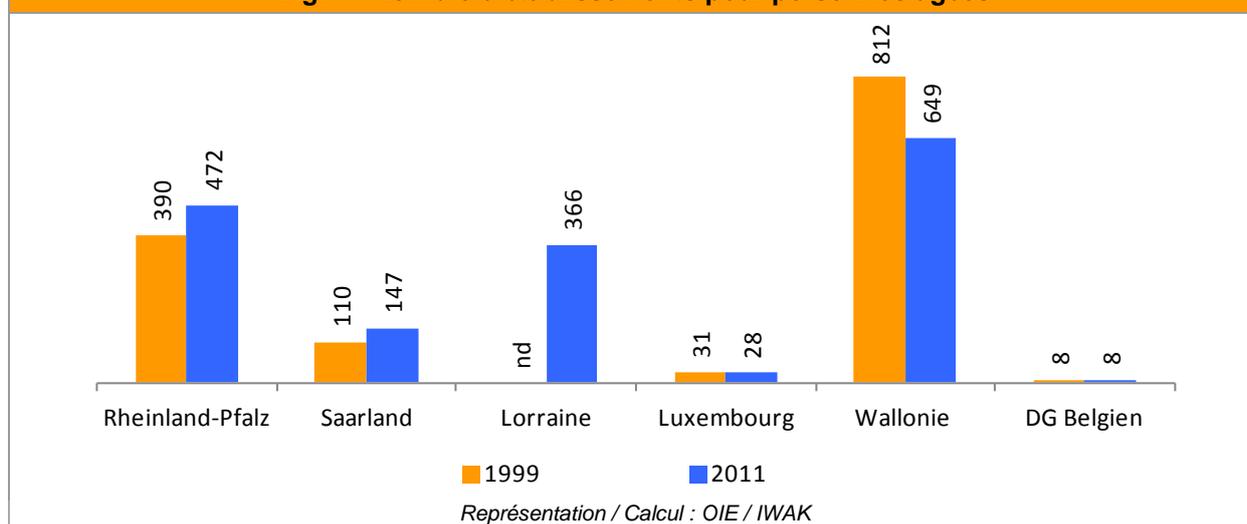
	Évolution 1999-2011
Rheinland-Pfalz	+9,4 %
Saarland	+0,9 %
Lorraine	+16,1 %
Luxembourg	+40,6 %
Wallonie	+33,4 %
DG Belgien	nd

Source : Rhénanie-Palatinat – office statistique de Rhénanie-Palatinat ; Sarre - office statistique de Sarre ; Lorraine - INSEE ; Luxembourg – STATEC ; Wallonie – ONSS

3.1.3.2 Établissements pour personnes âgées

Comme pour les hôpitaux, les structures responsables des établissements pour personnes âgées diffèrent d'une région à l'autre, au sein de la Grande Région. Les deux régions allemandes se distinguent à nouveau par la part relativement élevée (plus de 60 % dans les deux Länder) d'établissements gérés par des organismes à but non lucratif, alors que ceux des autres composantes régionales relèvent presque tous du secteur privé. En Lorraine, seulement 35,8 % des établissements pour personnes âgées sont détenus par des organismes à but non lucratif ; cette catégorie est totalement inexistante au Luxembourg, où le secteur privé reste largement prédominant (plus de 70 %). En Lorraine, la majeure partie des établissements appartiennent au secteur public (44,5 %). Ce dernier joue un rôle relativement important au Luxembourg et en Wallonie (respectivement 28,6 % et 24 %), alors qu'il est quasiment inexistant en Rhénanie-Palatinat et en Sarre.

Fig. 4 : Nombre d'établissements pour personnes âgées



Sources : Rhénanie-Palatinat – Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat
 Sarre – Office statistique de Sarre
 Lorraine - INSEE
 Luxembourg - STATEC
 Wallonie - ONSS
 CG Belgique – Ministère de la CG – Division Santé, famille et personnes âgées

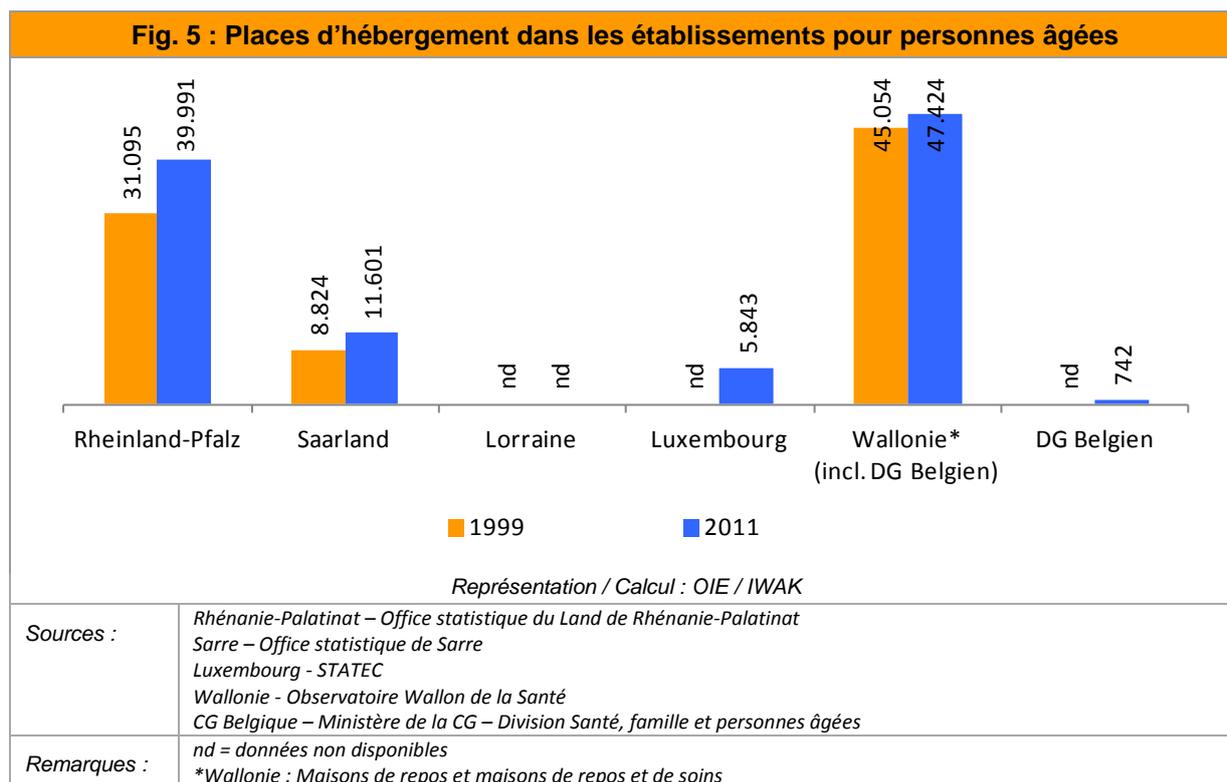
Remarques : nd = données non disponibles

Avec 649 établissements, la composante régionale comptant le plus d'établissements pour personnes âgées est la Wallonie, malgré une régression relativement importante depuis 1999, cette dernière étant vraisemblablement due aux procédures de concentrations et de



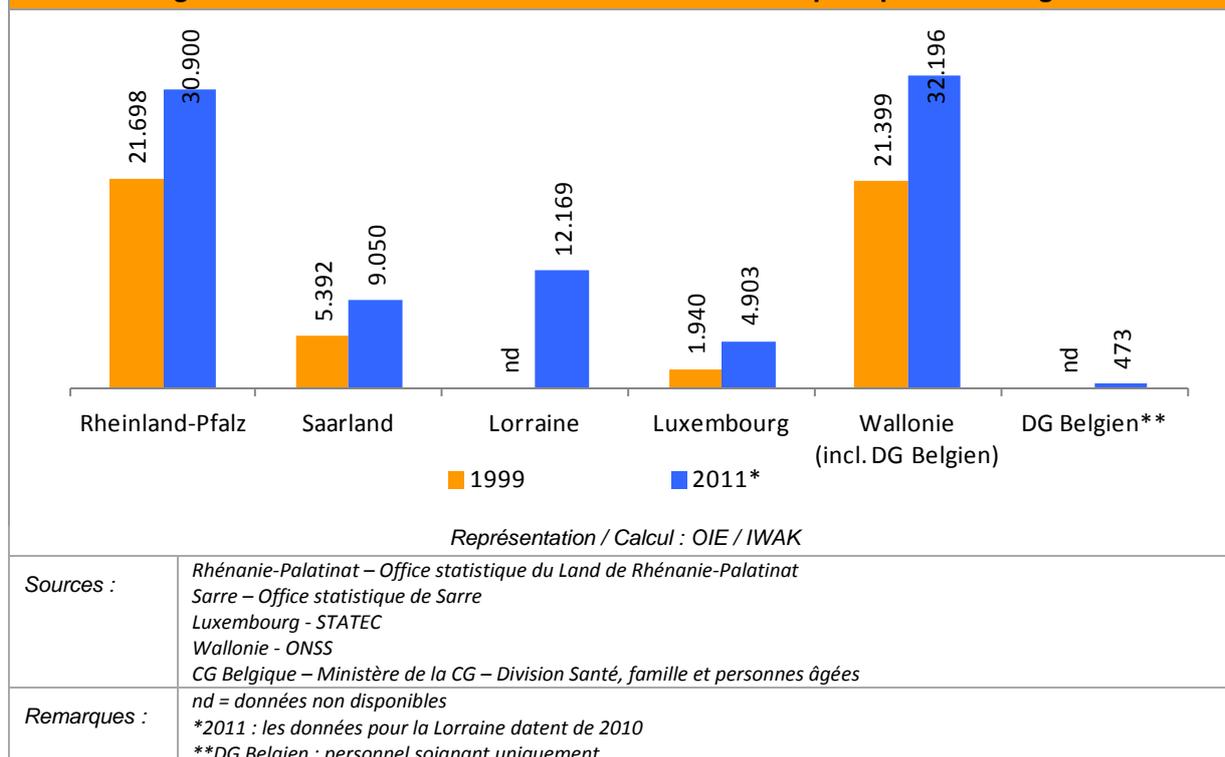
fusions dans l'espace rural. Viennent ensuite la Rhénanie-Palatinat (472) et la Lorraine (366). Un recul est également observé au Luxembourg, où le nombre d'établissements pour personnes âgées est passé de 31 à 28. Les deux régions allemandes affichent en revanche une progression depuis 1999.

Les données relatives aux nombres de places disponibles dans les établissements pour personnes âgées sont incomplètes (voir fig. 5) : les informations manquantes sont celles de la Lorraine ainsi que les chiffres de 1999 pour le Luxembourg et la CG de Belgique. Pour les autres régions, une augmentation des places non ambulatoires a été observée. En 2011, la Rhénanie-Palatinat disposait de 39 991 au lieu de 31 095, ce qui correspond à une augmentation d'environ 29 %. En Sarre, le nombre des places en établissements pour personnes âgées a progressé de 8 824 à 11 601, soit une hausse de 32 %. La Wallonie affichait également en 2011 un nombre de places supérieur à celui de 1999 : avec 45 054 places contre 47 424 douze ans auparavant, la progression observée ici n'est toutefois que de 5,4 %. Mais la région belge est néanmoins celle qui dispose du nombre de lits le plus élevé en chiffres absolus. La diminution du nombre d'établissements tel qu'elle a été décrite à la page précédente ne s'est donc pas accompagnée d'une baisse du nombre de places en établissements pour personnes âgées.



Tout comme la hausse du nombre de places disponibles, l'évolution du nombre d'employés dans les établissements pour personnes âgées témoigne du fait que ce secteur gagne en importance. Si l'on considère l'ensemble du personnel travaillant dans ce secteur (c'est-à-dire les professions du soin, mais aussi le personnel chargé de l'entretien des lieux et les équipes administratives) cette hausse est plus importante que celle observée dans le secteur hospitalier.

Fig. 6 : Nombre de salariés dans les établissements pour personnes âgées



La Wallonie affiche non seulement le plus grand nombre de places disponibles en établissements pour personnes âgées, mais aussi le nombre le plus élevé de personnes travaillant dans ce type d'établissements. Elle est suivie de près par la Rhénanie-Palatinat. En Lorraine en revanche, le nombre d'employés est relativement faible par rapport au nombre d'établissements. Il est possible que les établissements pour personnes âgées soient plus petits dans cette région que dans les autres régions ; les données disponibles ne permettent toutefois pas de valider cette hypothèse.

Une augmentation relativement importante du nombre d'employés est constatée dans toutes les régions pour lesquelles des données sont disponibles pour l'année 1999. Cela vaut également pour la Wallonie, bien que le nombre d'établissements pour personnes âgées ait diminué dans cette région entre 1999 et 2011 et que le nombre de places non ambulatoires ait beaucoup moins progressé que dans les composantes allemandes. Dans la région belge également, le nombre de personnes travaillant dans ce type d'établissements a plus que doublé en 2011 par rapport à 1999. En Rhénanie-Palatinat, la hausse du nombre d'employés est avec 42 %, un peu plus faible qu'en Wallonie; elle est un peu plus marquée en Sarre (68 %). Au Luxembourg, le nombre d'employés a été multiplié par un peu plus d'1,5 par rapport à 1999.

Tab. 5 : Évolution en % du nombre de salariés dans les établissements pour personnes âgées entre 1999 et 2011

	Évolution 1999-2011
Rheinland-Pfalz	+42,4 %
Saarland	+67,8 %
Lorraine	nd
Luxembourg	+152,7 %
Wallonie	+50,5 %
DG Belgien	nd

Source : Rhénanie-Palatinat – Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat ; Sarre – Office statistique de Sarre ; Luxembourg – STATEC ; Wallonie – ONSS

Dans l'ensemble, ce sont donc non seulement les hôpitaux, mais aussi les établissements pour personnes âgées qui ont gagné en importance au cours de ces dernières années en tant qu'employeurs de personnel soignant dans la Grande Région. Le nombre de places disponibles dans les établissements pour personnes âgées a fortement augmenté, de même que le nombre de personnes employées.

3.1.3.3 L'intervention à domicile et accueil de jour

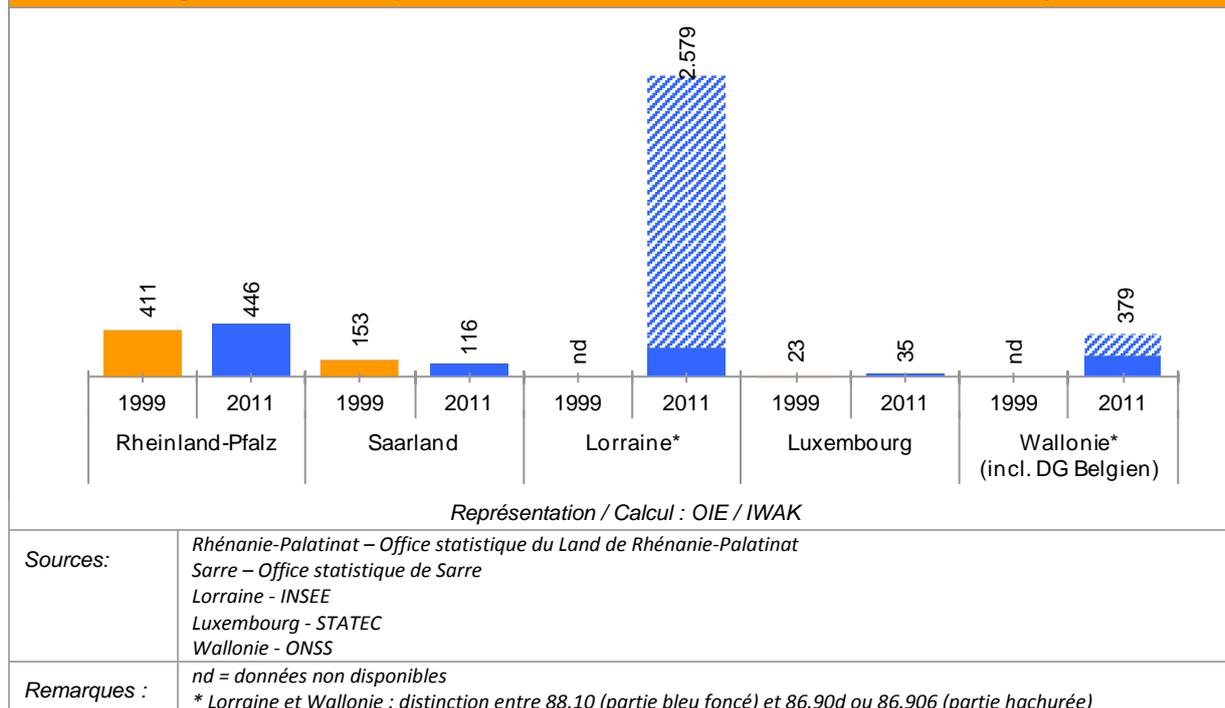
Les soins et l'aide à domicile présentent de nettes différences structurelles en ce qui concerne la façon dont ils sont proposés dans les différentes composantes de la Grande Région. En Allemagne et au Luxembourg, les services d'aide et soins à domicile offrent toute la gamme de prestations requises par les personnes malades ou dépendantes vivant à leur domicile – de l'aide ménagère aux soins ultraspécialisés prescrits par des médecins. En Lorraine et en Wallonie, les personnes concernées ont recours à différents prestataires : les services sociaux fournissent aide ménagère et accompagnement et apportent de l'aide pour les soins corporels. Les soins plus médicaux et spécialisés tels que les injections ou le traitement des plaies sont pris en charge par des infirmiers libéraux.

Le secteur des soins et de l'aide à domicile relève de ce fait en grande partie du secteur privé en Lorraine. En Sarre et en Rhénanie-Palatinat également, les établissements privés sont majoritaires, et les services d'aide à domicile relevant du secteur public ne jouent qu'un rôle mineur, comme en Lorraine et au Luxembourg. La présence du secteur public reste plus importante en Wallonie, où un prestataire sur dix est dans le domaine public. Le Luxembourg se distingue par une répartition différente de celle des autres composantes régionales : au Grand-Duché, les services d'aide et de soins à domicile appartenant à des organismes à but non lucratif sont largement prédominants, tandis que la part des établissements privés est inférieure à 10 %.

La Lorraine compte 2 579 prestataires offrant des services d'aide et de soins à domicile, ce qui correspond au nombre le plus élevé (voir la fig. 7). Les infirmiers libéraux représentent plus de 88 % de tous ces prestataires (partie hachurée). En Wallonie, il existe également des infirmiers indépendants. Leur nombre est sensiblement plus faible car en règle générale, ils se regroupent, alors qu'en Lorraine, ils ont davantage tendance à travailler individuellement. En 2011, la Rhénanie-Palatinat comptait 446 prestataires d'intervention à domicile et accueil de jour, contre 116 en Sarre et 35 au Luxembourg.



Fig. 7 : Nombre de prestataires d'intervention à domicile et accueil de jour

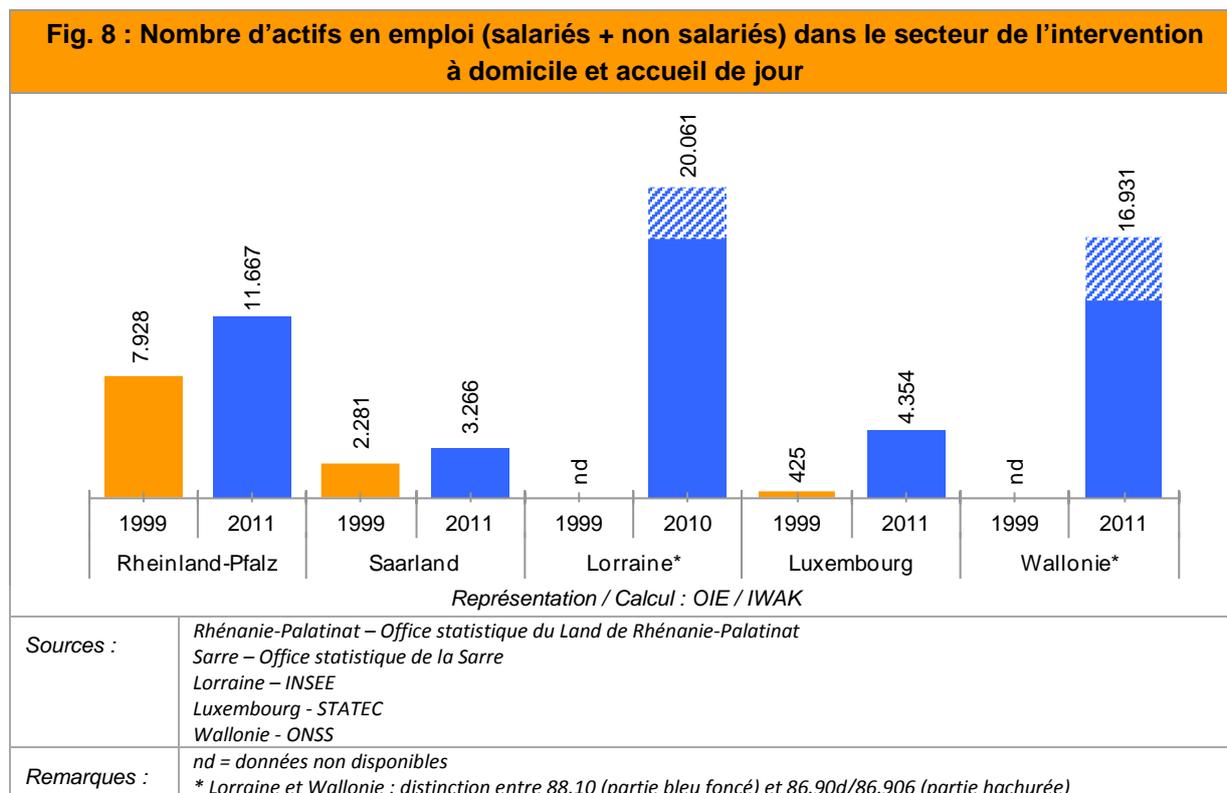


Le nombre de prestataires de services d'intervention à domicile et accueil de jour est inférieur à celui des établissements pour personnes âgées en Wallonie et dans les composantes allemandes. Au Luxembourg en revanche, ces services d'intervention à domicile et accueil de jour sont désormais plus nombreux que les établissements pour personnes âgées – alors que la situation était encore inverse en 1999. En Rhénanie-Palatinat également, le nombre de prestataires d'intervention à domicile et accueil de jour a augmenté par rapport à 1999. La situation est différente en Sarre : ce Land a enregistré un recul du nombre d'entreprises de services d'aide et de soins à domicile, passé de 153 à 116, alors que le nombre de patients pris en charge en Sarre a progressé selon les statistiques officielles sur les soins, passant de plus de 5 200 en 1999 à près de 6 900 en 2011. Dans cette région, les prestataires sont aujourd'hui en moyenne plus importants et peuvent de ce fait s'occuper de davantage de patients.

L'analyse du nombre d'employés travaillant dans le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour confirme certes, dans un premier temps, l'impression que les soins et l'aide à domicile jouent un rôle plus important en Lorraine que dans les autres composantes régionales de la Grande Région. Cependant, l'écart observé par rapport aux autres régions est relatif. En effet, alors que les prestataires du service de l'intervention à domicile et accueil de jour sont à environ 90 % des infirmiers libéraux (travaillant souvent sans collaborateurs), les salariés ne représentent que 16,5 %. La Lorraine compte 2 321 prestataires contre seulement 3 309 salariés dans ce secteur (86.90d), ce qui laisse supposer qu'il s'agit souvent d'entreprises individuelles. La modification décrite ci-dessus du rapport entre le nombre de services d'intervention à domicile et accueil de jour et le nombre de personnes employées par ces services est également observée en Wallonie (secteur 86.906), mais le nombre d'employés y est beaucoup plus important qu'en Lorraine. Les infirmiers libéraux en Wallonie travaillent donc moins souvent dans des entreprises individuelles que ce n'est le cas en Lor-



raine. D'un point de vue purement arithmétique, les entreprises de trois personnes semblent privilégiées.



Dans les deux Länder allemands, le nombre de personnes salariées dans le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour a certes connu une forte progression depuis 1999 (+47 % en Rhénanie-Palatinat, +43 % en Sarre), mais d'un point de vue purement quantitatif, il reste moins important que celui des personnes travaillant dans les établissements pour personnes âgées ou les hôpitaux. Cette constatation s'applique également au Luxembourg, où une très forte augmentation a toutefois été enregistrée depuis 1999 et où le nombre d'employés a presque décuplé. Au Grand-Duché, le nombre de personnes travaillant dans le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour se situe désormais juste derrière celui des employés des établissements pour personnes âgées. Aucune donnée sur le nombre d'employés en 1999 n'est disponible pour la Lorraine, la Wallonie et la CG de Belgique, si bien qu'il est impossible de présenter une vue d'ensemble de l'évolution au fil du temps pour ces composantes régionales.

Tab. 6 : Évolution en % du nombre d'actifs en emploi (salariés + non salariés) travaillant dans le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour entre 1999 et 2011

	Évolution 1999-2011
Rheinland-Pfalz	+47,2 %
Saarland	+43,2 %
Lorraine	nd
Luxembourg	+924,5 %
Wallonie	nd
DG Belgen	nd

Source : Rhénanie-Palatinat – Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat ; Sarre – Office statistique de la Sarre ; Luxembourg – STATEC

3.1.4 Synthèse des principaux enseignements

Les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et les établissements d'aide à domicile sont des employeurs importants dans toutes les composantes de la Grande Région. En Lorraine, la part des personnes travaillant dans les secteurs des soins représentait en tout près de 10 % de la population active totale en 2011, ce qui la place en première position au sein de la Grande Région, suivie par la Wallonie (8,9 %) et les deux Länder allemands (Sarre : 6,3 %, Rhénanie-Palatinat : 5,6 %). Dans la CG de Belgique, 5,1 % des actifs travaillent dans les secteurs des soins, contre 4,7 % au Luxembourg.

Tab. 7 : Part des personnes travaillant en 2011 dans les trois secteurs des soins par rapport à l'ensemble de la population active en emploi

	en %
Rheinland-Pfalz	5,6 %
Saarland	6,3 %
Lorraine	9,9 %
Luxembourg	4,7 %
Wallonie (incl. DG Belgique)	8,9 %
DG Belgique	5,1 %

Sources pour le nombre de personnes travaillant dans les secteurs des soins : Rhénanie-Palatinat – Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat ; Sarre – Office statistique de la Sarre ; Lorraine- INSEE ; Luxembourg – STATEC ; Wallonie – ONSS ; CG de Belgique – Ministère de la CG – Division Santé, Famille et Personnes âgées
Sources pour les données sur l'ensemble de la population active : Rhénanie-Palatinat / Sarre : chiffres de la population active au niveau fédéral et régional ; Lorraine : INSEE, Estimations d'emploi ; Luxembourg : STATEC, Comptes nationaux ; Wallonie, CG Belgique : ICN, Comptes nationaux / régionaux

Des processus de concentration et de fusion ont certes eu lieu dans le secteur hospitalier ; mais du fait du raccourcissement simultané de la durée d'hospitalisation, le nombre des traitements a malgré tout augmenté. Le nombre de salariés a, par conséquent, fortement augmenté. L'importance des établissements pour personnes âgées en tant qu'employeurs a également cru dans la Grande Région au cours de ces dernières années. Le nombre de places disponibles dans ces établissements est en forte progression, de même que le nombre des salariés. Par rapport à 1999, le nombre de personnes travaillant en 2011 dans les établissements pour personnes âgées a considérablement augmenté au Luxembourg (+152,7 %, soit +2 963 personnes) et en Sarre (+67,8 %, soit +3 658 personnes). Le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour est également en pleine croissance, ce qui se traduit par une augmentation du nombre des établissements et des salariés. La plus forte progression du nombre de salariés a eu lieu au Luxembourg (+924,5 %, soit +3 929 personnes). L'emploi a également connu un développement très important entre 1999 et 2011 en Rhénanie-Palatinat (+47,2 %, soit +3 739 personnes) et en Sarre (+42,4 %, soit +985 personnes).

Dans le cas du Luxembourg et des composantes allemandes, il est manifeste que l'emploi a progressé de façon sensiblement plus importante dans les secteurs des soins que sur l'ensemble du marché du travail, au cours de la période de référence (voir le tab. 8).

Tab. 8 : Variation en % du nombre de salariés entre 1999 et 2011

	Ens. des secteurs des soins	Ens. du marché du travail
Rheinland-Pfalz	+20,8 %	+9,8 %
Saarland	+17,3 %	+4,8 %
Lorraine	nd	-0,7 %
Luxembourg	+113,3 %	+48,1 %
Wallonie (incl. DG Belgien)	nd	+13,9 %

Sources pour le nombre de personnes travaillant dans les secteurs des soins : Rhénanie-Palatinat – Office statistique du Land de Rhénanie-Palatinat ; Sarre – Office statistique de la Sarre ; Luxembourg – STATEC ; Wallonie – ONSS

Sources pour les données sur l'ensemble de la population active : Rhénanie-Palatinat / Sarre : chiffres de la population active au niveau fédéral et régional ; Lorraine : INSEE, Estimations d'emploi ; Luxembourg : STATEC, Comptes nationaux ; Wallonie, CG Belgique : ICN, Comptes nationaux / régionaux

L'évolution observée dans les trois secteurs peut s'expliquer par les variations démographiques survenues dans les populations des composantes de la Grande Région. Le nombre d'habitants très âgés (80 ans et plus) ayant fréquemment besoin d'une certaine assistance a fortement augmenté, depuis 1999, dans toutes les composantes régionales (voir le tab. 9). Au Luxembourg, la population a en outre connu une très forte augmentation (+17,5 %). Une population (très âgée) croissante requiert des infrastructures adaptées tant dans le domaine médical que sur le plan des soins. Les trois secteurs des soins peuvent de ce fait être considérés comme étant vecteurs d'emploi partout en Grande Région.

Tab. 9 : Évolution de la population totale et évolution de la population de 80 ans et plus

	Évolution de la population totale 1999-2011	Évolution du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus 1999-2011
Rheinland-Pfalz	-0,7 %	+51,8 %
Saarland	-5,0 %	+55,3 %
Lorraine	+1,5 %	+70,5 %
Luxembourg	+17,5 %	+42,6 %
Wallonie	+5,6 %	+56,0 %
DG Belgien	+6,9 %	+68,7 %

Source : portail statistique ; Wallonie, CG de Belgique : SPF Economie

3.2 Les professions du soin

Les composantes de la Grande Région présentent des différences non seulement en ce qui concerne la structure des secteurs du système sanitaire et social, mais aussi au niveau des catégories professionnelles chargées de dispenser des soins. Les systèmes de formation, la culture de l'emploi, la répartition du travail et les profils professionnels sont parfois agencés de façon différente. Ces différences se sont manifestées lors de l'élaboration par le CRD Eures au début du projet de l'aperçu comparant la profession d'infirmier dans les quatre pays concernés (voir annexe II). Il a donc été nécessaire, au début du projet, de définir clairement quelles professions du soin devaient être analysées dans le cadre de l'étude et lesquelles, parmi celles-ci, étaient comparables les unes avec les autres. La catégorie classique des « professions du soin » telle qu'elle est utilisée en Allemagne n'est par exemple pas familière en France. Les Français utilisent en effet davantage le concept de « professions paramédicales ». Cette catégorie inclut également les professions relevant de la physiothérapie, de la logopédie, de l'ergothérapie et d'autres secteurs professionnels. Il est rapidement devenu évident que le projet devrait se focaliser sur les groupes de métiers dispensant des soins aux

patients. Pour pouvoir les identifier et les comparer, les responsables du projet ont élaboré leur propre système de classification des professions du soin au sein de la Grande Région. Ce processus d'élaboration et le système de catégories en découlant sont présentés ci-après.

3.2.1 Définition du périmètre des professions exercées

La classification internationale type des professions (CITP)¹³ fournit une nomenclature des différentes professions. Elle a été conçue par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et a été révisée pour la dernière fois en 2008. Il a immédiatement semblé logique d'identifier les codes CITP des professions du soin et de classer les différentes professions du soin des composantes de la Grande Région en utilisant ces codes. Même si les données nationales ou régionales ne sont pas forcément classées sur base de la CITP, mais plutôt en fonction de classifications qui leurs sont propres, il existe malgré tout des systèmes de référence. L'attribution d'un code CITP à une profession dépend des activités effectuées au quotidien et non du niveau de formation formel.¹⁴ Ainsi, le code 2221 (Cadres infirmiers) est attribué aux personnes qui planifient, exécutent et évaluent des activités de soins, administrent des médicaments, surveillent des traitements médicaux ou prennent en charge le traitement des plaies. Le code 3221 (Personnel infirmier, niveau intermédiaire) correspond aux professions dont les représentants dispensent des soins corporels et réalisent également des actes plus médicaux tels que l'administration de médicaments, sous la direction de cadres infirmiers (code 2221). D'autres codes CITP correspondant à des professions soignantes sont les codes 5321 (Aide-soignants en institutions), 5322 (Aide-soignants à domicile) et 5329 (Personnel soignant et assimilé, non classé ailleurs).

Au cours de l'étape suivante, les systèmes de référence des classifications professionnelles nationales ont été utilisés pour vérifier, sur base de la CITP, quelles professions des composantes régionales peuvent se voir attribuer des codes CITP. Il est rapidement apparu que toutes les classifications ne sont pas logiques. Par exemple, dans le cas de l'utilisation du système de référence de la classification allemande des professions (KldB 2010 et KldB 88), la catégorie professionnelle des infirmiers gériatriques se voit attribuer le code CITP 3221, et celle des infirmiers diplômés reçoit en revanche le code 2221. Cette classification n'est pas logique étant donné que les activités réalisées par ces deux catégories professionnelles sont identiques en Allemagne. Elles ne se distinguent que par les groupes de personnes soignées. En France aussi, les infirmiers se voient attribuer le code 3221. Cela ne paraît pas pertinent, dans la mesure où leurs qualifications, conformément à la directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles dans l'UE, sont équivalentes à celles des infirmiers diplômés allemands. Les infirmiers français sont donc classés dans la même catégorie que les infirmiers gériatriques allemands. L'équivalent français des infirmiers diplômés allemands (code 2221) est la catégorie des « Cadres infirmiers ». Or, ces derniers assument davantage des fonctions de gestion des soins et ne dispensent pas forcément eux-mêmes des soins aux patients. Des problèmes de classification similaires ont

¹³ <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>

¹⁴ Il est intéressant de noter que les traductions allemandes des codes CITP se rapportent de façon explicite au niveau de formation formel : ainsi, le code CITP 2221 (Cadres infirmiers) est traduit par « Akademische und vergleichbare Krankenpflegefachkräfte ». Le code CITP 3221 (Personnel infirmier, niveau intermédiaire) est traduit par la désignation « Nicht akademische Krankenpflegefachkräfte ».

également surgi pour les professions soignantes requérant un niveau de qualification inférieur. Là encore, l'attribution des codes CITP ne peut avoir lieu de façon claire dans tous les cas. En résumé, il apparaît donc que l'étude du marché du travail des soins dans la Grande Région sur base des codes CITP reviendrait à comparer entre-elles des catégories professionnelles qui ne sont, en réalité, pas responsables d'effectuer les mêmes tâches et ne sont par conséquent pas comparables.

Pour résoudre ce problème, au niveau des mesures, les responsables du projet ont mis au point et validé leur propre système de classification professionnelle des professions du soin dans la Grande Région. Celui-ci doit garantir que les catégories professionnelles qui sont comparées correspondent à des professions exerçant bel et bien les mêmes activités. Les points de repères utilisés ont été les activités de soins réalisées au quotidien par les personnes appartenant à une catégorie professionnelle. Le niveau de formation formel a été considéré comme secondaire. Après de premières réflexions basées sur des expériences professionnelles concrètes dans le domaine des soins et des expériences issues de projets précédents sur le monitoring du marché du travail des soins, un système de classification comprenant quatre catégories de personnel intervenant dans la chaîne des soins a été défini :

1. Personnel cadres, responsable de l'organisation des services de soins et de l'encadrement du personnel
2. Personnel soignant réalisant avant tout des soins médicaux (« Cure »)
3. Personnel soignant effectuant principalement des soins d'hygiène et de confort des patients (« Care »)
4. Personnel d'entretien et d'hygiène des locaux, d'assistance aux activités domestiques, de confort et de soutien.

Pour que cette première répartition puisse être validée, les partenaires de l'OIE ont demandé à des experts de toutes les régions d'indiquer quelles sont les activités de soins effectuées par les différentes catégories professionnelles dans les régions respectives. Une distinction a ce faisant été effectuée entre les secteurs des hôpitaux, des établissements pour personnes âgées et de l'intervention à domicile et accueil de jour. Une liste des soins infirmiers « typiques » pour chaque groupe d'infirmiers a été établie et soumise à une procédure de validation sous la forme d'un formulaire écrit. Dans le cas des régions allemandes, ce questionnaire n'a pas été traité par des experts externes, mais par deux collaboratrices de l'IWAK disposant tant d'une formation d'infirmière diplômée et d'un diplôme de sciences infirmières que d'une expérience professionnelle dans les trois secteurs des soins (hôpitaux, établissements pour personnes âgées et l'intervention à domicile et accueil de jour). Les questions posées portaient sur la responsabilité concernant l'exécution des activités de soins suivantes :

- Élaboration d'un tableau de service (cat. 1)
- Communication avec les médecins (cat. 1)
- Entretien préliminaire lors d'une nouvelle admission (cat. 1)
- Élaboration d'un planning du processus de soins (définir les objectifs visés et les mesures à prendre en matière de soins) (cat. 2)
- Préparation/dosage des médicaments (cat. 2)
- Administration des médicaments (cat. 2)

- Pose des bandages et pansements (par ex. en cas d'escarres ou d'ulcère variqueux) (cat. 2)
- Administration des injections sous-cutanées (par ex. insuline) (cat. 2)
- Aide lors des soins corporels (douche, bain ...) (cat. 3)
- Aide pour aller aux toilettes (cat. 3)
- Changement des articles liés à l'incontinence (cat. 3)
- Servir les repas (cat. 3)
- Répartir les repas (cat. 4)
- Faire les lits (cat. 4)
- Offres d'emploi (cat. 4)
- Encadrement psycho-social (cat. 4)

Parallèlement aux questionnaires complétés, des informations professionnelles complémentaires (fiches d'informations) établies par les services nationaux de l'emploi ont également été utilisées pour la France et la Belgique.

3.2.2 Résultats détaillés

Après évaluation des questionnaires et des fiches d'informations des services de l'emploi, la classification sur la base de quatre catégories de personnel soignant s'est avérée convaincante. Ces quatre catégories existent dans toutes les composantes de la Grande Région et la majorité des professions du soin peuvent être classées sans difficulté dans l'une de ces catégories. Il existe certes des zones de chevauchement lorsque certaines professions se caractérisent par un champ d'activité très vaste, mais une répartition claire a toutefois été possible. Le tableau 10 présente le système de catégories utilisé au cours du déroulement ultérieur du projet.

La *catégorie 1 (cadres)* correspond aux infirmiers qui organisent et gèrent les soins. Pratiquement aucune donnée n'a été présentée pour cette catégorie dans le présent rapport. Les cadres ne prodiguent directement de soins aux patients dans aucune des régions. À cela s'ajoute le fait que les données concernant les cadres du secteur des soins sont très incomplètes.

La *catégorie 2 (infirmiers)* réunit les infirmiers qui sont responsables d'une grande partie des soins. Ils dispensent des soins médicaux spécialisés, mais aussi des soins corporels. En Belgique et en Allemagne notamment, ces domaines d'activités sont très vastes. Les infirmiers aident également beaucoup les personnes dépendantes et les patients à réaliser des activités de la vie quotidienne. En Lorraine et au Luxembourg, le travail des infirmiers est en revanche davantage limité aux tâches relevant des domaines organisationnel et médical. Sur le plan théorique, les infirmiers de la catégorie 2 ont suivi au minimum une formation de trois ans ou un cursus d'études de six semestres s'achevant par un diplôme de « Bachelor ». Les infirmiers disposant d'une formation reconnue par l'État ou d'une spécialisation sont également affectés à cette catégorie, à l'instar des profils professionnels typiquement allemands que sont les infirmiers gériatriques (« Altenpfleger ») et les infirmiers en soins généraux (« Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger »). Sont également classés dans cette catégorie les infirmiers belges ayant un diplôme de « Bachelor » ainsi que ceux ayant un « Brevet »,

ces deux groupes effectuant dans la pratique des tâches similaires. Les différentes structures de formation des composantes régionales sont décrites au point 3.3.

Le personnel soignant qui prodigue surtout des soins corporels requis dans le cadre des activités de la vie quotidienne a été affilié à la *catégorie 3 (Auxiliaires de soin)*. Il effectue certes aussi dans certains cas des actes correspondant à des soins spécialisés d'une part, ainsi que des tâches relevant davantage de l'assistance domestique d'autre part, mais ses activités principales consistent toutefois à prodiguer des soins corporels (toilette, douche, WC, changement des articles liés à l'incontinence, etc.). Les désignations professionnelles contiennent la plupart du temps les termes « Helfer », « Aide » ou « Auxiliaire ». La profession de « Altenpflegehelfer » (auxiliaire de santé gériatrique) est une spécificité nationale qui n'existe que dans les régions allemandes. Inversement, la profession d'Aide médico-psychologique n'existe qu'en Lorraine. Sur le plan théorique, le personnel soignant de cette catégorie a en général suivi une formation d'un an.

Tab. 10 : Vue d'ensemble des quatre catégories de personnel intervenant dans la chaîne des soins

	Catégorie 1 Führungskräfte / Cadres	Catégorie 2 Pflegefachkräfte / Infirmiers	Catégorie 3 Pflegehelferinnen und Pflegehelfer /, Auxiliaires de soin	Catégorie 4 Pflegehilfskräfte / Aides peu qualifiés
Rheinland-Pfalz / Saarland	Pflegedienstleitungen Pflegedirektor/in Pflegermanager/in	Altenpfleger/in Gesundheits- und Krankenpfleger/in Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in Pflegefachkräfte mit staatlich anerkannten Weiterbildungen	Altenpflegehelfer/in Krankenpflegehelfer/in	(un- und angelernte) Pflegehilfskräfte
Lorraine	Cadres infirmiers et assimilés	Infirmier en soins généraux Infirmier spécialisé	Aide-soignant Auxiliaire de puériculture Aide médico-psychologique	Agents des services hospitaliers Aide à domicile Aide ménagère Travailleur familial
Luxembourg	Cadres infirmiers et assimilés	Infirmier Infirmier spécialisé	Aide-soignant Aide-soignant psychiatrique	Garde-malade Garde à domicile
Wallonie	Chef de service paramédical	Infirmier en soins généraux Infirmier en soins spécialisés	Aide-soignant	Personnel d'hôtellerie Aide familiale Aide sanitaire
DG Belgique	Pflegedienstleiter/in Beigeordnete Pflegedienstleiter/in	Krankenpfleger/in (Bachelor) Krankenpfleger/in (Brevet) Fachkrankenpfleger/in (Bachelor mit spezialisierender Zusatzausbildung)	Pflegehelfer/in	Krankenwärter/in

Sources : données des auteurs

Ce n'est généralement pas le cas des membres du personnel soignant de la *catégorie 4 (Aides peu qualifiés)*, qui n'ont pas suivi de formation théorique axée sur les soins. Certains

disposent de qualifications de base, d'autres ont obtenu leur emploi grâce à leur expérience professionnelle. Dans la pratique, ils effectuent peu d'actes soignants et s'occupent davantage du déroulement de la journée des personnes dépendantes et malades. D'un point de vue statistique, ce groupe est très difficile à quantifier, les données étant très incomplètes. Dans le secteur de l'aide à domicile, les personnes accomplissant des services à la personne peuvent en outre ne pas être employées par des prestataires de services d'aide à domicile, mais être embauchées directement par les familles. La comparabilité des données existantes étant loin d'être garantie, la catégorie 4 a également été négligée dans le rapport.

Les chapitres suivants sont essentiellement consacrés aux catégories 2 et 3, c'est-à-dire aux infirmiers et aux auxiliaires de soin, qui assurent la majeure partie des soins et des prestations de soutien dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et l'intervention à domicile et accueil de jour. Le système de catégories mis au point pour le projet permet de comparer même des profils professionnels partiellement différents.

3.3 Formation

Le présent chapitre se focalise sur la formation aux professions du soin dans la Grande Région. Le terme « formation » est utilisé ici au sens large, pour désigner aussi bien la formation initiale que la formation continue. Il englobe tous les parcours de qualification, qu'il s'agisse, par exemple, de ceux réalisés dans le système dual allemand ou ceux suivis par apprentissage dans le système français, ainsi que les écoles supérieures. La même observation s'applique à l'expression « personnes en formation », laquelle englobe les élèves, les étudiants et les stagiaires de la formation.

Nous décrivons tout d'abord ci-après des informations générales concernant la formation. Dans ce cadre, nous explicitons les différences et les points communs entre les systèmes de formation des régions. Nous poursuivons avec la définition du périmètre des formations observées puis par des remarques méthodologiques relatives aux données disponibles (niveau des mesures) et de leur qualité. Le troisième sous-chapitre contient les principaux résultats relatifs à la formation. Outre des chiffres absolus et la présentation de l'évolution du nombre de diplômés au fil du temps, la constitution d'indicateurs permet de dresser un comparatif de la situation de la formation au sein des sous-régions. Le chapitre se termine par une synthèse des principaux enseignements.

3.3.1 Informations générales : description succincte des appareils de formation aux professions du soin dans la Grande Région

Les systèmes éducatifs et les systèmes de formation professionnelle des sous-régions composant la zone de coopération divergent fortement. Selon un inventaire récent des systèmes de formation professionnelle au sein de l'UE¹⁵, il n'existe à l'heure actuelle encore aucune typologie satisfaisante pour la comparaison des systèmes. Il existe par exemple des différences au niveau de l'orientation de la politique de formation professionnelle. Dans certains pays, celle-ci se fonde en effet de manière accrue sur les besoins du marché du travail, alors

¹⁵ http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMBF/berufsbildungsforschung_band_15_pdf_1706.html

que dans d'autres, elle se base plutôt sur des objectifs de développement personnels ou sociaux au sens large. Du fait de ces différences, les formations du secteur des soins sont uniquement comparables de manière limitée. Nous décrivons ci-après dans les grandes lignes les signes distinctifs des formations destinées aux infirmiers (cat. 2) ainsi qu'aux auxiliaires de soin (cat. 3) pour chaque sous-région. Une présentation détaillée excéderait le cadre du présent rapport. Nous nous contenterons de rappeler ici les principales caractéristiques des formations : positionnement dans l'architecture des diplômes, conditions d'accès à la formation et durée, type de diplôme, modalités de financement ainsi que l'autorité responsable de la formation.

3.3.1.1 Les formations aux professions du soin : Rhénanie-Palatinat et Sarre

Les conditions générales pour les formations aux professions du soin en Rhénanie-Palatinat et dans la Sarre sont identiques. Ces formations occupent une position particulière au sein du système de formation professionnelle allemand. Elles font partie du secteur de formation secondaire et s'opèrent au sein d'écoles professionnelles appelées « Schulen des Gesundheitswesens » ou écoles de santé publique. Ces écoles sont reconnues par les autorités publiques au niveau des Länder. Les formations aux métiers d'infirmier, de puériculteur et d'aide-soignant sont liées sur le plan organisationnel avec un ou plusieurs hôpitaux où les personnes en formation réalisent la partie pratique de leur cursus. La partie pratique de la formation au métier d'infirmier en gériatrie et d'auxiliaire en gériatrie s'effectue essentiellement au sein d'établissements pour personnes âgées et de services d'intervention à domicile et accueil de jour. La condition d'accès à une formation d'infirmier est de posséder un diplôme d'enseignement secondaire (10 années de formation scolaire générale) ou un brevet sanctionnant la « Hauptschule » (études secondaires, cycle court) accompagné d'une formation professionnelle minimale de deux ans ou encore d'avoir bouclé une formation d'auxiliaire en gériatrie ou d'aide-soignant. Pour les deux métiers d'auxiliaire, un brevet sanctionnant la « Hauptschule » (études secondaires, cycle court) suffit. De plus, ces deux Länder prévoient des critères permettant également l'accès à la formation d'auxiliaire en gériatrie aux personnes qui ne sont pas titulaires d'un brevet sanctionnant la « Hauptschule ». En Rhénanie-Palatinat, les personnes en formation doivent avoir 16 ans accomplis. Les formations pour devenir infirmier durent trois ans et se terminent par un examen d'État. Par la suite, les diplômés ont l'opportunité de suivre une spécialisation sous la forme d'une formation continue reconnue par l'État. Les formations d'auxiliaire durent une année. Une fois le diplôme obtenu, les candidats peuvent passer en deuxième année de formation d'infirmier en gériatrie.

Les Länder sont responsables de l'organisation et du pilotage du secteur de la formation aux professions du soin. À travers les lois sur les professions ainsi que les règlements relatifs à la formation et aux examens, l'échelon fédéral régit uniquement les conditions-cadres essentielles comme les modalités d'accès, la durée et la structure des formations. Des organisations de formation spécifiques aux Länder sont possibles, en définissant par exemple les objectifs et le contenu des formations. En Rhénanie-Palatinat, la responsabilité incombe au Ministère des Affaires Sociales, du Travail, de la Santé et de la Démographie ainsi qu'au Ministère de la Formation, de la Science, de la Formation Continue et de la Culture tandis que le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, des Femmes et de la Famille en assume la responsabilité dans la Sarre. Le financement des formations aux métiers d'infirmier, de puériculteur et d'aide-soignant émane de l'assurance-maladie obligatoire. Celui des forma-

tions dans le domaine gériatrique (infirmier en gériatrie et auxiliaire en gériatrie) découle de moyens publics et, dans le cas de reconversions subventionnées, de fonds mis à disposition par le service de prise en charge des demandeurs d'emploi. Contrairement à la pratique en vigueur dans les autres Länder, aucun frais de scolarité n'est prélevé en Rhénanie-Palatinat et dans la Sarre. Les personnes en formation perçoivent une allocation de formation professionnelle mensuelle.

3.3.1.2 Les formations aux professions du soin en Lorraine

En France, les formations en soins infirmiers et au métier d'aide-soignant sont délivrées dans des instituts spécialisés, respectivement les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les instituts de formations des aides-soignants (IFAS). Depuis la réforme des études en soins infirmiers en 2009, le diplôme reconnu autrefois au niveau Bac+2 l'est désormais au niveau Licence, et les IFSI doivent être rattachés à des universités. La condition d'accès aux études d'infirmiers est l'obtention du baccalauréat. À cela s'ajoute une procédure d'admission composée d'un examen écrit ainsi que d'un examen oral conditionné par la réussite de l'épreuve écrite. Le Ministère de tutelle fixe chaque année le nombre de places disponibles dans chacune des régions françaises. Charge aux instances de pilotage en région de répartir ces places entre tous les IFSI. Les études d'infirmiers durent trois ans. Elles se clôturent par un diplôme d'État. Les diplômés ont ensuite l'opportunité de suivre une spécialisation complémentaire dans divers domaines. Certaines spécialisations présupposent une expérience professionnelle.

La formation au métier d'aide-soignant est délivrée dans les IFAS, mais également dans certains IFSI. Elle est accessible pour les jeunes âgés de 17 ans minimum ayant réussi avec succès les épreuves de sélection, écrite et orale. En fonction de la décision rendue par l'école supérieure, les titulaires du baccalauréat ainsi que les personnes justifiant d'une formation antérieure pertinente sont susceptibles d'être exemptées de la procédure d'admission écrite. La formation dure un an et est sanctionnée par un diplôme d'État d'aide-soignant correspondant au niveau du certificat d'aptitude professionnelle (CAP). Après avoir accumulé une expérience professionnelle de trois ans et à condition de réussir un test d'admission, les diplômés ont l'opportunité de suivre un cursus en soins infirmiers. Les candidats sont dans ce cas exemptés de certains enseignements.

Les régions françaises sont responsables du financement des centres de formation depuis 2004. L'État est responsable du contenu pédagogique des formations, de l'organisation des cours ainsi que des modalités relatives à la certification des diplômes. Des bourses et aides financières peuvent être attribuées aux étudiants en IFSI ou en IFAS, émanant par exemple des Conseils Régionaux ou du Pôle Emploi. Ces formations sont inscrites sur la liste des « métiers en tension et des formations associées », qui ouvre le droit à une aide spécifique pour les demandeurs d'emploi.

De manière générale, le futur personnel soignant lorrain supporte une petite partie des coûts liés à la formation à travers des frais d'inscription annuels (env. 400 à 500 euros par année).

3.3.1.3 Les formations aux professions du soin au Luxembourg

Au Luxembourg, les formations aux professions du soin s'opèrent au sein d'un centre de formation professionnelle appelé Lycée Technique des Professions de Santé. Ce dernier

possède trois sites sur le territoire du Grand-Duché. La condition d'accès à la formation d'infirmier est d'avoir terminé avec fruit la 11^e année de la branche des métiers de la santé et sociaux de la filière de formation technico-professionnelle de l'enseignement secondaire technique ou d'avoir terminé avec fruit la 11^e année d'une autre branche de la filière de formation technico-professionnelle de l'enseignement secondaire technique ou d'avoir terminé avec fruit la 11^e année de l'enseignement secondaire général. La formation dure quatre ans. Les deux premières années font partie de l'enseignement secondaire technique et se soldent par une sorte de baccalauréat spécialisé en soins infirmiers (bac technique « Infirmier ») tandis que les deux dernières années correspondent dans les grandes lignes à une formation en école supérieure spécialisée en Allemagne. La formation est sanctionnée par un BTS (brevet de technicien supérieur) dont l'intitulé de la qualification est « infirmier responsable de soins généraux ».

L'accès à la formation d'aide-soignant est conditionné par l'obtention d'une recommandation positive à l'issue de la 9^e année ainsi que par la réussite d'un test de compétences. Une commission établit un classement sur la base de ces éléments et sélectionne les personnes admises à la formation. La formation dure trois ans et se solde par un DAP (diplôme d'aptitude professionnelle) d'aide-soignant.

Les deux formations aux professions du soin luxembourgeoises sont financées par des moyens publics. Le Ministère luxembourgeois de la Formation est responsable des deux premières années de la formation pour devenir infirmier. Les deux dernières années relèvent de la responsabilité du Ministère de l'Enseignement supérieur.

3.3.1.4 Les formations aux professions du soin en Wallonie et dans la CG

Aucune différence fondamentale n'existe entre les formations aux professions du soin en Wallonie et dans la Communauté germanophone de Belgique. Au niveau de la qualification, une différenciation s'opère entre des études débouchant sur les métiers des soins à la personne suivies en école supérieure et sanctionnées par un diplôme d'infirmier bachelier d'une part et l'enseignement secondaire de formation professionnelle complémentaire d'autre part. Ce dernier constitue plutôt une formation scolaire et se solde par l'obtention du brevet d'infirmier hospitalier. La Communauté germanophone de Belgique propose les deux parcours de qualification en école supérieure tandis que la Wallonie permet également de décrocher le brevet au sein d'écoles supérieures ou d'instituts comparables aux écoles professionnelles allemandes. L'âge minimal de 18 ans ainsi que le Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur (CESS) délivré après 12 années de formation scolaire générale constituent des conditions préalables sine qua non. La qualification dure trois ans. Après avoir bouclé avec fruit la première année d'études ou de formation, les personnes concernées ont l'opportunité de se faire répertorier en qualité d'aide-soignant(e).

En Communauté germanophone de Belgique, la formation d'aide-soignant s'effectue également en école supérieure tandis que la Wallonie la propose en école secondaire (le plus souvent au sein d'un Institut Provincial d'Enseignement de Promotion Sociale). La durée de la formation est en principe d'un an. La Communauté germanophone propose en outre de décrocher en un an et demi une double qualification d'« aide familiale et en gériatrie » ainsi que d'« aide-soignant(e) ».

Le système de formation est financé via des moyens publics ainsi que des frais d'inscription et de semestre dont les étudiants s'acquittent. Le service en charge de l'emploi participe également au financement du système de formation étant donné que l'un des groupes cible de la formation d'auxiliaire se compose de chômeurs. Les formations aux professions du soin relèvent de la responsabilité du Ministère de la Santé et de l'Enseignement des deux communautés linguistiques.

3.3.2 Définition du périmètre des formations observées

Les différences entre les systèmes de formation des six sous-régions composant la Grande Région ne s'avèrent pas suffisamment fondamentales pour empêcher une comparaison des données concernant la formation. Des normes minimales valides à l'échelle de l'UE existent au moins en ce qui concerne les formations pour devenir infirmier. Pour le domaine de la formation, nous avons effectué des recherches sur le nombre de personnes en formation ainsi que le nombre de diplômés dans les six régions. Pour les professions du soin des catégories 2 (infirmiers) et 3 (auxiliaires de soin), des indications différenciées existant au travers de statistiques officielles furent prélevées auprès des autorités ou directement auprès des écoles (supérieures) formatrices. Pour la catégorie 1 (cadres), ce fut uniquement le cas pour la Lorraine, le Luxembourg et la Communauté germanophone de Belgique. Pour les sous-régions allemandes, l'IWAK et l'OIE ont prélevé des données primaires auprès des écoles supérieures offrant des filières de formation en lien avec les soins à la personne, afin d'obtenir des informations quant au nombre de cadres. Les filières de formation proposées en Rhénanie-Palatinat et dans la Sarre offrent toutefois uniquement une qualification partielle pour exercer une activité de cadre dans le secteur des soins à la personne, une majeure partie visant une qualification pédagogique en soins à la personne. La plupart des diplômés exercent donc une activité de pédagogue en soins à la personne, travaillent dans le domaine de la formation continue ou dans le secteur scientifique. Les sous-régions non allemandes comptent, dans cette catégorie, du personnel soignant qui assume des tâches de cadre au sein d'hôpitaux et d'établissements de soins. Les données sont dès lors peu comparables au sein de la catégorie 1, si bien qu'il a été décidé de ne pas intégrer ces résultats au présent rapport. Ci-après, nous nous concentrons sur les catégories 2 et 3. L'évolution du nombre de diplômés est représentée depuis l'an 2000. Nous avons effectué des recherches sur le nombre de personnes en formation à partir de l'année 2010. En raison de données lacunaires parmi les statistiques scolaires de Rhénanie-Palatinat pour les années antérieures, une série temporelle plus large s'avère peu judicieuse.¹⁶

Les données concernant la Rhénanie-Palatinat émanent des statistiques scolaires annuelles élaborées par le Service de la Statistique de ce Land. Le nombre de diplômés issus des formations continues reconnues par l'État fut communiqué par le Service des Affaires sociales, de la Jeunesse et d'Assistance de ce Land. Les données concernant la Sarre émanent également des statistiques scolaires annuelles et furent mises à la disposition de l'équipe de projet du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, des Femmes et de la Famille de la Sarre. Les chiffres lorrains sont issus de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), laquelle sonde régulièrement les centres de formation. Les données de formation concernant le Luxembourg viennent du Lycée technique pour

¹⁶ Les écoles formant aux soins infirmiers de Rhénanie-Palatinat ont uniquement l'obligation de prendre part au relevé relatif aux statistiques scolaires depuis l'année scolaire 2010/2011.

professions de santé (LTPS), l'unique école supérieure de soins de santé du pays. Les données relatives à la Wallonie furent transmises par Etnic (Entreprise publique des Technologies nouvelles de l'Information et de la Communication), un organisme public qui assure un soutien numérique, téléphonique et statistique en Communauté française de Belgique. La Communauté germanophone de Belgique ne possède aucune statistique détaillée dans le domaine des formations aux professions du soin ou des filières de formation correspondantes. Dès lors, le partenaire du réseau OIE issu de cette sous-région a prélevé des données directement auprès des écoles supérieures proposant des filières de formation en lien avec les soins à la personne.

Des problèmes et défis se sont manifestés à plusieurs endroits : le nombre de personnes ayant bouclé un cours de formation continue reconnu par l'État n'est recensé ni en Rhénanie-Palatinat ni dans la Sarre. Afin de pouvoir ajouter ces personnes (comme pour les autres sous-régions) au nombre de personnes en formation pour la catégorie 2, un relevé primaire auprès des centres de formation continue eut été nécessaire. Nous y avons cependant renoncé en raison d'un investissement proportionnellement démesuré. Par conséquent, les chiffres de la formation pour les sous-régions allemandes sont légèrement sous-estimés par rapport aux régions non-allemandes car le personnel soignant en formation continue n'y est pas intégré.

Pour ce qui est du nombre de personnes en formation au sein des écoles formant aux soins gériatriques, les statistiques scolaires de la Sarre ne permettent pas de différencier les infirmières et infirmiers en gériatrie d'une part des auxiliaires en gériatrie de l'autre. Étant donné que ces deux métiers sont affectés à des catégories différentes, un relevé primaire fut également nécessaire ici afin d'obtenir des données différenciées. Au même titre que les écoles supérieures, les écoles formant aux soins gériatriques de la Sarre furent priées de remplir un questionnaire durant le printemps 2014. Toutes les écoles ont pris part au relevé.

De plus, aucune série temporelle intégrale n'a pu être constituée. Les chiffres relatifs aux diplômés de l'année 2001 font défaut en Lorraine et les séries chronologiques sont également lacunaires pour la Sarre ainsi que la Wallonie. La Rhénanie-Palatinat possède uniquement des informations concernant des formations continues terminées avec fruit à compter de l'année 2007. L'année la plus récente pour laquelle des données complètes concernant les personnes en formation existent est 2011. Le nombre de diplômés a également pu être représenté de manière intégrale pour l'année 2012.

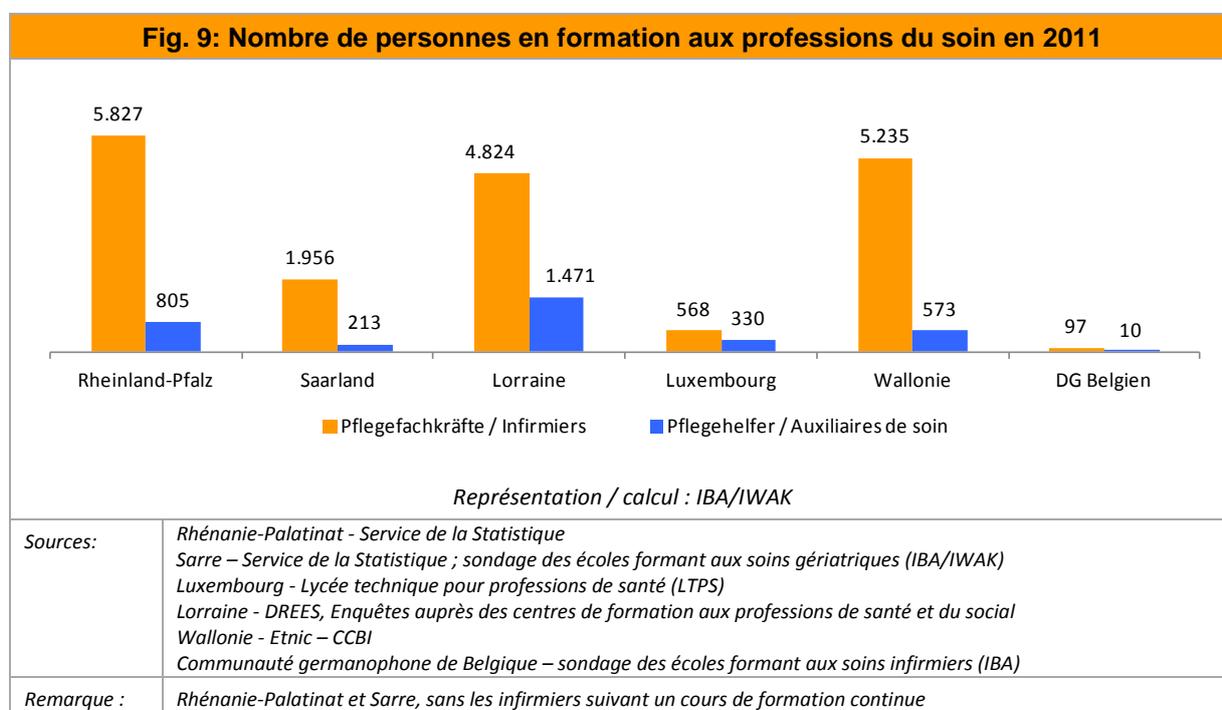
3.3.3 Résultats détaillés

Le chapitre suivant est consacré aux résultats et présente tout d'abord les chiffres absolus relatifs à la situation de la formation dans les six régions partielles que compte la zone de coopération. Au départ du nombre actuel de personnes en formation, nous observons l'évolution du nombre de diplômés issus d'une formation aux métiers des soins à la personne au fil du temps. Nous poursuivons à travers une présentation comparative de la formation parmi les sous-régions, à l'aide de deux indicateurs.

En 2011, la Grande Région comptait au total 21 909 personnes suivant une formation d'infirmier généraliste et spécialiste, d'auxiliaire de soin ou une formation continue ou spécialisation. La formation s'opère dans chacune des six sous-régions. Avec 6 632 personnes,

soit environ un tiers de l'ensemble des personnes en formation dans la Grande Région (30,3%), la Rhénanie-Palatinat comptait le plus de personnes en formation, suivie par la Lorraine avec 6 295 personnes (28,7%). La Wallonie en comptait 5 808 (26,5%) et la Sarre 2 169 (9,9%). Les plus petites sous-régions que sont le Luxembourg et la Communauté germanophone de Belgique fermaient la marche avec 898 (4,1%) et 107 personnes (0,5%) suivant une formation aux professions du soin.

L'illustration 9 représente le nombre de personnes en formation en 2011, différencié selon les infirmiers d'une part et les auxiliaires de soin de l'autre. 5 827 personnes suivaient une formation d'infirmier en Rhénanie-Palatinat tandis que la Wallonie comptait quant à elle 5 235 personnes suivant un tel cursus et la Lorraine 4 824. Les chiffres de la formation des autres sous-régions sont nettement moins élevés. La Sarre y comptait 1 956 personnes, le Luxembourg 568 et la Communauté germanophone de Belgique 97. Le groupe des futurs infirmiers englobe également les personnes qui visent une formation continue ou une spécialisation. Les sous-régions allemandes ne possèdent aucune donnée quant à ces dernières, raison pour laquelle le nombre total de personnes en formation en Rhénanie-Palatinat et dans la Sarre est sous-estimé. Au Luxembourg, les infirmiers suivant des formations continues représentent à peine 12% (66 personnes) tandis qu'elles comptent tout de même pour 8% (441 personnes) en Wallonie et représentent 2% (98 personnes) en Lorraine. Parmi les régions allemandes, il convient à nouveau d'opérer une différenciation entre les personnes en formation en gériatrie et celles suivant un cursus en soins de santé et infirmiers (en puériculture) : en 2011, environ 39% des futurs infirmiers de Rhénanie-Palatinat suivaient une formation en gériatrie. Ils étaient 30% dans la Sarre. Même si moins d'infirmiers en gériatrie que d'infirmiers généraux furent formés, la part des infirmiers en gériatrie a augmenté entre 2010 et 2012.

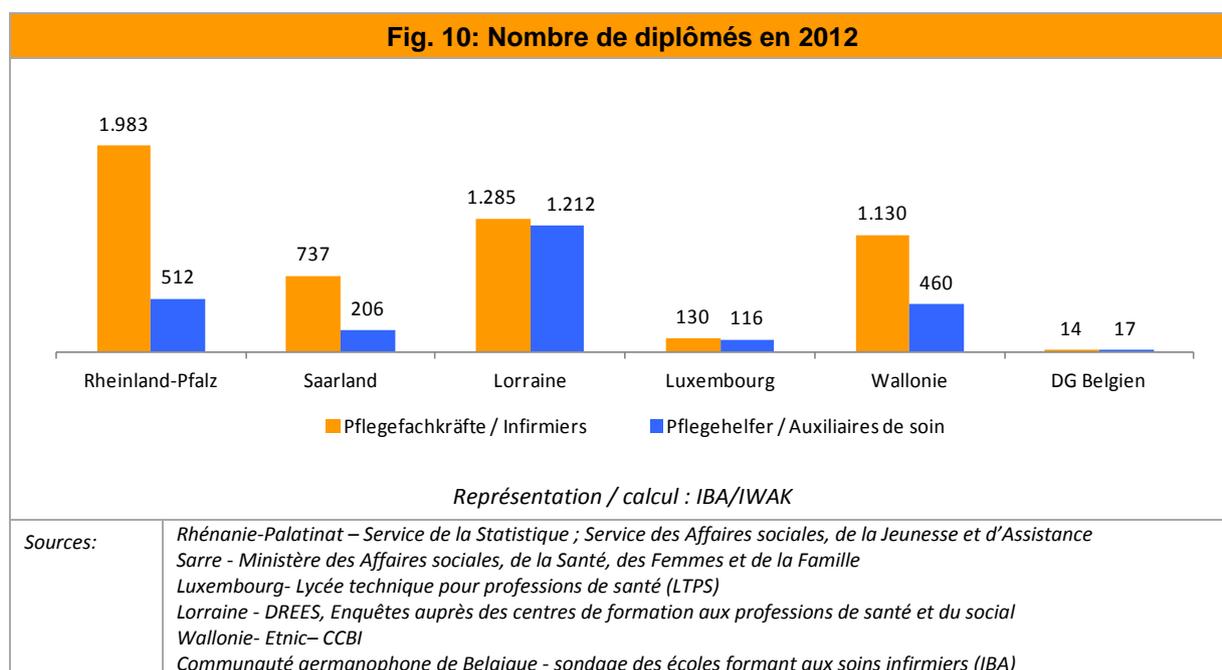


Tandis que la Rhénanie-Palatinat, la Sarre et la Wallonie forment essentiellement des infirmiers, la part que représentent les auxiliaires de soin en Lorraine et en particulier au Luxem-



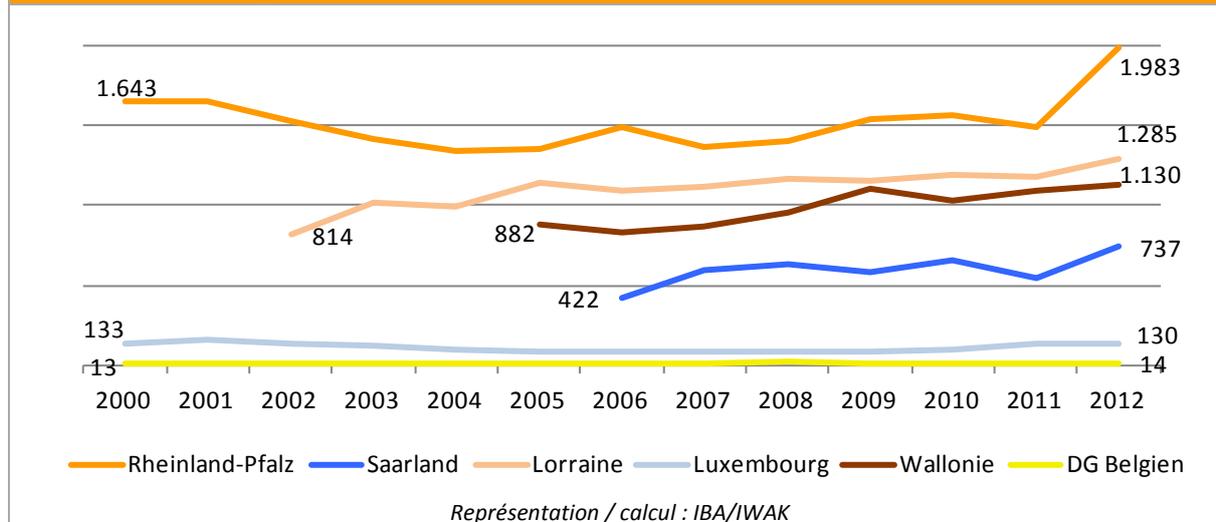
bourg est étonnamment élevée. Parmi les personnes en formation pour devenir auxiliaire de soin dans les sous-régions allemandes, plus de sept sur dix suivent une formation d'auxiliaire en gériatrie. La formation d'aide-soignant a perdu de l'importance par rapport à celle d'auxiliaire en gériatrie. En Lorraine, où plusieurs formations furent également incluses, les personnes en formation pour devenir aide-soignant représentent à peine huit personnes en formation sur dix. Les autres suivent une formation d'auxiliaire de puériculture ou d'aide médico-psychologique.

Les différences du nombre de personnes en formation entre les infirmiers d'une part et les auxiliaires d'autre part s'expliquent en partie par le fait que la formation pour devenir infirmier dure trois ans tandis que celle d'auxiliaire dure en général seulement une année. Au regard des nombres annuels de diplômés, la différence entre ces deux catégories se réduit en partie significativement. Le nombre de diplômés (cf. ci-dessous) indique également que les auxiliaires de soin revêtent une importance particulière en Lorraine. Aux 1 285 diplômés issus de la formation pour devenir infirmier se sont adjoints en 2012 pratiquement autant d'auxiliaires de soin (1 212 personnes). De même, le nombre d'auxiliaires de soin et d'infirmiers qui firent leurs premiers pas dans le monde du travail au Luxembourg et en Communauté germanophone de Belgique en 2012 fut pratiquement identique. Par contre, dans les deux Länder allemands et en Wallonie, les diplômés infirmiers excèdent largement les auxiliaires de soin. La Rhénanie-Palatinat a par exemple compté en 2012 1 983 infirmiers pour 512 auxiliaires de soin.



Au fil du temps, le nombre d'infirmiers diplômés est resté stable au Luxembourg et en Communauté germanophone de Belgique depuis l'an 2000. En Lorraine, en Wallonie et dans la Sarre, il progresse par contre de manière continue. En Rhénanie-Palatinat, il a régressé entre 2001 et 2004 avant de croître lentement puis plus fortement à partir de 2011. À ce titre, le nombre de diplômés en gériatrie varie entre 427 et 637 personnes. Le recul constaté au début des années 2000 est à imputer à des nombres de diplômés en diminution à l'issue d'un cursus en soins de santé et infirmiers (en puériculture). Depuis 2007, le nombre de diplômés en Rhénanie-Palatinat est cependant à nouveau reparti à la hausse.

Fig. 11: Évolution du nombre de diplômés (Cat. 2 : infirmiers)

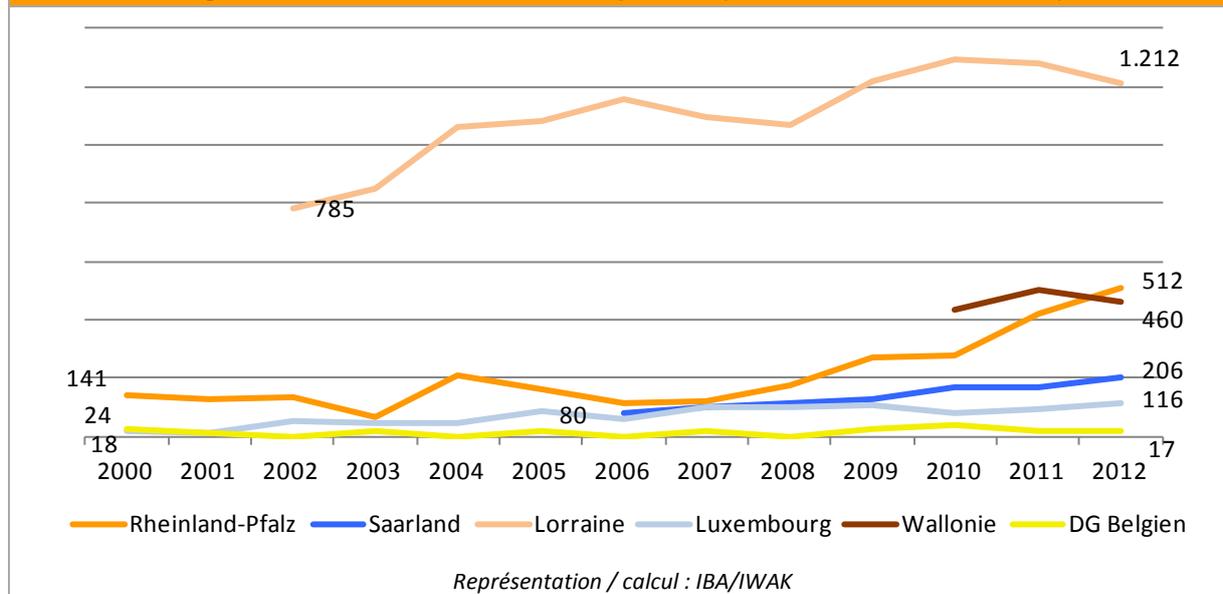


Sources :	<p>Rhénanie-Palatinat – Service de la Statistique ; Service des Affaires sociales, de la Jeunesse et d’Assistance</p> <p>Sarre - Ministère des Affaires sociales, de la Santé, des Femmes et de la Famille</p> <p>Luxembourg- Lycée technique pour professions de santé (LTPS)</p> <p>Lorraine - DREES, Enquêtes auprès des centres de formation aux professions de santé et du social</p> <p>Wallonie- Etnic- CCBI</p> <p>Communauté germanophone de Belgique - sondage des écoles formant aux soins infirmiers (IBA)</p>
Remarque :	<p>Rhénanie-Palatinat – les données relatives aux diplômés à l’issue d’une formation continue sont uniquement disponibles à partir de 2007.</p> <p>Sarre – aucune donnée disponible entre 2000 et 2005.</p> <p>Lorraine – aucune donnée disponible pour 2001 ; les diplômées et diplômés étaient au nombre de 769 en 2000.</p> <p>Wallonie - aucune donnée disponible entre 2000 et 2004.</p>

En ce qui concerne les métiers auxiliaires, la plupart des sous-régions présentent une forte augmentation du nombre de diplômés. En Rhénanie-Palatinat, cette évolution est due à une extension de la formation d’auxiliaire en gériatrie. Les aides-soignants représentaient en 2012 encore seulement 20% des diplômés de la catégorie 3. Au début de la série temporelle en 2000, ils en constituaient encore 90%. La Sarre enregistre une importante extension de la formation d’auxiliaire en gériatrie et d’aide-soignant depuis 2006. En 2012, un peu plus de six personnes sur dix étaient des diplômés issus de la formation d’auxiliaire en gériatrie.

Le Luxembourg et la Lorraine comptaient en 2012 également bien plus de diplômés qu’au début de la série temporelle. Au Grand-Duché, seuls 18 auxiliaires de soin ont décroché leur diplôme en 2000 tandis qu’ils étaient 116 en 2012. En Lorraine, le nombre de diplômés de l’ensemble des qualifications englobées dans la catégorie 3 a augmenté. En Wallonie, la série temporelle est trop courte pour en dégager une tendance d’évolution. Avant 2010, les diplômés issus de la formation d’aide-soignant étaient uniquement mentionnés conjointement à ceux issus de la formation d’auxiliaire familial et sanitaire ». Comme pour les infirmiers, le nombre de diplômés que compte la Communauté germanophone de Belgique demeure constant au fil du temps.

Fig. 12: Évolution du nombre de diplômés (Cat. 3 : auxiliaires de soin)



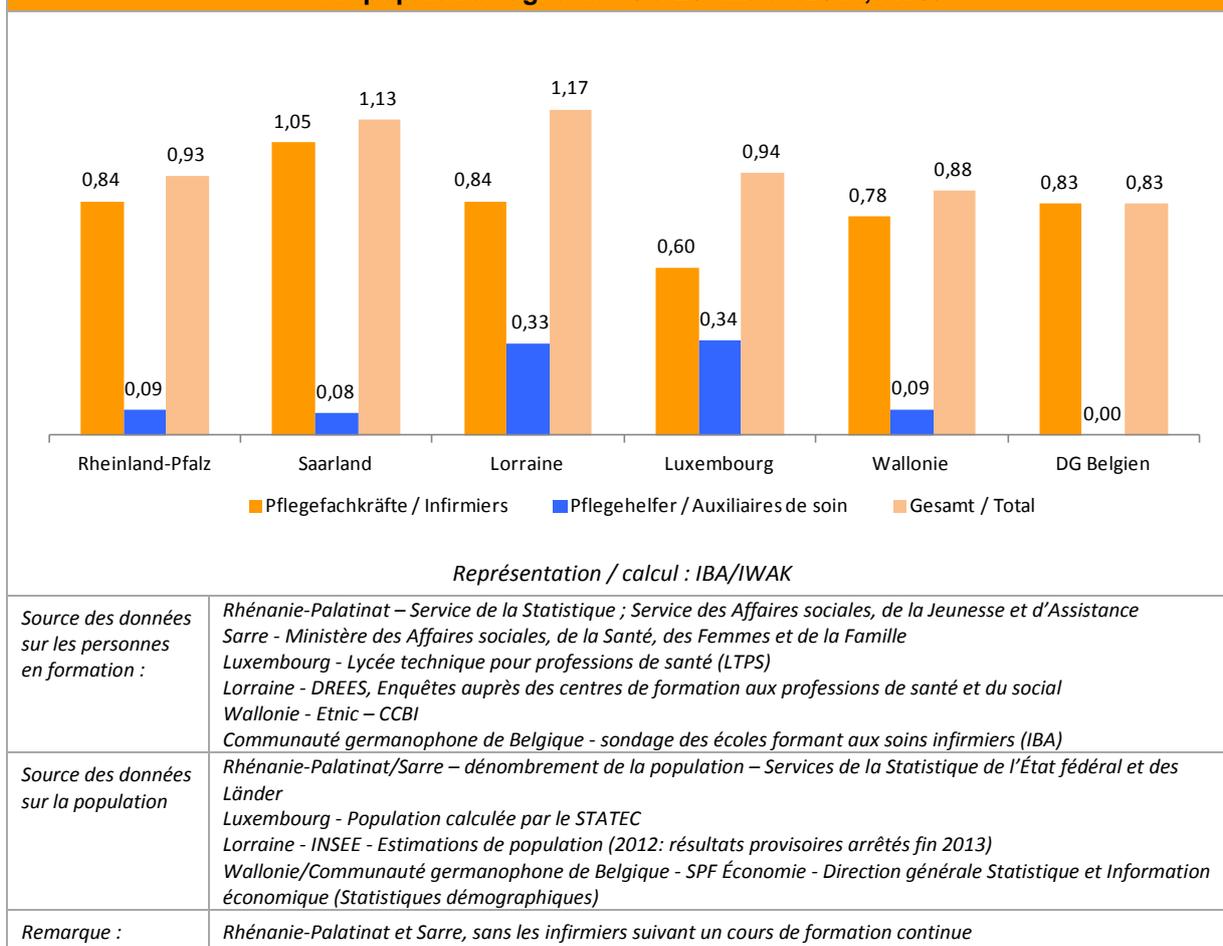
Sources :	Rhénanie-Palatinat - Service de la Statistique Sarre - Ministère des Affaires sociales, de la Santé, des Femmes et de la Famille Luxembourg- Lycée technique pour professions de santé (LTPS) Lorraine - DREES, Enquêtes auprès des centres de formation aux professions de santé et du social Wallonie- Ethnic- CCBI Communauté germanophone de Belgique - sondage des écoles formant aux soins infirmiers (IBA)
Remarque :	Sarre - aucune donnée disponible entre 2000 et 2005. Lorraine - aucune donnée disponible pour 2001 ; les diplômées et diplômés étaient au nombre de 631 en 2000. Wallonie - aucune donnée disponible entre 2000 et 2009. Avant 2010, aucun diplômé n'était encore issu de la formation d'aide-soignant nouvellement introduite.

Afin de comparer la pertinence de la formation aux professions du soin dans les six régions, les nombres de diplômés présentés ci-dessus furent ensuite mis en relation respectivement avec la population jeune et avec le niveau d'emploi. L'illustration 12 montre le rapport entre les personnes suivant une formation d'infirmier ou d'auxiliaire et la population de 15 à 29 ans dans les différentes régions. Nous savons ainsi combien de jeunes ont choisi une formation dans un métier des soins à la personne.

Les différences entre les six sous-régions se manifestent tant au niveau des infirmiers que des auxiliaires. 1,14% de l'ensemble des Sarrois et Sarroises âgés de 15 à 29 ans suivaient une formation d'infirmier en 2011. Avec ses 0,98 %, la Lorraine se trouve légèrement en-deçà. En Communauté germanophone de Belgique, en Wallonie et en Rhénanie-Palatinat, ce pourcentage varie entre 0,70% et 0,84%. Au Luxembourg, une moindre proportion (0,59%) de la population jeune suivait une formation d'infirmier.

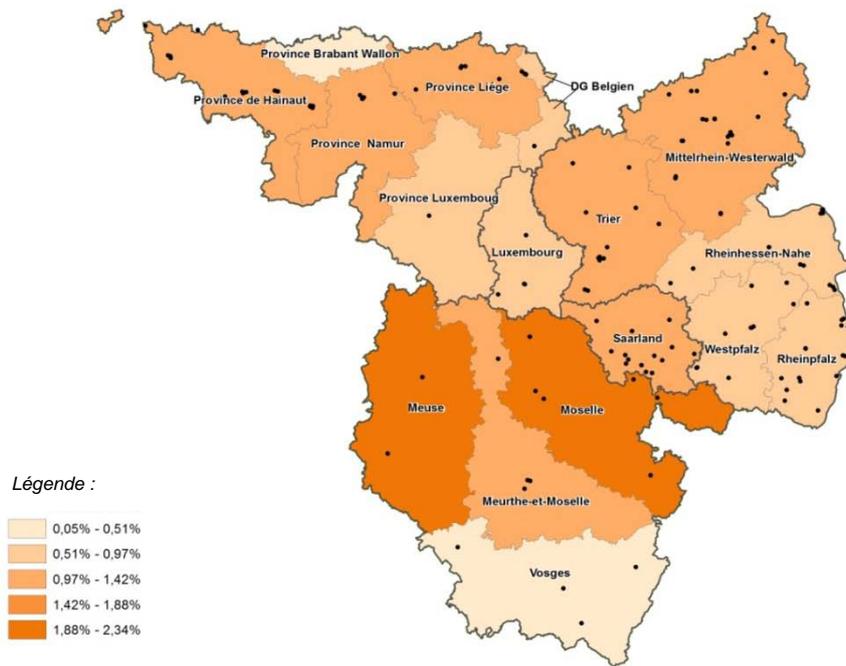
La situation est différente pour les auxiliaires de soin. Cette formation semble attirer davantage les jeunes au Luxembourg et en Lorraine que dans les autres sous-régions de la Grande Région. Le Luxembourg présente le pourcentage le plus élevé (0,34%), suivi par la Lorraine (0,33%). Les valeurs en Rhénanie-Palatinat, en Wallonie et en Sarre sont de 0,09% et de 0,08%.

Fig. 13: Rapport entre les personnes en formation d'infirmiers et d'auxiliaires de soin et la population âgée de 15 à 29 ans en 2011, en %



Une observation commune des catégories 2 (infirmiers) et 3 (auxiliaires de soin) selon une échelle spatiale réduite révèle que les formations aux professions du soin sont plus attractives en particulier pour les jeunes dans les départements lorrains de la Meuse et de la Moselle. En 2011, plus de 2% des jeunes de 15 à 29 ans y suivaient une formation aux professions du soin. Dans le département de la Meurthe-et-Moselle, ce pourcentage atteint 1,42%, soit un niveau qui demeure élevé. 1,27% des jeunes Sarrois suivaient une formation aux professions du soin tandis que ce taux n'excédait guère 1% dans les zones de desserte de Trèves et de Mittelrhein-Westerwald (Rhénanie-Palatinat) ainsi que dans les provinces wallonnes du Hainaut et de Namur. Proportionnellement, le nombre de jeunes suivant une formation aux professions du soin est moins important dans toutes les autres régions. La présentation cartographique suivante montre que les relations présentent uniquement un lien partiel avec l'implantation des centres de formation : les établissements scolaires sont pratiquement présents sur l'ensemble du territoire mais les informations relatives à la taille des écoles font cependant défaut.

Fig. 14: Rapport entre les personnes en formation (infirmiers et auxiliaires de soin) et la population âgée de 15 à 29 ans en 2011, en %



Représentation / calcul : IBA/IWAK

Source des données sur les personnes en formation :	Rhénanie-Palatinat – Service de la Statistique ; Service des Affaires sociales, de la Jeunesse et d’Assistance Sarre - Ministère des Affaires sociales, de la Santé, des Femmes et de la Famille Luxembourg - Lycée technique pour professions de santé (LTPS) Lorraine - DREES, Enquêtes auprès des centres de formation aux professions de santé et du social Wallonie - Etnic – CCBI Communauté germanophone de Belgique - sondage des écoles formant aux soins infirmiers (IBA)
Source des données sur la population	Rhénanie-Palatinat/Sarre – dénombrement de la population – Services de la Statistique de l’État fédéral et des Länder Luxembourg - Population calculée par le STATEC Lorraine - INSEE - Estimations de population (2012: résultats provisoires arrêtés fin 2013) Wallonie/Communauté germanophone de Belgique - SPF Économie - Direction générale Statistique et Information économique (Statistiques démographiques)
Remarque :	Rhénanie-Palatinat et Sarre, sans les infirmiers suivant un cours de formation continue

Le rapport entre les personnes en formation et les jeunes au sein des sous-régions peut être interprété comme un indicateur offrant un éclaircissement quant à la taille de l’offre de formation dans le cadre d’une comparaison régionale. Cet indicateur indique en outre l’attractivité des formations aux professions du soin car les places de formation mises à disposition doivent tout d’abord être occupées. Le lien entre l’intensité des efforts de formation et le niveau d’emploi s’avère en outre intéressant. Afin de représenter celui-ci, nous avons mis en relation le nombre de diplômés avec le nombre d’employés. Nous en déduisons dans quelle mesure le pourcentage du niveau d’emploi doit théoriquement augmenter au cours de l’année grâce au nouveau personnel soignant formé.¹⁷

Un premier examen des infirmiers ainsi que des auxiliaires de soin dans leur ensemble révèle que l’intensité de la formation est la plus élevée en Lorraine ainsi que dans la Sarre.

¹⁷ Nous ne considérons ni le nombre de diplômés qui entament effectivement une activité professionnelle dans la région ni le nombre de celles et ceux qui ne le font pas, idem pour l’immigration de employés au départ d’autres régions.

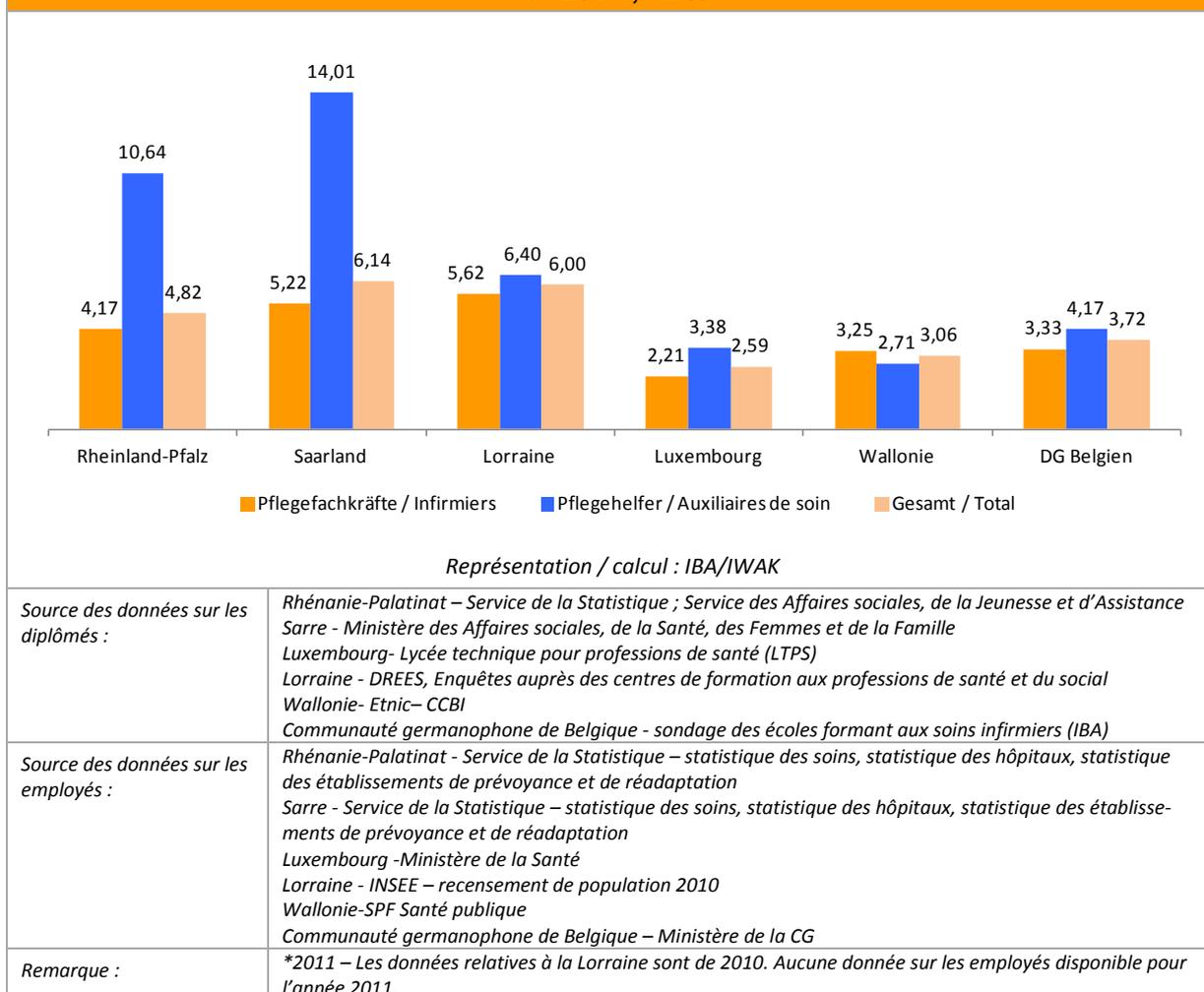
Dans la région française, le nombre de diplômés de l'année 2011 correspond à 6,0% du niveau d'emploi, contre 6,1% dans la Sarre. Avec 4,8%, la Rhénanie-Palatinat arrive légèrement derrière, suivie par la Communauté germanophone de Belgique (3,7%). C'est en Wallonie (3,1%) et au Luxembourg (2,6%) que le nombre de diplômés par rapport aux employés est le moins élevé.

En considérant uniquement le groupe des infirmiers, il s'avère que l'intensité de la formation est la plus élevée en Lorraine (5,6%), puis dans la Sarre (5,2%) et en Rhénanie-Palatinat (4,2%) (cf. ill. 15). En Communauté germanophone de Belgique et en Wallonie, les diplômés de l'année 2011 correspondent respectivement à environ 3,3% du niveau d'emploi. Au Grand-Duché, le niveau d'emploi s'est uniquement renouvelé de 2,2%.

La situation est différente pour les auxiliaires de soin : par rapport au niveau d'emploi, le nombre de diplômés est de loin le plus élevé dans les régions allemandes. Dans la Sarre, le niveau d'emploi s'est théoriquement renouvelé de 14,0% en 2011, pour 10,6% en Rhénanie-Palatinat. Ce pourcentage s'élevait à 6,4% en Lorraine et à 4,2% en Communauté germanophone de Belgique. Le Luxembourg (3,4%) a, en rapport avec le niveau d'emploi, formé davantage d'auxiliaires de soin que la Wallonie (2,7%).

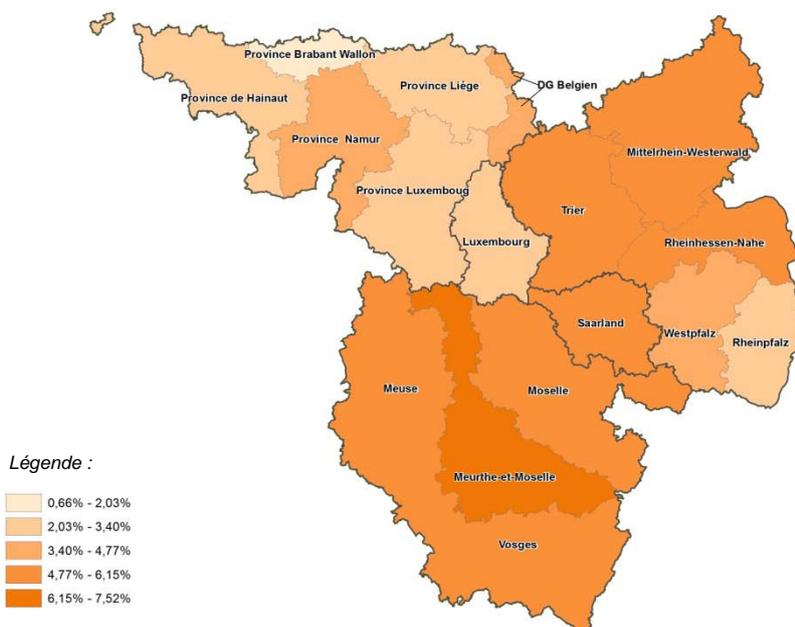
Les taux de formation élevés des régions allemandes sont peut-être une réaction au besoin croissant d'infirmiers, essentiellement dans les établissements pour personnes âgées et de services d'intervention à domicile et accueil de jour. Au vu du manque d'infirmiers disponibles sur le marché du travail, on pourrait être tenté d'occuper ces postes vacants avec des auxiliaires de soin. Comme décrit au chapitre 3.2, les domaines d'activité de ces deux groupes s'avèrent moins fortement délimités en Allemagne qu'au Luxembourg ou en France. De nombreuses activités de soins ne sont pas exclusivement réservées aux infirmiers et peuvent également être assumées par des auxiliaires de soin. À cela s'ajoute que les conditions d'accès à une formation d'auxiliaire sont moins élevées en Allemagne, ce qui accroît le nombre de personnes potentielles entrant en ligne de compte pour une formation. Au terme de la formation d'auxiliaire, de bonnes opportunités de perfectionnement pour devenir infirmier existent. Dans cette mesure, l'intensité de formation élevée pourrait constituer une stratégie afin d'obtenir autant de personnel soignant que possible pour le marché du travail national.

Fig. 15: Rapport entre les diplômés et les employés des professions du soin en 2011*, en %



Une comparaison à échelle spatiale réduite (cf. présentation cartographique de l'ill. 16) fait particulièrement ressortir le département lorrain de la Meurthe-et-Moselle. Le niveau d'emploi y a théoriquement augmenté de 7,5% en l'espace d'une année. Le pourcentage de la Sarre (6,1%) ainsi que celui des autres départements lorrains (5,7% à 5,9%) est également nettement supérieur à celui des autres composantes de la Grande Région. En Rhénanie-Palatinat, l'intensité de la formation est particulièrement élevée dans les zones de déserte de Rheinhessen-Nahe (5,3%), de Trèves (5,1%) et de Mittelrhein-Westerwald (4,9%).

Fig. 16: Rapport entre les titulaires d'un diplôme d'infirmiers ou d'auxiliaires de soin et les infirmiers et auxiliaires de soin occupant un emploi en 2011*, en %



Note de lecture:

En Lorraine, le nombre des diplômés (infirmiers et auxiliaires de soins) de l'année 2011 correspond à 7,5 % des actifs en emploi en 2011 dans les mêmes professions. (classe 6,15 %-7,52 %).

Représentation / calcul : IBA/IWAK

Source des données sur les diplômés :	Rhénanie-Palatinat – Service de la Statistique ; Service des Affaires sociales, de la Jeunesse et d'Assistance Sarre - Ministère des Affaires sociales, de la Santé, des Femmes et de la Famille Luxembourg- Lycée technique pour professions de santé (LTPS) Lorraine - DREES, Enquêtes auprès des centres de formation aux professions de santé et du social Wallonie- Etnic - CCBI Communauté germanophone de Belgique - sondage des écoles formant aux soins infirmiers (IBA)
Source des données sur les employés :	Rhénanie-Palatinat - Service de la Statistique – statistique des soins, statistique des hôpitaux, statistique des établissements de prévoyance et de réadaptation Sarre - Service de la Statistique – statistique des soins, statistique des hôpitaux, statistique des établissements de prévoyance et de réadaptation Luxembourg – Ministère de la Santé Lorraine – INSEE – recensement de population 2010 Wallonie–SPF Santé publique Communauté germanophone de Belgique – Ministère de la CG
Remarque :	* Les données relatives à la Lorraine sont de 2010. Aucune donnée sur les employés disponible pour l'année 2011.

3.3.4 Synthèse des principaux enseignements

Les systèmes de formation destinés au personnel soignant varient significativement d'une sous-région à l'autre au sein de la Grande Région. Les formations d'infirmier ainsi que d'auxiliaire de soin font tantôt partie du secteur de formation tertiaire, tantôt du secteur de formation secondaire en écoles professionnelles. Les conditions d'accès à la formation, les diplômés ainsi que la durée de la formation varient également. Les données relatives à la formation semblent néanmoins appropriées pour une comparaison transfrontalière.¹⁸

¹⁸ Le projet ne s'est pas penché sur la comparabilité des formations en termes de contenu. Les formations de niveau infirmier généraliste ou spécialiste devraient cependant être comparables car des normes minimales standards valides à l'échelle de l'UE existent pour la formation aux « soins infirmiers généraux ». Le fondement est la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Cette comparaison a tout d'abord montré que les chiffres de la formation ont fortement augmenté au fil des années passées dans les régions allemandes, en Lorraine ainsi qu'en Wallonie. En Communauté germanophone de Belgique, les chiffres de la formation demeurent largement constants depuis l'an 2000 tandis que seule la formation des auxiliaires a connu un élargissement au Luxembourg. Le nombre de jeunes de 15 à 29 ans qui ont choisi de suivre une formation aux professions du soin a en particulier progressé en Lorraine mais également dans les deux régions allemandes. Le fait que le nombre de personnes en formation ait fortement augmenté même dans la Sarre et en Lorraine, où le nombre de jeunes de 15 à 29 ans est pourtant en recul depuis l'an 2000, et ce contrairement aux autres régions, plaide en faveur de l'existence de potentiels pouvant être utilisés dans le domaine de la formation pour la sécurisation des postes. L'indicateur des « diplômés par rapport aux employés » indique également que l'intensité de la formation est la plus élevée en Lorraine. Bien que le besoin d'infirmiers soit moins important en Lorraine que dans les autres sous-régions, et ce, dû à une répartition différente du travail dans les secteurs des soins (cf. chap. 3.5.2.2), la Lorraine forme davantage que les autres régions composant la Grande Région.

Les coopérations transfrontalières constituent une possibilité afin d'accroître l'attractivité des formations aux métiers des soins à la personne ainsi que la mobilité du personnel soignant. Il existe actuellement déjà de nombreuses relations de coopération entre les écoles, les écoles supérieures, les établissements de formation continue et les hôpitaux. Les personnes en formation suivent parfois une partie de leur cursus, par exemple un stage, dans une autre sous-région de la Grande Région. Elles quittent également parfois leur région d'origine afin d'étudier dans une autre sous-région (cf. p.ex. le chapitre 3.6.4.2 en ce qui concerne les étudiants français en Wallonie). Les personnes en formation sont dès lors déjà partiellement mobiles. Un accroissement de la mobilité pourrait être utile afin de couvrir le besoin de personnel soignant dans la Grande Région. Jusqu'à présent, le domaine de la formation est, au même titre que les stratégies de sécurisation des postes, pratiquement piloté de manière exclusive à l'échelle régionale partielle. La mobilité du (futur) personnel soignant est à peine prise en compte dans ce cadre. Sur le plan des perspectives, la formation, à savoir essentiellement l'offre ainsi que le financement des places de formation, pourrait être davantage planifiée à l'échelle de la Grande Région. Des idées en faveur d'une telle coopération transfrontalière accrue sont décrites au chapitre 4 sous la forme d'approches de conception pour le marché du travail dans le secteur des soins au sein de la Grande Région.

3.4 Les demandeurs d'emploi recherchant une profession du soin

L'objectif de ce chapitre est de présenter les chiffres concernant le chômage du personnel soignant dans les différentes régions de la Grande Région et d'analyser en quelle mesure le chômage est un phénomène significatif dans le domaine des soins. Si le personnel soignant au chômage parvenait à remettre le pied à l'étrier, cela contribuerait à la sécurisation des postes. Nous décrivons tout d'abord la définition du périmètre professionnel de l'observation avant de passer à une partie consacrée aux résultats et de conclure par une synthèse.

3.4.1 Définition du périmètre des professions recherchées

Nous avons étudié le chômage du personnel soignant de catégorie 2 (infirmiers) et 3 (auxiliaires de soin). Nous n'avons pu intégrer le chômage des « aides peu qualifiées » (catégorie 4) car soit aucune donnée n'était disponible (Wallonie) soit la catégorie 4 ne peut se différencier de la 3 (Rhénanie-Palatinat, Sarre, Communauté germanophone de Belgique). De plus, l'affectation à la catégorie 4 via les données des services publics de l'emploi est compliquée car l'exercice de l'activité d'aide peu qualifiée ne présuppose aucune formation spécifique ou autre qualification. Le nombre de chômeurs effectivement disponibles pour une activité d'aide peu qualifiée serait ainsi peut-être surestimé. Concernant les auxiliaires de soin (catégorie 3), nous avons été confrontés au problème selon lequel les données disponibles pour la Rhénanie-Palatinat, la Sarre et la Communauté germanophone de Belgique ne permettent aucune différenciation entre les auxiliaires de soin d'une part et les aides peu qualifiées de l'autre. Le nombre des aides au chômage dans ces trois sous-régions est dès lors surestimé. De manière globale, les données concernant la catégorie 3 ne sont pas comparables.

Les données utilisées pour la **Rhénanie-Palatinat** et la **Sarre** se fondent sur les informations de l'agence fédérale pour l'emploi et représentent la moyenne annuelle de l'ensemble des chômeurs entre 2007 et 2012. Selon les §§ 16, 119 ss. du SGB III (Code social allemand), les chômeurs sont des demandeurs d'emploi qui

- ne possèdent temporairement pas d'emploi ou exercent uniquement un emploi à raison de moins de 15 heures par semaine,
- cherchent un emploi assujéti à l'assurance obligatoire et à concurrence minimale de 15 heures par semaine et
- sont, dans ce cadre, à disposition des services de placement de l'agence pour l'emploi et sont, dès lors, aptes et disposés à travailler.
- Une déclaration de chômage personnelle auprès d'une agence pour l'emploi est en outre nécessaire.

Les données relatives au chômage sont présentées au niveau des codes à 5 chiffres, conformément à la classification des métiers 2010 (KldB 2010). Comme décrit ci-dessus, une identification des différents métiers n'est pas possible pour les auxiliaires de soin et les aides peu qualifiées. Les données offrent des renseignements quant au métier visé par la personne ou, plus exactement, à la principale profession désirée, indépendamment d'une formation professionnelle éventuellement aboutie. Le métier visé est susceptible de varier pendant la durée d'inscription.

Les données relatives au chômage en **Lorraine** se fondent sur les informations de Pôle Emploi et représentent les demandeurs d'emploi au 31.12 entre 2010 et 2013. Il s'agit ici des personnes inscrites auprès de Pôle Emploi et pour lesquelles une demande est encore en cours au dernier jour du mois. En France, les personnes ne jouissant d'aucun droit à une aide financière sont également des demandeurs d'emploi. La publication des chiffres s'opère de manière différenciée selon les catégories suivantes :

- catégorie A : demandeurs d'emploi au chômage et tenus de chercher activement du travail ;
- catégorie B : demandeurs d'emploi tenus de chercher activement du travail et exerçant une activité à temps partiel à concurrence maximale de 78 heures par mois ;

- catégorie C : demandeurs d'emploi tenus de chercher activement du travail et exerçant une activité à temps partiel à concurrence minimale de 78 heures par mois ;
- catégorie D : demandeurs d'emploi au chômage mais pas tenus de chercher activement du travail (en raison d'un stage, d'une formation, d'une maladie...);
- catégorie E : demandeurs d'emploi pas tenus de chercher activement du travail et exerçant un emploi (par exemple les personnes dont l'emploi bénéficie d'un soutien accordé par l'État).

Ci-après, nous considérons exclusivement la catégorie A car ces données sont les plus appropriées pour des comparaisons avec les données du chômage des autres régions. Les chiffres sont présentés selon le Code métier ROME (Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois) et peuvent être affectés sans équivoque aux catégories utilisées dans le projet. Les données renseignent le métier cible visé par le chômeur (principale profession désirée), indépendamment d'une qualification peut-être effectivement acquise ou de l'expérience professionnelle accumulée jusqu'à l'instant considéré.

Les données utilisées pour le **Luxembourg** se basent sur les informations de l'ADEM (Agence pour le développement de l'emploi) et concernent les demandeurs d'emploi comptabilisés en décembre entre 2007 et 2012. Il s'agit ici de personnes résidant au Grand-Duché, à la recherche d'un poste approprié, ne participant pas à une mesure en faveur de l'emploi (rémunérée ou non) et qui ont rempli les conditions posées par l'ADEM. De plus, ces personnes ne peuvent se trouver en maladie depuis plus de sept jours ou bénéficier de la protection sociale de la femme enceinte à l'instant du relevé statistique. Les chiffres sont présentés selon les Codes métiers analysés (métiers de la santé) et peuvent être affectés aux catégories de personnel soignant utilisées dans le projet. Un flou découle du fait que le métier n'a pas été saisi de manière différenciée pour l'ensemble des demandeurs d'emploi. Il est dès lors possible que la catégorie 2 (infirmiers) contienne des métiers appartenant plutôt à la catégorie 1 (cadres). La catégorie 3 (auxiliaires de soin) est susceptible d'englober des personnes dépourvues de qualification en soins à la personne et devant dès lors être affectées à la catégorie 4 (aides peu qualifiées). Les chiffres du chômage pour le Luxembourg sont dès lors peut-être légèrement surestimés.

Les données du chômage pour la **Wallonie** se fondent sur les informations du Forem (Service public de l'emploi et de la formation en Wallonie) et représentent les demandeurs d'emploi inoccupés (DEI) pour la Wallonie sans la Communauté germanophone de Belgique en date du 30.06 entre 2007 et 2013. La catégorie des DEI englobe des personnes sans emploi à la recherche d'un poste et immédiatement disponibles pour un emploi. Elle comprend :

- les demandeurs d'emploi inscrits au chômage et sans emploi qui perçoivent une allocation de chômage ou une aide à la réinsertion professionnelle ;
- les jeunes qui effectuent un stage en vue de leur insertion professionnelle au terme de leurs études et considérés comme des demandeurs d'emploi ne jouissant pas d'un droit au soutien ;
- les autres personnes inscrites d'office et temporairement exclues de l'allocation de chômage ainsi que les demandeurs d'emploi bénéficiant de l'aide d'un Centre Public d'Action Sociale (C.P.A.S.) ;
- Les demandeurs d'emploi n'exerçant aucune activité professionnelle inscrits de leur plein gré, à savoir les personnes à la recherche d'une activité professionnelle et qui

ne disposent d'aucun droit à l'allocation de chômage mais qui peuvent cependant faire appel aux services des agences publiques pour l'emploi.

Les chiffres sont présentés selon la nomenclature des métiers REM7 (Répertoire Emplois Métiers) et englobent les demandeurs d'emploi selon leur métier principal. Nous n'avons rencontré aucun problème d'affectation.

Les données concernant la **Communauté germanophone de Belgique** émanent de l'Agence pour l'emploi de la CG et représentent les chômeurs complets en moyenne annuelle entre 2007 et 2013 (jusqu'en septembre pour l'année 2013). Les chômeurs sont ici des personnes sans emploi immédiatement disponibles pour le marché du travail et cherchant activement un emploi. Les chômeurs complets englobent les quatre groupes suivants :

- Les demandeurs d'emploi inoccupés ayant droit aux indemnités de chômage et d'attente et à la recherche d'un poste à temps plein ou partiel. Cette catégorie comprend :
 - les salariés dont le contrat de travail a été résilié; ils perçoivent des indemnités de chômage sur base de leur ancien travail ;
 - les jeunes qui, suite à une période d'insertion professionnelle, perçoivent un complément d'insertion professionnelle sur base de leurs études ou d'un apprentissage ;
 - les personnes anciennement employées à temps partiel (sur base volontaire), et à présent devenues des chômeurs complets.
- les jeunes ayant terminé leur scolarité : il s'agit ici de jeunes sans emploi se trouvant dans la période d'insertion professionnelle après leurs études. Ils doivent être inscrits pendant un an avant d'avoir droit au complément d'insertion professionnelle.
- Les autres demandeurs d'emploi (obligatoirement inscrits) : cette catégorie comprend essentiellement :
 - les chômeurs provisoirement exclus des indemnités de chômage (pendant la durée de l'exclusion)
 - les personnes inscrites par le centre public d'action sociale
- Les chômeurs inscrits de leur plein gré : cette catégorie englobe les demandeurs d'emploi n'exerçant aucune activité professionnelle et ne jouissant d'aucun droit aux indemnités de chômage. Ils n'ont aucune obligation de s'inscrire en qualité de chômeur mais peuvent le faire sur base volontaire. L'inscription est limitée dans le temps et doit dès lors être confirmée de manière régulière par la personne concernée afin de la maintenir.

Les données relatives au chômage de la CG ont été affectées sans problème aux catégories 2 et 3.

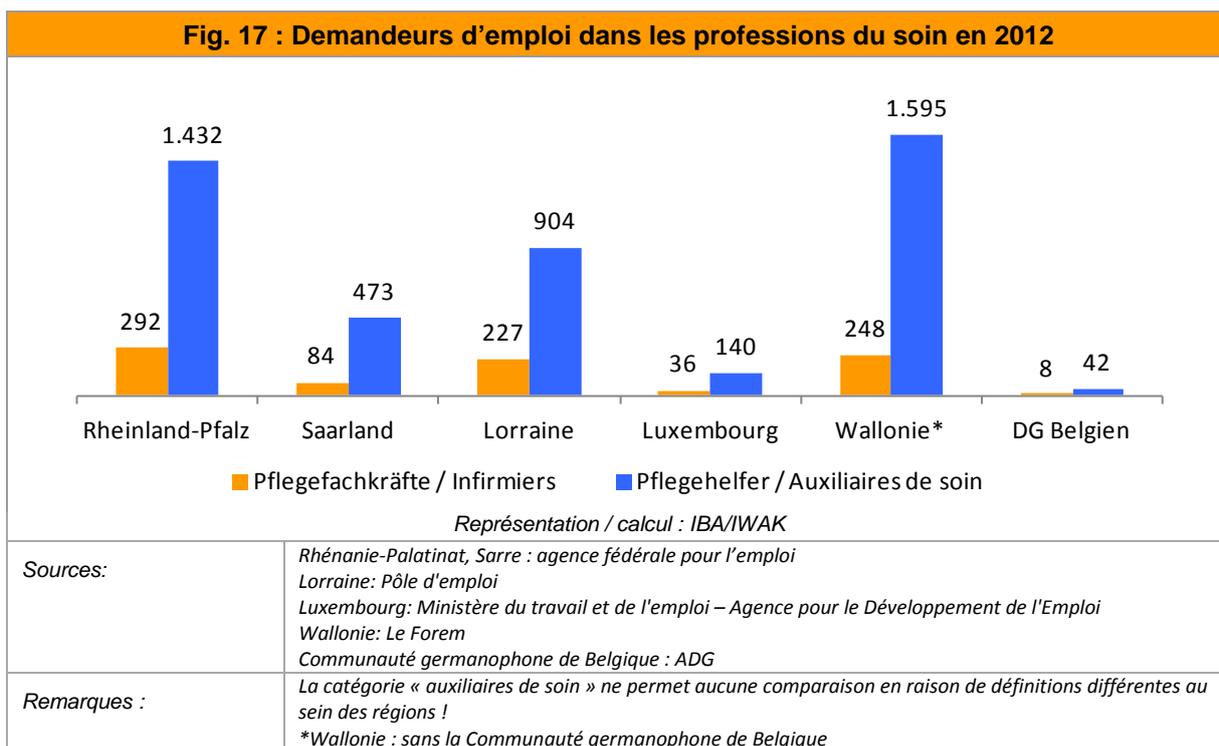
En raison des différences au niveau de la définition et de la saisie du chômage, les chiffres du chômage des six sous-régions de la Grande Région sont seulement partiellement comparables. En Allemagne et au Luxembourg, les chiffres du chômage sont sans doute plutôt surestimés. Cet élément est à prendre en compte pour ce qui est de l'examen des résultats relatifs au nombre de chômeurs, à l'évolution du chômage et aux caractéristiques structurelles.

3.4.2 Résultats détaillés

Nous décrivons ci-après des résultats centraux concernant le chômage du personnel soignant dans la Grande Région. Nous présentons tout d'abord les chiffres absolus des demandeurs d'emploi en 2012 avant de passer à l'évolution du nombre des demandeurs d'emploi entre 2007 et 2013. Pour l'ensemble des sous-régions, nous possédons en outre des informations relatives aux caractéristiques structurelles du personnel soignant au chômage. Nous présentons le pourcentage de femmes, celui des chômeurs de longue durée parmi le personnel soignant sans emploi ainsi que la pyramide des âges.¹⁹

3.4.2.1 Nombre de demandeurs d'emploi et évolution annuelle

L'étude du nombre de demandeurs d'emploi dans les professions du soin montre que le chômage dans les métiers auxiliaires excède celui des infirmiers dans toutes les régions. Une comparaison interrégionale du chômage dans les métiers auxiliaires est à déconseiller pour des raisons méthodologiques (cf. ci-dessus). Les chiffres du chômage relativement faibles dans la catégorie des infirmiers révèlent que le chômage déclaré de ces professionnels ne revêt une grande importance dans aucune des sous-régions. En conséquence, le potentiel de chômeurs pouvant combler les besoins en infirmiers est faible.

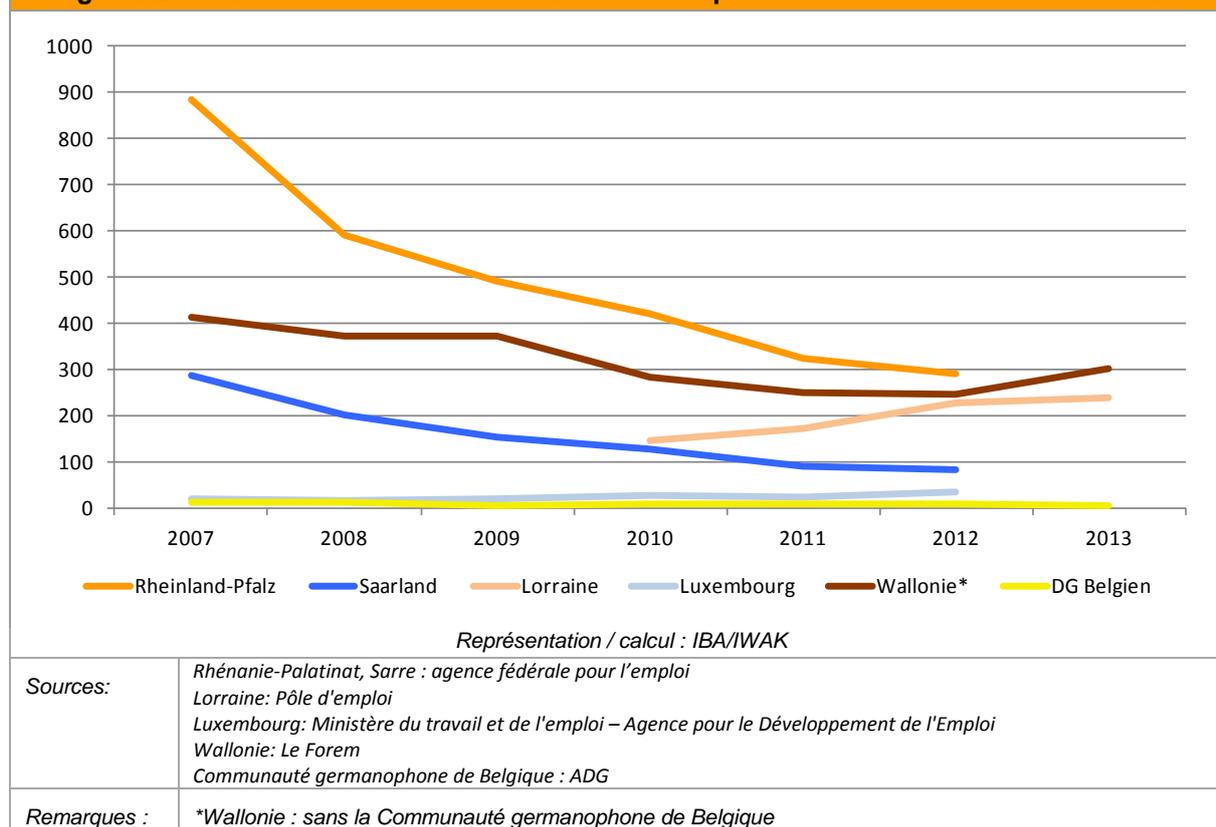


L'évolution du nombre des demandeurs d'emploi pour les infirmiers (cf. ci-dessous) indique pour les deux régions allemandes un recul massif et continu depuis 2007 (Rhénanie-Palatinat : -67%, Sarre : -70,6%). La Lorraine connaît une progression depuis 2010, laquelle est d'une part certainement imputable aux fusions et mesures de rationalisation mises en œuvre dans le secteur de la santé ainsi qu'aux licenciements et arrêts des engagements qui en ont découlé et, d'autre part, aux doubles années de diplômés en raison de la réorganisa-

¹⁹ Veuillez noter que seules les données concernant les chômeurs inscrits auprès des agences pour l'emploi peuvent être présentées ici.

tion du système de formation concerné. La Wallonie a également déployé des processus de rationalisation susceptibles d'expliquer l'évolution du nombre de chômeurs en Wallonie depuis 2011 : entre 2007 et 2011, le nombre de demandeurs d'emploi a encore régressé de manière relativement forte en Wallonie avant que ce recul ne ralentisse en 2012 et ne se mue en une augmentation en 2013. En ce qui concerne le Luxembourg et la Communauté germanophone de Belgique, l'étude de l'évolution des chiffres du chômage est moins parlante car le nombre de cas y est peu élevé.²⁰

Fig. 18: Évolution du nombre des demandeurs d'emploi recherchant un métier d'infirmier



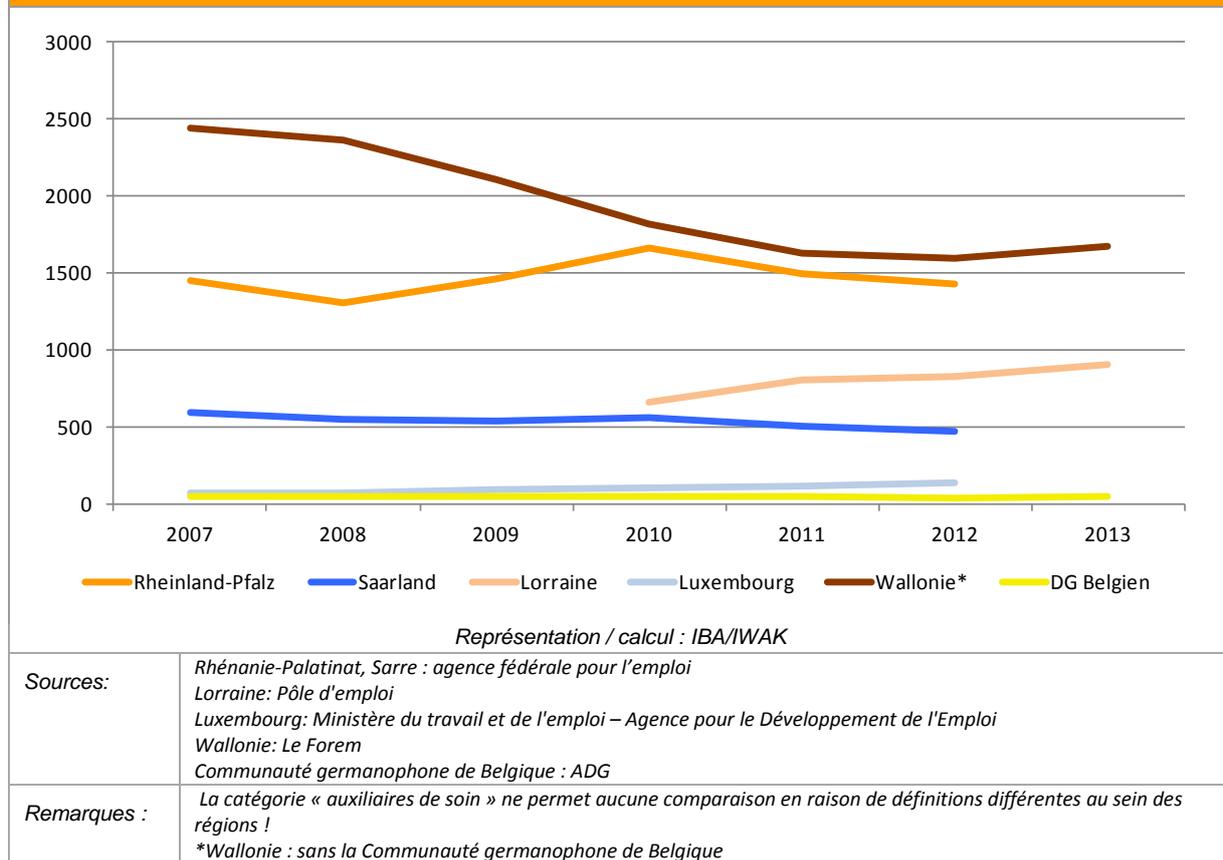
Hormis en Wallonie où il décrit un net recul depuis 2007, le nombre de demandeurs d'emploi dans les métiers auxiliaires (cf. ci-dessous) a connu un développement moins important. En Rhénanie-Palatinat, il se trouvait en 2012 pratiquement au même niveau qu'en 2007, tandis que la Sarre enregistrait un léger recul. La Lorraine connaît quant à elle depuis 2010 une augmentation du chômage des auxiliaires de soin. La situation demeure pratiquement inchangée au fil du temps au Grand-Duché et en Communauté germanophone de Belgique.

Comparativement au chômage global, celui des infirmiers des deux régions allemandes et de la Wallonie a connu une évolution significativement plus favorable depuis 2007. Le nombre d'infirmiers au chômage a reculé nettement plus que le chômage en général. En Lorraine, le nombre de demandeurs d'emploi avec une profession du soin a cependant progressé de manière plus forte que celui des demandeurs d'emploi dans leur ensemble. Cet élément est vraisemblablement dû aux mesures de rationalisation mises en œuvre dans le secteur des soins de santé. L'emploi semble quitter le secteur des hôpitaux pour se diriger

²⁰ Par exemple, un recul de 46,2% des infirmiers au chômage en Communauté germanophone de Belgique signifie que le nombre de chômeurs est passé de treize à sept personnes.

essentiellement vers celui des établissements pour personnes âgées. Selon les experts impliqués, il semble cependant peu probable que la tendance d'un chômage en croissance se renforce durablement. En 2013, le chômage des infirmiers a progressé de manière nettement moins marquée que durant les années précédentes.

Fig. 19: Évolution du nombre de demandeurs d'emplois recherchant un métier d'auxiliaire de soin



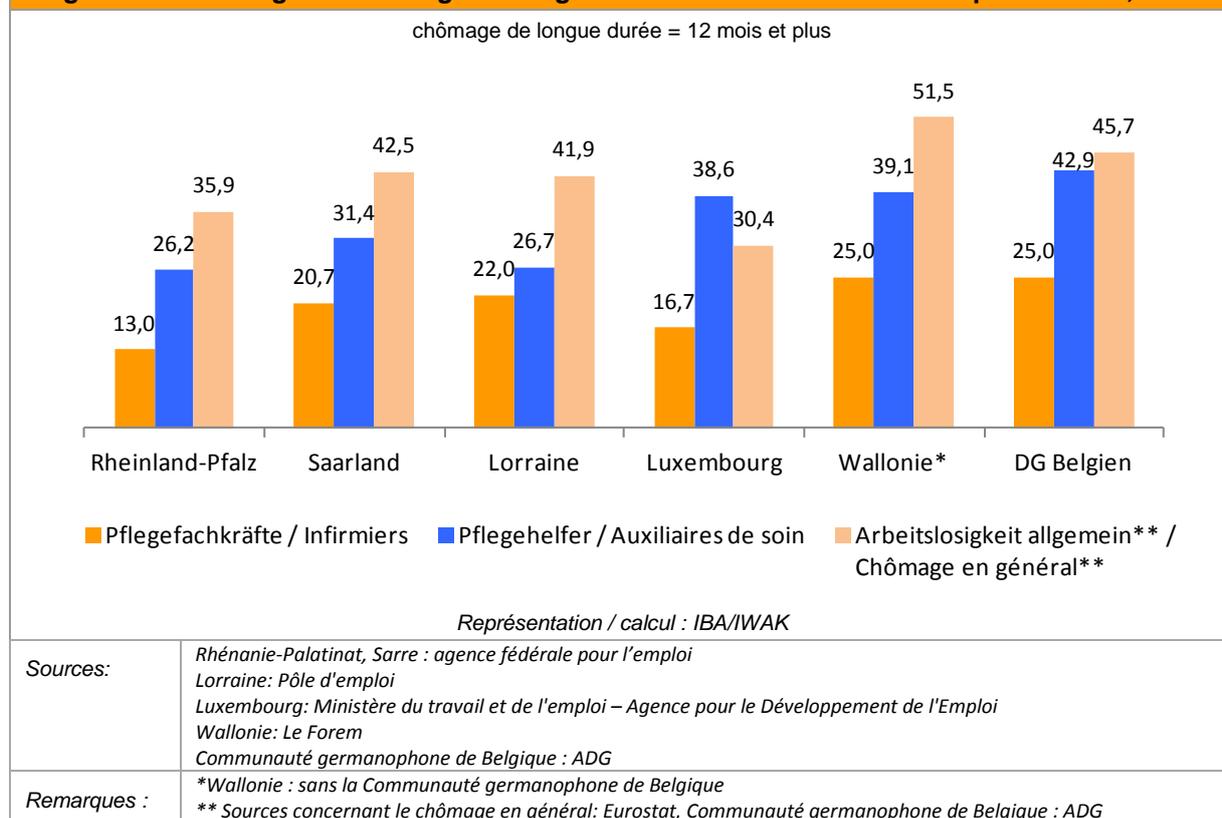
3.4.2.2 Caractéristiques structurelles du personnel soignant au chômage

Les métiers des soins à la personne sont essentiellement exercés par des femmes dans toutes les régions (cf. chap. 3.5). Selon la région, entre 81% et 89% des infirmiers sont de sexe féminin. Le pourcentage de femmes parmi les infirmiers au chômage varie dès lors également entre 81% et 89%.

Par rapport au nombre total des demandeurs d'emploi, le personnel soignant à la recherche d'un emploi depuis plus de douze mois (chômeurs de longue durée) révèle que le chômage des infirmiers est plutôt un phénomène de courte durée dans toutes les sous-régions. Maximum un quart des infirmiers au chômage sont des chômeurs de longue durée. Pour ce qui est des auxiliaires de soin, cette proportion monte tout de même jusqu'à 43% en Communauté germanophone de Belgique. Les auxiliaires de soin sont dès lors nettement plus touchés par le chômage de longue durée que les infirmiers. Cette observation ne s'applique pas à la Lorraine où la différence entre les infirmiers et les auxiliaires de soin est plutôt réduite en termes de chômage.

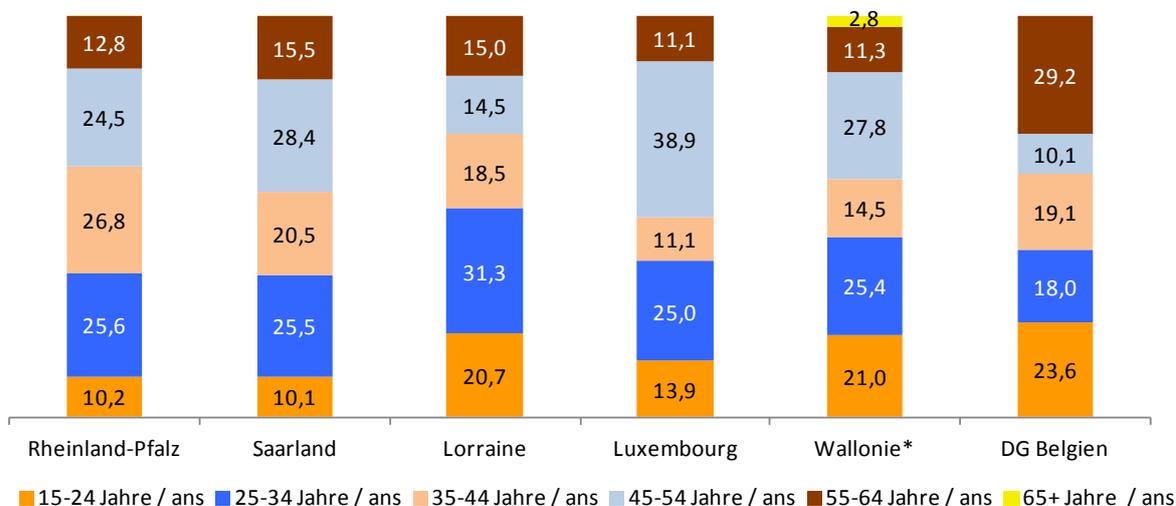
Au regard du chômage en général, le personnel soignant sans emploi l'est moins souvent à long terme que les autres chômeurs. Les auxiliaires de soin luxembourgeois sont davantage des chômeurs de longue durée et constituent ainsi la seule exception. Avec 30%, le pourcentage des chômeurs de longue durée par rapport aux chômeurs en général y est toutefois significativement moins élevé que dans les autres sous-régions.

Fig. 20: Pourcentage du chômage de longue durée des demandeurs d'emploi en 2012, en %



Un examen de la pyramide des âges des infirmiers en demande d'emploi indique que le pourcentage des personnes de moins de 25 ans est significativement plus élevé en Lorraine (20,7%) et en Wallonie (21,0%) qu'en Rhénanie-Palatinat (10,2%) et dans la Sarre (10,1%). Par contre, le pourcentage des plus de 44 ans est plus élevé dans la Sarre (43,9%) et en Rhénanie-Palatinat (37,3%) qu'en Lorraine (29,5%). En Wallonie, une grande partie des infirmiers au chômage est également âgée de 45 ans et plus (41,9%). Le nombre de cas peu élevé ne permet pas d'interpréter la répartition des âges pour le Luxembourg et la Communauté germanophone de Belgique.

Fig. 21: Répartition par groupes d'âges des demandeurs d'emploi recherchant un métier d'infirmier en 2012, en %



Représentation / calcul : IBA/IWAK

Sources:

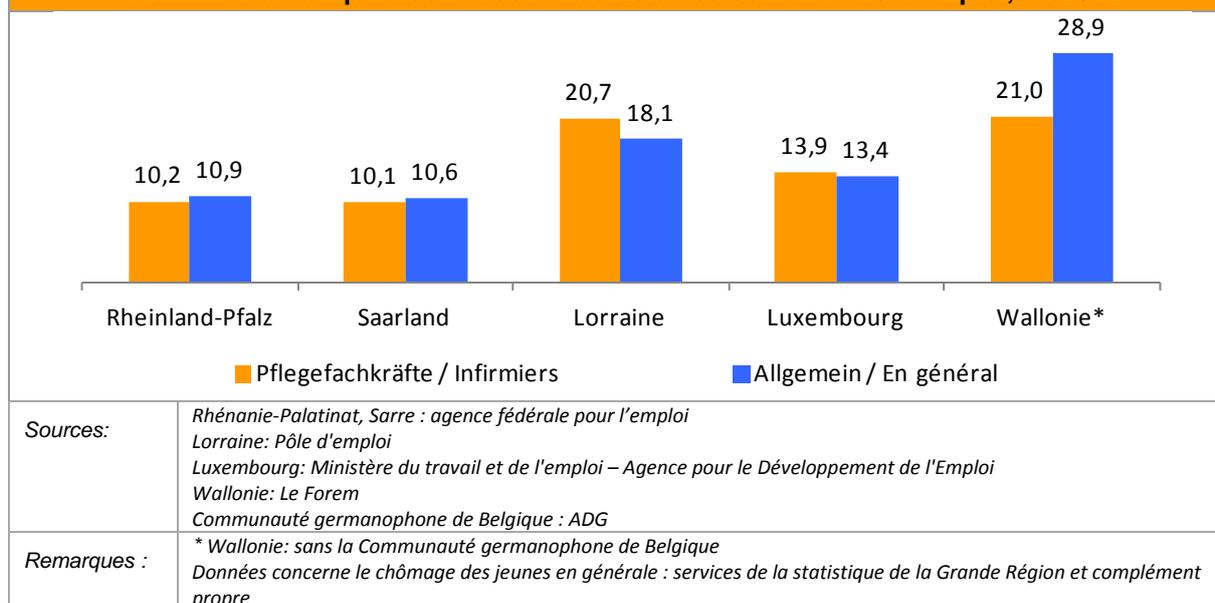
Rhénanie-Palatinat, Sarre : agence fédérale pour l'emploi
 Lorraine: Pôle d'emploi
 Luxembourg: Ministère du travail et de l'emploi – Agence pour le Développement de l'Emploi
 Wallonie: Le Forem
 Communauté germanophone de Belgique : ADG

Remarques :

*Wallonie : en Wallonie, deux groupes d'âges se différencient de ceux des autres régions : au lieu de la tranche de 55 à 64 ans, la Wallonie utilise celle de 55 à 59 ans et celle des 65 ans et + devient celle des 60 ans et + ; en outre : sans la Communauté germanophone de Belgique.

Une comparaison des pourcentages de jeunes infirmiers en demande d'emploi et âgés de 15 à 24 ans avec les pourcentages des jeunes demandeurs d'emploi en général (cf. illustration ci-dessous) enseigne que les différences sont pratiquement inexistantes entre les régions allemandes et le Luxembourg. En Lorraine, le pourcentage de jeunes demandeurs d'emploi avec une profession du soin atteint 20,7% et excède dès lors le taux de chômage global. En Wallonie, la part des jeunes parmi le chômage en général est certes de près de huit points plus élevée que dans le métier d'infirmier mais le pourcentage des jeunes par rapport aux chômeurs dans leur ensemble y est le plus élevé de toutes les régions (28,9%). Le pourcentage des jeunes infirmiers au chômage correspond à celui de la Lorraine. La transition entre l'école et la vie active semble s'avérer plus compliquée pour les personnes ayant suivi leur formation en Lorraine et en Wallonie, peut-être car la formation y est moins proche des établissements de soins qu'en Allemagne, par exemple. Une inscription auprès des agences publiques pour l'emploi est éventuellement susceptible de faciliter la transition et est dès lors encouragée.

Fig. 22: Pourcentage des 15-24 ans chez les demandeurs d'emploi recherchant un métier d'infirmier et comparaison avec l'ensemble des demandeurs d'emploi, en 2012



3.4.3 Zoom sur le chômage des jeunes dans la Grande Région

Une parenthèse sur le chômage des jeunes dans la Grande Région paraît ici utile, d'une part car la lutte contre ce dernier revêt une importance politique élevée et, d'autre part, car les jeunes demandeurs d'emploi constituent un potentiel de couverture du besoin actuel et futur en personnel soignant. Les contenus de ce chapitre sont issus du rapport OIE actuel sur la situation du marché du travail dans la Grande Région.²¹

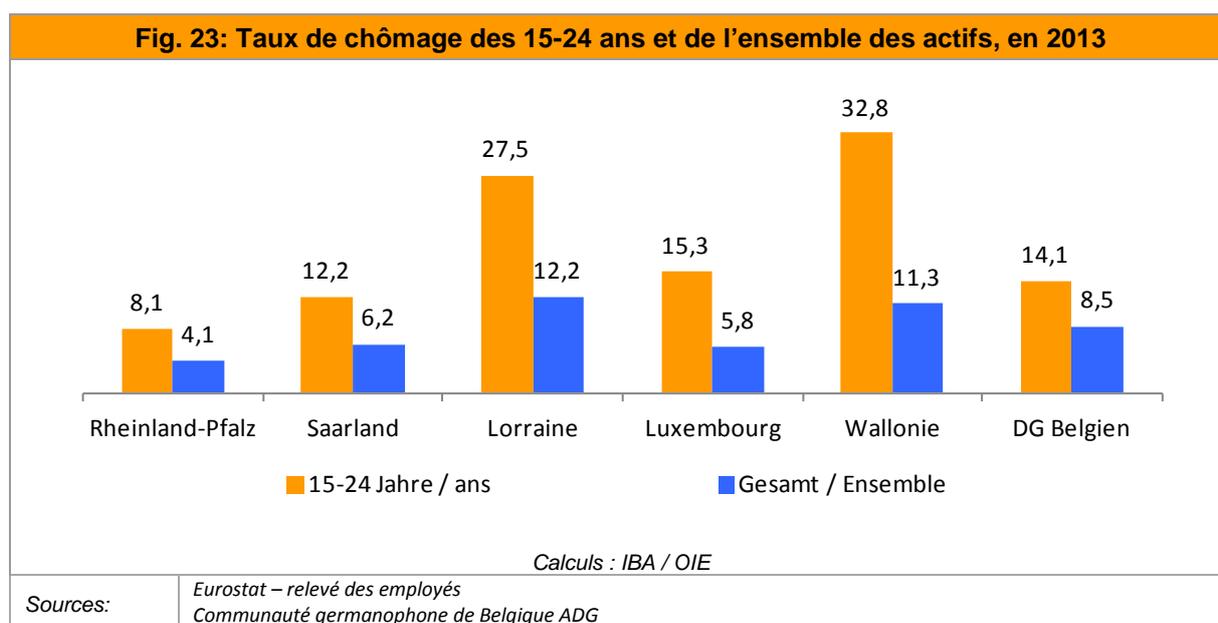
Comme le montrent les données du relevé des employés de l'UE réalisé par Eurostat et harmonisé selon les critères ILO, 102 400 jeunes de 15 à 24 ans étaient touchés par le chômage au sein de la Grande Région en 2013. Une grande partie vivait en Wallonie (42 600 personnes) et en Lorraine (31 500 personnes). La Rhénanie-Palatinat comptait 19 300 jeunes chômeurs et la Sarre 6 600. Les chiffres les plus faibles furent enregistrés au Luxembourg (2 400 personnes) et en Communauté germanophone de Belgique (600 personnes).

Afin de permettre une comparaison du chômage chez les jeunes, nous avons calculé des taux de chômage. Sur la base de conventions internationales, il convient pour ce faire de mettre le nombre de chômeurs en rapport avec le nombre de personnes actives du groupe respectif. C'est précisément au niveau des jeunes que la participation au marché du travail présente de très grandes différences dans les différentes sous-régions. Ceci se reflète dès lors également sur le plan statistique dans le calcul du taux de chômage. Indépendamment de la méthode de calcul, les taux de chômage des jeunes de toutes les sous-régions de la Grande Région sont cependant supérieurs aux taux de chômage en général. Cette réalité est, d'une part, liée au fait que les jeunes sont particulièrement touchés par les répercussions de la crise économique et financière. D'autre part, certains groupes de jeunes ne parviennent pas à accéder au marché du travail, quelles que soient les évolutions actuelles. En

²¹ cf. Observatoire interrégional du marché de l'emploi (2014): La situation du marché du travail dans la Grande Région. 9^e rapport de l'observatoire interrégional du marché de l'emploi lors du 14^e sommet de la Grande Région.

2013, 18,5% des 15 à 24 ans de la Grande Région étaient sans emploi. Ce faisant, le taux de chômage de ce groupe d'âges est deux fois plus élevé que le taux de chômage global (8,0%).

Les diverses sous-régions de la Grande Région présentent des différences significatives. Le chômage des jeunes est le plus élevé en Wallonie (32,8%) et en Lorraine (27,5%) (cf. ill. 23). Par contre, le pourcentage de chômeurs de 15 à 24 ans est comparativement peu élevé en Rhénanie-Palatinat (8,1%) et dans la Sarre (12,4%). La Communauté germanophone de Belgique (14,1%) et le Luxembourg (15,3%) se situent également en-deçà de la moyenne de la Grande Région.



Depuis l'année 2002, le taux de chômage des jeunes en Wallonie a progressé de 10,4 points. A cette époque comme à l'heure actuelle, il est le plus élevé de la Grande Région. Au Luxembourg et en Lorraine, les taux de chômage des jeunes ont augmenté respectivement de 8,4 et 7,6 points entre 2002 et 2013. Le chômage des jeunes au sein des deux sous-régions allemandes a toutefois connu depuis 2002 une évolution plus favorable que la moyenne de la Grande Région (Rhénanie-Palatinat : +0,3 points ; Sarre : +1,7 points). En Communauté germanophone de Belgique, il a progressé de 3,7 points.

Il n'est pas impossible que, parmi ces jeunes sans emploi, se trouvent des personnes nourrissant un intérêt pour une activité dans le secteur des soins à la personne et étant disposées à suivre une formation en ce sens dans des circonstances déterminées. Une focalisation sur ce groupe cible serait non seulement susceptible de contribuer à la couverture du besoin en personnel soignant dans la Grande Région mais également d'aider à lutter contre le phénomène du chômage chez les jeunes.

3.4.4 Synthèse des principaux enseignements

Les chiffres du chômage relatifs au personnel soignant de la Grande Région sont difficiles à comparer en raison de définitions divergentes, d'une saisie des données variable ainsi que de problèmes de classification. Les chiffres concernant les auxiliaires de soin sont en parti-

culier quasiment impossibles à interpréter. Les chiffres du chômage des infirmiers sont plutôt faibles et en recul depuis 2007, hormis une croissance uniquement temporaire en Lorraine et en Wallonie. La part de femmes parmi les chômeurs est légèrement plus importante que celle des femmes parmi les employés uniquement au Grand-Duché. Le chômage de longue durée n'est pas un phénomène pertinent dans les professions du soin, le pourcentage de chômeurs à long terme y est moins important que parmi les chômeurs en général. Les données relatives à la pyramide des âges des chômeurs montrent que la Lorraine et la Wallonie comptabilisent davantage de jeunes infirmiers au chômage que les régions allemandes. Le système de formation allemand proche des établissements de soins facilite peut-être donc la transition entre l'école et la vie active. Ceci étant, le chômage touchant les professions du soin ne constitue pas un problème structurel. Sur le marché du travail dans son ensemble, le phénomène du chômage des jeunes revêt cependant une importance significative, en particulier en Wallonie et en Lorraine. Le placement dans les secteurs des soins ou dans les formations aux professions du soin recèle un potentiel qui peut contribuer à la couverture du besoin en personnel soignant.

3.5 Les actifs en emploi dans les professions du soin

À travers ce chapitre, nous exposons des informations relatives aux actifs en emploi dans les professions du soin. À ce titre, nous nous focalisons une nouvelle fois sur les catégories 2 (infirmiers) et 3 (auxiliaires de soin). Après la définition du périmètre des actifs en emploi observé, nous passons à la partie consacrée aux résultats avec les chiffres des actifs en emploi pour les années 1999 et 2011. Nous enchaînons ensuite avec une présentation des caractéristiques structurelles des actifs en emploi (part des femmes, part des actifs en emploi à temps partiel et pyramide des âges). Nous présentons en outre les informations spécifiques au secteur concernant le personnel soignant employé, lesquelles révèlent des différences interrégionales. Le chapitre se termine par une synthèse des principaux enseignements.

3.5.1 Sources mobilisées pour l'observation des actifs en emploi

Le présent rapport expose des données relatives au personnel soignant occupant un emploi pour les années 1999 et 2011. Les sources de données sont, pour la **Rhénanie-Palatinat** et la **Sarre**, la statistique des soins²², la statistique des hôpitaux²³ et celle des établissements de prévoyance et de réadaptation²⁴. La première contient des données sur les actifs en emploi au sein des établissements pour personnes âgées et dans les services d'intervention à domicile et d'accueil de jour, et les deux suivantes renseignent sur les actifs en emploi dans le secteur hospitalier. Ces trois statistiques se basent sur une collecte régulière et obligatoire des informations auprès de l'ensemble des employeurs par les Services Statistiques des Länder. Les résultats sont présentés dans la suite du rapport pour les catégories 2 (infirmiers) et 3 (auxiliaires de soin).²⁵ Pour chacune d'elles, les indicateurs portent sur la part des

²² *Pflegestatistik*

²³ *Krankenhausstatistik*

²⁴ *Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*

²⁵ Les indications relatives aux cadres (cat. 1) font défaut pour les hôpitaux car ces dernières ne sont pas mentionnées de manière explicite dans les statistiques. Les statistiques relatives aux soins ne permettent pas non plus d'identifier les cadres de manière univoque. Ils sont en majeure partie intégrés à la catégorie des infirmiers (cat. 2). Dans les sous-régions non allemandes, l'identification des aides peu qualifiées (cat. 4) s'avère

femmes et la part des travailleurs exerçant à temps partiel. Les données par âge font toutefois défaut dans cette source, ce qui a nécessité de mobiliser la statistique des salariés assujettis à l'assurance sociale, détenue par l'agence fédérale pour l'emploi (Bundesagentur für Arbeit). Dans cette source, les données sont présentées par « régime professionnel » (codes à 3 chiffres), qui agrège plusieurs professions. Pour la catégorie 2, telle qu'elle est définie dans ce rapport, nous regroupons le code 853 : « Infirmières et sages-femmes » et le code 861 : « employés sociaux »²⁶. Quant à la catégorie 3, celle-ci se compose du code 854 : « auxiliaires en soins infirmiers ». Autrement dit, le code 853 comme le code 861 comprennent des catégories professionnelles non pertinentes pour l'étude. Cela vaut également pour le code 854 qui, outre les auxiliaires de soin (cat. 3), contient probablement aussi les aides peu qualifiées (cat. 4) mais vraisemblablement aucun auxiliaire en gériatrie. Nous n'avons cependant pas pu les soustraire.

Pour la **Lorraine**, nous disposons de données de l'INSEE issues des recensements de la population.²⁷ Les différents métiers y sont représentés selon les secteurs d'activité, au même titre que les caractéristiques démographiques et professionnelles des actifs en emploi. Les données disponibles au sujet des différents métiers sont rassemblées dans les catégories des infirmiers et des auxiliaires de soin. Pour l'année 1999, les données englobent également les assistants (dentaires, médicaux, vétérinaires ainsi que les aides de techniciens médicaux) qui n'ont pas pu être isolés. Les informations les plus récentes disponibles pour la réalisation de cette étude concernent l'année 2010.

Pour le **Luxembourg**, nous avons eu recours à des données du Ministère de la Santé. Des données détaillées par profession existent pour le domaine des hôpitaux. En revanche, celles concernant les secteurs des établissements pour personnes âgées et des services d'intervention à domicile et d'accueil de jour étant agrégées, elles ne permettent pas de construire des indicateurs détaillés.

Si pour la Lorraine, les régions allemandes et le Luxembourg, les données portent précisément sur le périmètre des actifs occupant un emploi, détaillées par professions, ce n'est pas le cas en **Wallonie**. Des données sur les actifs en emploi existent par secteurs d'activité auprès de l'ONSS (Office National de Sécurité Sociale), mais elles ne peuvent être détaillées au niveau le plus fin de la nomenclature des métiers. Toutefois, à partir de l'année 2008, on peut recourir aux données du Service Public Fédéral (SPF) de santé publique pour accéder à des informations par métiers. La limite de cette source est qu'elle comptabilise les professionnels exerçant leur métier du soin mais également le personnel agréé qui ne l'exerce pas (plus). D'après un rapport du SPF portant sur les infirmiers²⁸ (2010), on estime ainsi à près de 20% la part des professionnels concernés par cette situation. Parmi eux, la moitié est sans activité professionnelle et l'autre moitié exerce une autre profession. Après un échange

parfois compliquée, si bien que la focalisation sur les infirmiers (cat. 2) et les auxiliaires de soin (cat. 3) fut également jugée judicieuse dans le domaine des salariés.

²⁶ Le régime professionnel 861 comprend les infirmiers en gériatrie.

²⁷ Le recensement de la population repose sur le cumul de cinq échantillons annuels. Les données publiées par l'INSEE sont référencées à l'année médiane de la période quinquennale : pour l'année 2011 la collecte s'est ainsi étalée de 2009 à 2013. Cette méthode d'estimation permet d'actualiser chaque année les données sur la population. Elle nécessite en revanche une prudence statistique dans l'usage des indicateurs calculés sur des effectifs totaux inférieurs à 500.

²⁸ <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19081602.pdf>.



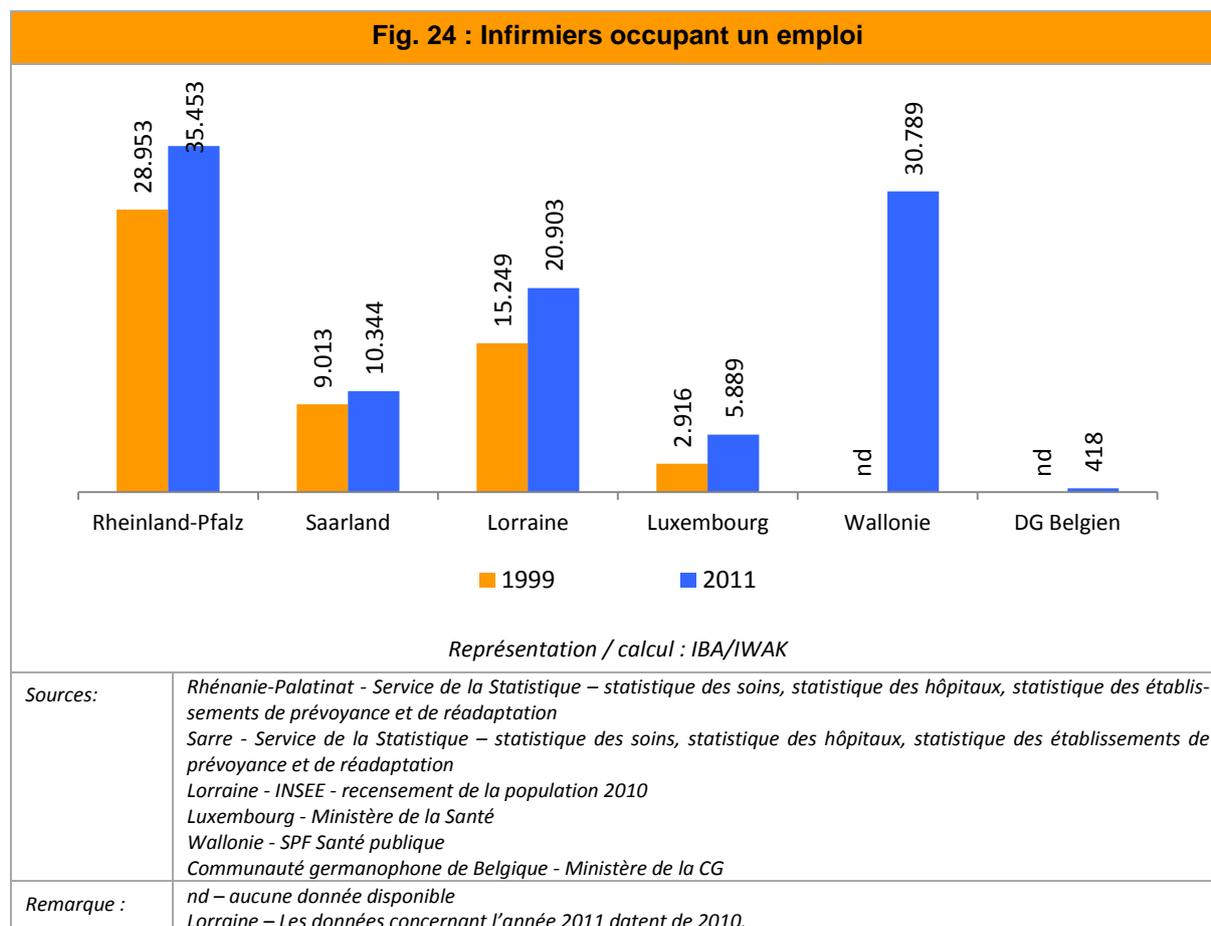
entre l'IWAK et une experte du système de santé de Wallonie, cette proportion de 20% a été jugée inférieure à la réalité, et il a été proposé de relever le seuil à 30% dans ce rapport. Autrement dit, dans les tableaux et graphiques qui suivent, le nombre de professionnels du soin communiqué par le SPF a été diminué de 30%.

De plus, toujours selon cette source du SPF, d'une part, la déclinaison du nombre de professionnels par secteurs d'activités employeurs n'est pas disponible et, d'autre part, le personnel soignant en poste en Wallonie mais qui n'y réside pas n'est pas pris en compte.

Les chiffres de l'emploi pour la **Communauté germanophone de Belgique** nous ont été transmis par le département de la Santé du Ministère de la CG. Ils émanent d'une enquête réalisée dans le cadre d'un projet Interreg auprès des hôpitaux, des établissements pour personnes âgées et des services d'intervention à domicile et d'accueil de jour. Les données existent pour l'année 2011 mais ne sont en revanche pas disponibles pour l'année 1999.

3.5.2 Résultats détaillés

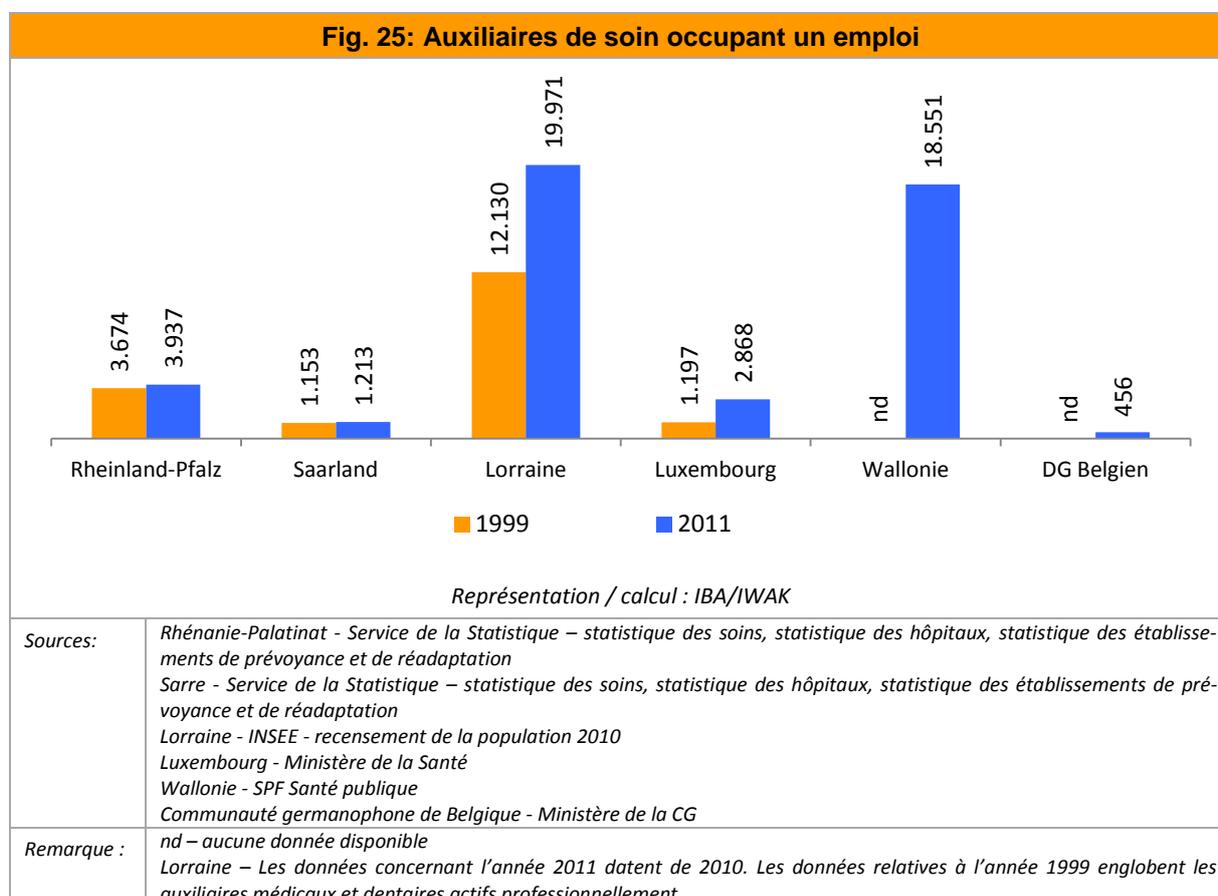
En 2011, la plupart des infirmiers résident et/ou travaillent en Rhénanie-Palatinat (35 453 personnes). Ils sont 30 789 en Wallonie, 20 903 en Lorraine et 10 344 en Sarre. C'est au Luxembourg (5 889) et en Communauté germanophone de Belgique (418) que les infirmiers en activité sont les moins nombreux.



Par rapport à l'année 1999, ces chiffres ont progressé. C'est au Luxembourg que l'évolution est la plus marquée (+102%) puis, dans une moindre mesure, en Lorraine (+37%), en Rhénanie-Palatinat (+22%) et en Sarre (+15%). Ces évolutions portent sur le nombre total de travailleurs, qu'ils exercent à temps partiel ou à temps plein. Nous ne disposons d'aucune information ramenée sur des équivalents temps plein.

Pour autant qu'ils puissent être identifiés parmi les données, les infirmiers ayant suivi une spécialisation ou une formation continue représentent une part plutôt réduite des actifs en emploi. Cette proportion est à peine de 15% au Luxembourg contre un peu plus de 10% en Lorraine. Les données relatives aux régions allemandes ne permettent pas de les identifier clairement. En considérant les différents métiers en Rhénanie-Palatinat et en Sarre, nous constatons que le *métier* d'infirmier (Gesundheits-und Krankenpfleger) représente la majeure partie dans la *catégorie* des infirmiers (laquelle contient aussi les infirmiers en gériatrie : Altenpfleger). Ils composent 70% en Rhénanie-Palatinat et même près de 74% en Sarre. Leur proportion a cependant décrit un net recul depuis 1999. Par contre, la proportion d'infirmiers en gériatrie a fortement augmenté.

Un examen du nombre d'auxiliaires de soin travaillant dans une des composantes de la Grande Région (cf. ill. 25) révèle qu'ils sont nombreux en Lorraine (19 971 personnes) ainsi qu'en Wallonie (18 551 personnes). Ils sont pratiquement cinq fois plus nombreux qu'en Rhénanie-Palatinat (3 937 personnes employées dans cette catégorie). Le Luxembourg peut compter sur les services de 2 868 auxiliaires de soin et ce chiffre est de 1 213 pour la Sarre et de 456 pour la Communauté germanophone de Belgique.



Ce groupe d'actifs en emploi connaît un accroissement, au même titre que les infirmiers. Cette augmentation s'avère cependant plutôt modérée en Rhénanie-Palatinat (+7%) ainsi que en Sarre (+5%), alors qu'elle est particulièrement marquée en Lorraine (+65%) et au Luxembourg (+140%). En se penchant sur les métiers détaillés compris dans cette catégorie d'auxiliaires, nous constatons qu'en Lorraine, 81% du personnel exercent le métier d'aide-soignant. En 2011, les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques représentent une petite partie des auxiliaires de soin, respectivement 10% et 8% du total. Au Luxembourg, les aides médico-psychologiques représentent à peine 1% de cette catégorie, tous les autres étant des aides-soignants. Dans la Sarre, la moitié (51%) des auxiliaires de soin en emploi exercent le métier d'aide-soignant, l'autre moitié se composant d'auxiliaires en gériatrie. En Rhénanie-Palatinat, la quotité d'aides-soignants avoisine les 60%, soit un niveau légèrement plus élevé que celui de la Sarre. Dans ces deux régions, le pourcentage d'auxiliaires en gériatrie a fortement augmenté depuis 1999. Entre-temps, les personnes en formation ainsi que les diplômés pour les professions d'auxiliaires de soin ont également vu leurs effectifs augmenter (cf. chap. 3.3.3).

En guise de bilan intermédiaire, nous pouvons constater ici que non seulement le nombre total d'actifs en emploi dans les trois secteurs des soins a augmenté (cf. chapitre 3.1.3) et que le personnel occupant précisément une profession du soin a également bénéficié de ce dynamisme, en particulier au Grand-Duché. Le nombre d'infirmiers comme celui d'auxiliaires de soin y ont plus que doublé depuis 1999. En 2011, la Grande Région emploie 150 792 professionnels du soin des catégories 2 et 3. Cela correspond à 3,1% de la population active en emploi. Cette proportion est supérieure à la moyenne en Lorraine (4,8%), en Wallonie (4,0%) et en Communauté germanophone de Belgique (3,2%). A l'inverse, elle y est inférieure au Luxembourg (2,4%), en Sarre (2,2%) et en Rhénanie-Palatinat (2,1%).

Ci-après, nous présentons, dans un premier temps, les principales caractéristiques du personnel occupant une profession du soin (part des femmes, part de l'emploi à temps partiel et répartition par groupes d'âges). Nous passons, dans un second temps, à une déclinaison sectorielle des données par professions.

3.5.2.1 Principales caractéristiques des actifs en emploi

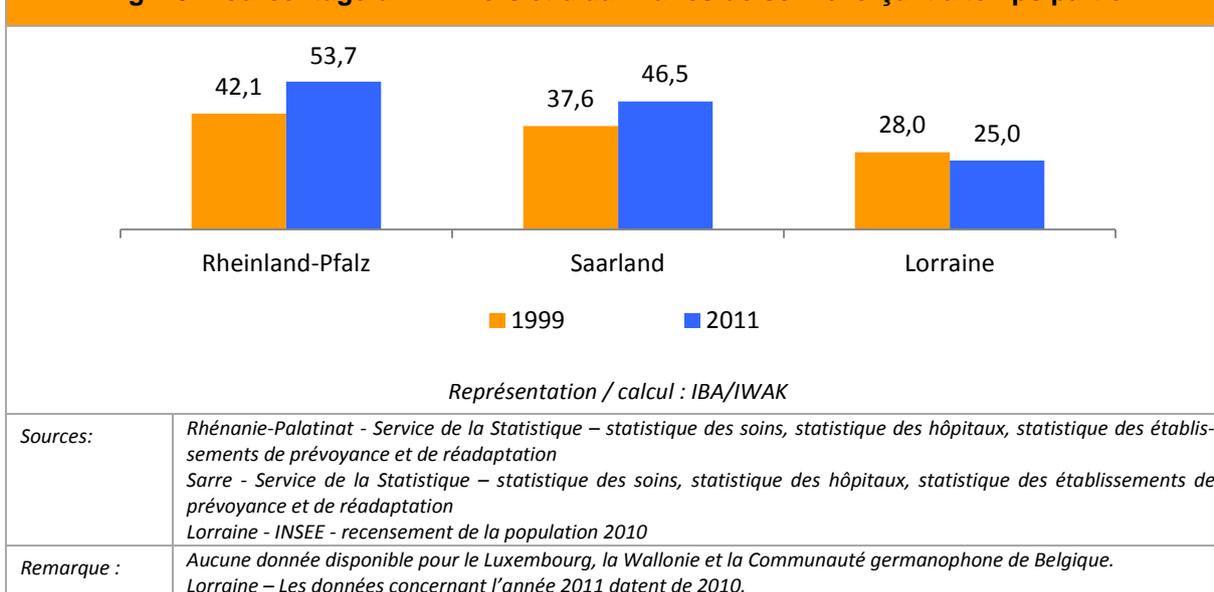
Les métiers des soins sont essentiellement exercés par des femmes, et ce dans toute la Grande Région (9 infirmiers et auxiliaires de soin sur dix). Ce pourcentage atteint 91,2% dans la catégorie des auxiliaires de soin et 89,7% dans la catégorie des infirmiers. Les femmes sont les moins nombreuses parmi les infirmiers spécialisés. C'est en Wallonie que la part des femmes est la plus élevée, à hauteur de 96,4%, alors qu'elle est la plus faible au Luxembourg : 80,9%. On peut avancer l'hypothèse d'une incidence des travailleurs frontaliers venant exercer au Luxembourg (cf. chap. 3.6.6), pour lesquels la part des hommes est surreprésentée par rapport aux actifs en emploi « sédentaires » du secteur.

Des données relatives à la durée du travail existent uniquement pour les régions allemandes et la Lorraine. Avec 53,7% et 46,5% enregistrés en 2011, les temps partiels étaient nettement plus répandus en Rhénanie-Palatinat et en Sarre qu'en Lorraine, où seulement un quart (25,0%) du personnel des soins est concerné.²⁹ De plus, le pourcentage de travailleurs

²⁹ Pour les régions allemandes ainsi que la Lorraine, un emploi à temps partiel signifie que la personne concernée ne travaille pas à temps complet.

à temps partiel a progressé dans les régions allemandes depuis 1999, alors qu'il a régressé en Lorraine. Ce dernier élément pourrait être lié au fait que le temps de travail hebdomadaire légal est passé de 39 à 35 heures (temps plein) en 2000.

Fig. 26: Pourcentage d'infirmiers et d'auxiliaires de soin exerçant à temps partiel

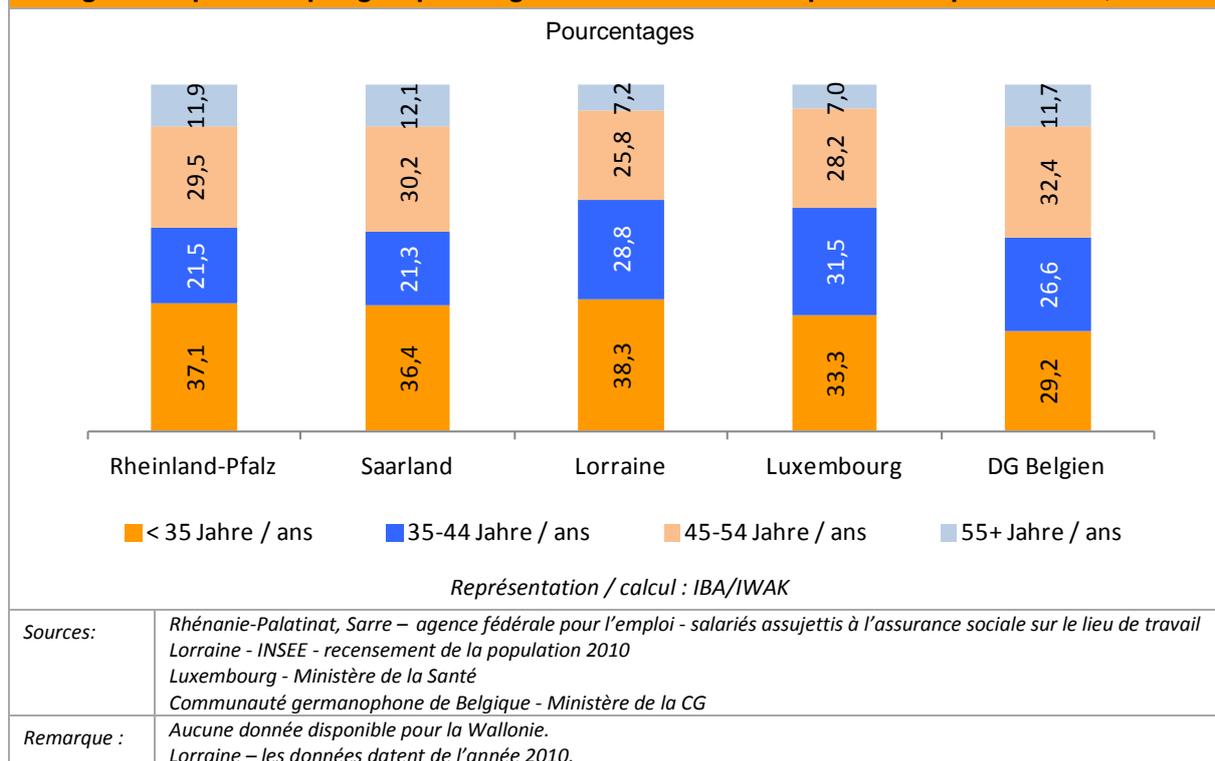


Une subdivision entre les catégories des infirmiers et celle des auxiliaires de soin montre que les pourcentages de temps partiels sont nettement plus importants pour ces derniers que pour les premiers en Rhénanie-Palatinat (respectivement 66,5% contre 52,3%) et en Sarre (respectivement 53,1% contre 45,7%). En revanche, pour la Lorraine, la part des auxiliaires à temps partiel est légèrement inférieure à celle des infirmiers (respectivement 23,6% contre 26,4%).

La répartition par âges du personnel des soins en emploi révèle également des différences entre les composantes de la Grande Région. Le pourcentage d'infirmiers de moins de 35 ans occupe un niveau élevé en Lorraine (38,4%), en Rhénanie-Palatinat (37,1%) et en Sarre (36,4%). Ce sont également les régions dans lesquelles l'indicateur d'« intensité » de formation, qui rapporte le nombre de jeunes en formation aux nombre de professionnels du soin en emploi, est élevé (cf. chap. 3.3.3). Au Luxembourg, un tiers des infirmiers (33,3%) a moins de 35 ans, pour seulement 29,2% en Communauté germanophone de Belgique. Aucune donnée relative à la structure par âges n'est en revanche disponible pour la Wallonie.

La part des actifs en emploi de 55 ans et plus est la plus élevée dans les régions allemandes. En Sarre, les infirmiers « seniors » représentent 12,1% de l'ensemble du personnel et en Rhénanie-Palatinat : 11,9%. Ce pourcentage est très proche en Communauté germanophone de Belgique (11,7%). Dans ces trois régions, de nombreux professionnels arriveront à l'âge de la retraite dans les années à venir et la question de leur remplacement se pose dès à présent. Au Luxembourg et en Lorraine, les pourcentages d'infirmiers en fin de carrière sont plutôt faibles (7,0% et 7,2%). Dans l'ensemble, les actifs en emploi y sont comparativement plus jeunes, ce qui signifie que le pourcentage de moins de 45 ans est plus important que dans les sous-régions allemandes ou en Communauté germanophone de Belgique.

Fig. 27: Répartition par groupes d'âges des infirmiers occupant un emploi en 2011, en %

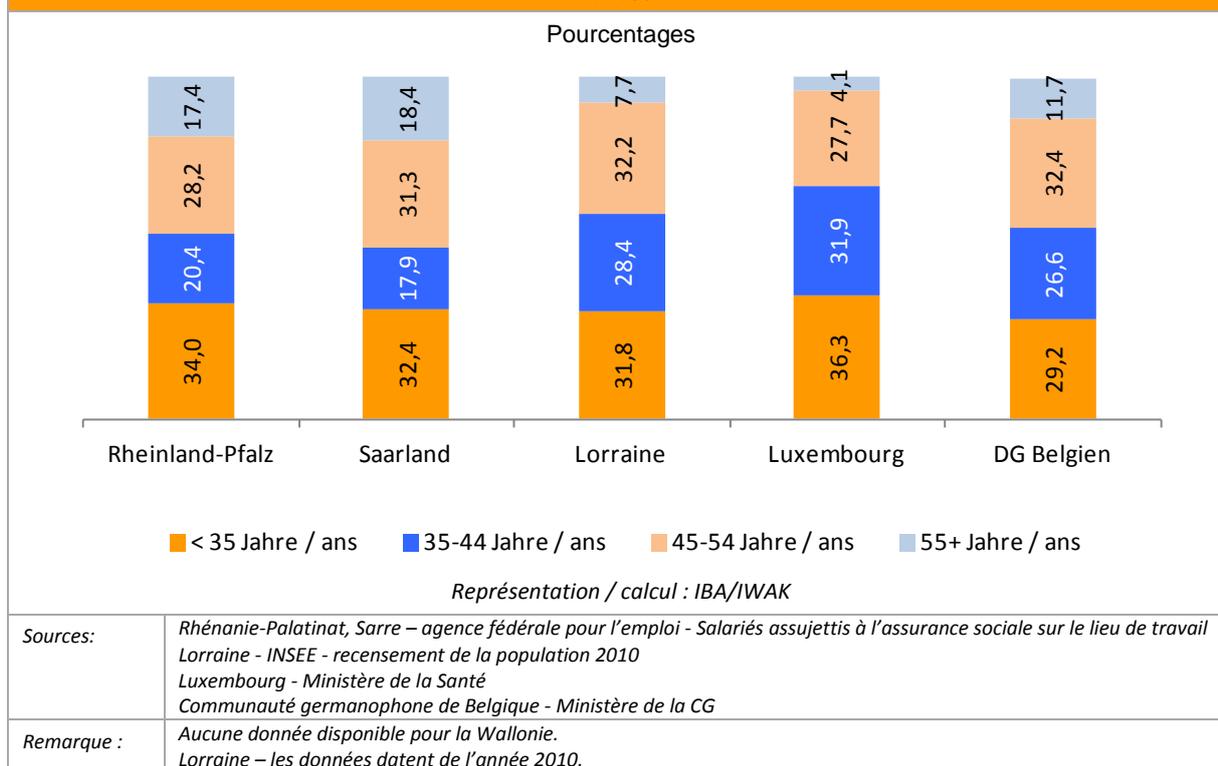


Une comparaison avec la situation de l'année 1999, uniquement possible pour les régions allemandes et pour la Lorraine, montre que le personnel vieillit. En 2011, respectivement 41% et 42% des infirmiers étaient âgés de 45 ans et plus en Rhénanie-Palatinat et en Sarre. Douze années auparavant, ils n'étaient que 21% dans chacune de ces régions. En parallèle, le pourcentage d'infirmiers de moins de 35 ans y a diminué. En Lorraine, le pourcentage de 45 ans et plus est passé de 25% en 1999 à 33% en 2011. La part de jeunes infirmiers est cependant demeurée constante.

Pour ce qui est des auxiliaires de soin, le pourcentage de 55 ans et plus est à nouveau le plus élevé dans les régions allemandes et en Communauté germanophone de Belgique. En Sarre (18,4%) et en Rhénanie-Palatinat (17,4%), il est également nettement plus élevé que celui des infirmiers. En Communauté germanophone de Belgique, 11,7% des auxiliaires de soin sont en fin de carrière. La part de jeunes est la plus élevée au Luxembourg (36,3%), ce qui est probablement lié au développement de l'offre de formation d'aide-soignant proposée au Grand-Duché (cf. chap. 3.3.3) durant les dernières années. En Rhénanie-Palatinat, en Sarre et en Lorraine, environ un tiers des auxiliaires a moins de 35 ans.

Comme pour les infirmiers, le pourcentage d'auxiliaires de soin en fin de carrière travaillant dans les Länder allemands et en Lorraine a également augmenté depuis 1999 (Rhénanie-Palatinat : +8,3%, Sarre : +9,2%, Lorraine : +4,8%). Ceci étant, le pourcentage de jeunes n'a que légèrement diminué en Rhénanie-Palatinat (-2,6%) et en Lorraine (-4,1%) et est même demeuré constant (-0,1%) en Sarre. La question du remplacement des prochains départs à la retraite se pose ainsi également pour les professions auxiliaires.

Fig. 28: répartition par groupes d'âges des auxiliaires de soin occupant un emploi en 2011, en %



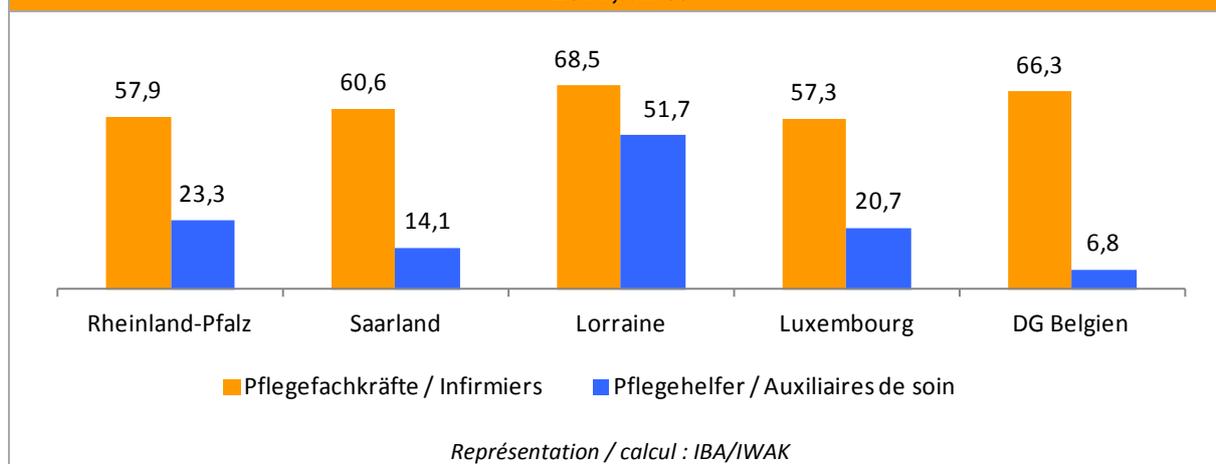
3.5.2.2 Actifs en emploi par secteur

Hormis pour la Wallonie, des données sur les actifs en emploi détaillées par secteur existent dans chacune des composantes de la Grande Région. En tendance, ces données font apparaître une forte concentration du personnel soignant dans le secteur hospitalier. Pour les seuls infirmiers, 68,5% des lorrains sont concernés et 66,3% des belges de la Communauté germanophone. Ce poids est plus faible dans les trois autres sous-régions.

Globalement, les auxiliaires de soin travaillent moins souvent dans les hôpitaux que les infirmiers. Si, en Lorraine, près d'un sur deux sont concernés (51,7%), les ordres de grandeur sont bien différents dans les autres régions : moins d'un quart travaillent dans les hôpitaux dans les autres sous-régions, et la proportion atteint même 6,8 % en Communauté germanophone de Belgique.

En ce qui concerne les deux Länder allemands ainsi que la Lorraine, des données différenciées existent également pour l'année 1999, si bien qu'il est possible de mettre en exergue les mobilités entre les secteurs au fil du temps. À ce titre, la tendance est claire : dans chacune de ces trois sous-régions, le personnel soignant travaillant dans les hôpitaux en 2011 est moins bien représenté qu'il y a douze années auparavant. Ce recul s'observe pour chacune des catégories (infirmiers et auxiliaires de soin). Les établissements pour personnes âgées et les services d'aide à domicile et d'accueil de jour ont par ailleurs vu leurs effectifs de professionnels du soin augmenter.

Fig. 29: Pourcentage des infirmiers et des auxiliaires de soin employés dans les hôpitaux en 2011, en %



Sources:	Rhénanie-Palatinat - Service de la Statistique – statistique des soins, statistique des hôpitaux, statistique des établissements de prévoyance et de réadaptation Sarre - Service de la Statistique – statistique des soins, statistique des hôpitaux, statistique des établissements de prévoyance et de réadaptation Lorraine - INSEE - recensement de la population 2010 Luxembourg - Ministère de la Santé Communauté germanophone de Belgique - Ministère de la CG
Remarque :	Aucune donnée spécifique aux secteurs et aux professions disponible pour la Wallonie. Lorraine – les données datent de l'année 2010.

Le tableau 11 dépeint le rapport entre les infirmiers et les auxiliaires de soin dans les trois secteurs des soins. Ce rapport (mix de compétences) peut être considéré comme un indicateur pour diverses formes d'organisation et de répartition du travail. En Rhénanie-Palatinat et en Sarre, le pourcentage d'infirmiers de tous les secteurs est nettement plus élevé que dans les autres régions. Cela s'explique probablement par le vaste spectre des tâches que peuvent accomplir les infirmiers en Allemagne, qui agrège approximativement, à titre d'exemple, les tâches exécutées et par les infirmiers et par les aides-soignants français (cf. également chap. 2.2). Dans les autres régions, les soins semblent davantage basés sur la division du travail entre infirmiers et auxiliaires, car le ratio est plus favorable à ces derniers. La Rhénanie-Palatinat et la Sarre comptent environ neuf infirmiers pour un auxiliaire de soin. Au Luxembourg et en Wallonie, ce rapport est d'environ deux pour un. En Lorraine et en Communauté germanophone de Belgique, il passe pratiquement à un infirmier pour un auxiliaire.

Tab. 11: Rapport entre le nombre d'infirmiers et le nombre d'auxiliaires de soin en emploi, en 2011

	Hôpitaux	Établissements pour personnes âgées	Intervention à domicile et accueil de jour	Ensemble des trois secteurs
Rhénanie-Palatinat	22,4 : 1	4,1 : 1	6,9 : 1	9,0 : 1
Sarre	36,7 : 1	3,1 : 1	6,9 : 1	8,5 : 1
Lorraine	1,4 : 1	0,3 : 1	2,9 : 1	1,1 : 1
Luxembourg	5,7 : 1	nd	nd	2,1 : 1
Wallonie	nd	nd	nd	1,8 : 1
Communauté germanophone de Belgique	10,9 : 1	0,3 : 1	0,7 : 1	1,1 : 1

Sources: calculs propres sur base des sources de données suivantes : Service de la Statistique de Rhénanie-Palatinat, Service de la Statistique de la Sarre, INSEE, Ministère de la Santé du Luxembourg, SPF Santé publique, Ministère de la CG

Un examen de ce ratio par secteurs d'activités montre un fort déséquilibre en faveur des infirmiers dans les hôpitaux. Les établissements pour personnes âgées et les services d'intervention à domicile et d'accueil de jour recourent dans une moindre proportion aux infirmiers. La seule exception est la Lorraine, où les services de soins à domicile reposent très largement sur des infirmiers indépendants.³⁰

3.5.3 Synthèse des principaux enseignements

En 2011, la Grande Région occupait 150 792 infirmiers, ce qui signifie qu'un peu plus de 3% de l'ensemble des actifs en emploi font partie du personnel soignant. Depuis 1999, le nombre d'actifs en emploi a fortement augmenté. Cette croissance est la plus marquée au Luxembourg, où elle a plus que doublé depuis 1999. C'est le secteur des soins aux personnes âgées qui a le plus bénéficié de cette croissance.

Pour les auxiliaires de soin, et contrairement aux infirmiers, le secteur hospitalier n'est pas le principal employeur, exception faite de la Lorraine où un auxiliaire sur deux y travaille. Les auxiliaires des soins sont en revanche bien représentés dans le secteur des soins aux personnes âgées, alors que la part des infirmiers y est faible.

Dans toutes les régions, près de neuf membres du personnel soignant sur dix sont des femmes. Dans les deux Länder allemands, pratiquement un membre du personnel soignant sur deux travaille à temps partiel. En Lorraine, ce pourcentage est nettement moins élevé mais le temps de travail hebdomadaire légal de 35 heures est plus court qu'en Allemagne, ce qui peut expliquer des différences organisationnelles. Dans les régions allemandes, la mise en place d'incitations visant à accroître le temps de travail moyen pourrait constituer une stratégie appropriée afin de stabiliser les postes. En effet, de nombreux actifs en emploi vont partir à la retraite dans les années à venir, en particulier en Rhénanie-Palatinat, en Sarre et en Communauté germanophone de Belgique. La question de leur remplacement se pose d'ores et déjà.

Le rapport entre les infirmiers et les auxiliaires de soin (mix de compétences) varie parfois fortement entre les régions et les secteurs employeurs. Dans les régions allemandes, la proportion d'infirmiers de tous les secteurs est significativement plus élevée que dans les autres composantes de la Grande Région. Une analyse détaillée des diverses formes d'organisation du travail dans le domaine des soins paraît incontournable pour mieux comprendre les mécanismes des marchés du travail dans chacune des composantes, et envisager plus finement des « passerelles » entre les régions.

³⁰ Veuillez observer que les rapports entre infirmiers et auxiliaires ne permettent de tirer aucune conclusion quant à la qualité des soins. La présente étude ne porte ni sur la manière dont les prestations de soins sont effectuées au sein des établissements ni sur les circonstances dans lesquelles elles le sont. Ces aspects devraient être examinés dans le cadre d'un projet subséquent.

3.6 Mobilité des frontaliers

Le présent chapitre détaille les résultats relatifs à la mobilité du personnel soignant dans la Grande Région et est structuré différemment des autres chapitres. La brève introduction sur le contexte juridique de la mobilité transfrontalière dans les professions du soin (chap. 3.6.1) est suivie d'un sous-chapitre pour chacune des six régions partenaires, étant entendu que les deux Länder allemands sont analysés conjointement (chap. 3.6.2 à 3.6.6). Ces sous-chapitres comprennent dans un premier temps des remarques méthodologiques sur les données utilisées. Ensuite, le nombre de frontaliers entrants est présenté par pays d'origine, par secteur d'emploi et dans le temps, pour autant que ces données soient disponibles. Le pourcentage des frontaliers dans l'emploi global dans les secteurs des soins est décrit, tout comme les caractéristiques structurelles du groupe considéré, par exemple le taux d'emploi à temps partiel et la pyramide des âges. Toutefois, ces informations ne sont pas disponibles pour toutes les régions. La présentation des résultats est complétée par une indication du nombre de demandes de reconnaissances d'un diplôme étranger. Enfin, la conclusion compare les résultats des différentes régions et donne un aperçu global de la mobilité sur le marché du travail en soins infirmiers dans la Grande Région (chap. 3.6.7).

3.6.1 Informations générales

Deux dispositions cadres au niveau européen jouent un rôle important dans la mobilité transfrontalière du personnel soignant dans la Grande Région, à savoir le droit à la libre circulation des travailleurs et la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications étrangères. Viennent s'y ajouter les réglementations nationales sur la reconnaissance de qualifications étrangères. Nous entrerons brièvement dans les détails de ces dispositions.

Le droit à la libre circulation permet à tout citoyen de l'UE de travailler dans un pays de l'UE autre que celui dans lequel il habite. C'est un principe fondamental de l'Union Européenne. Il est interdit de discriminer les étrangers par rapport aux résidents nationaux sur le marché du travail. Ces principes se fondent sur l'article 15 paragraphe 2 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne et sur l'article 45 du Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne. Malgré le droit à libre circulation des travailleurs, les Etats membres peuvent réglementer l'accès à une profession donnée, ce qui est déjà le cas dans le secteur des soins. Les soins infirmiers font partie des professions réglementées. Les personnes qui souhaitent exercer cette profession doivent posséder une qualification spécifique qu'elles acquièrent dans le cadre d'une formation. Cette qualification doit être reconnue dans l'Etat dans lequel ces personnes souhaitent travailler.

La directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles a été adoptée en 2005 pour faciliter cette reconnaissance au sein de l'UE. La directive est entrée en vigueur en 2007 et a été révisée en 2013.³¹ Selon

³¹ La directive révisée en 2013 exige une nouvelle stratégie selon laquelle chaque Etat membre doit vérifier et moderniser ses dispositions relatives aux qualifications professionnelles qui réglementent l'accès à des professions ou à des désignations professionnelles. Un calendrier s'étendant jusqu'à la mi-2015 est présenté dans une communication de la Commission intitulée « Evaluation des réglementations nationales relatives à l'accès à la profession » d'octobre 2013. Il faut donc s'attendre sous peu à des modifications des réglementations nationales.

celle-ci, la profession « d'infirmier en soins généraux » est reconnue automatiquement pour autant que les personnes concernées disposent d'un diplôme professionnel obtenu dans un Etat membre et aient ainsi acquis le titre professionnel. Des normes minimales ont été définies et le fait que la formation se déroule dans un cadre scolaire ou universitaire est sans incidence. Les infirmiers en soins généraux allemands ont ainsi le droit de faire reconnaître leur diplôme professionnel dans tous les Etats membres de l'UE.

La reconnaissance des diplômes allemands n'est pas automatique dans le domaine des soins dispensés en puériculture et en gériatrie. Au niveau de l'UE, les soins de puériculture sont considérés comme une spécialité qui s'ajoute en général au diplôme d'infirmier en soins généraux. En Allemagne en revanche, il s'agit d'une formation indépendante. Pour que le diplôme soit reconnu, le titulaire doit déposer une demande qui est traitée par l'autorité compétente de l'Etat où il souhaite travailler. Une demande doit également être déposée pour faire reconnaître un examen d'infirmier en gériatrie. Des obstacles apparaissent également dans la reconnaissance de la qualification des aides-soignants dans les composantes de la Grande Région. Il n'existe pas de reconnaissance automatique comme pour les infirmiers en soins généraux. Au Luxembourg, les aides-soignants en possession d'un diplôme étranger doivent se soumettre à un examen d'aptitude ou un stage d'adaptation auprès d'un employeur dont la durée peut varier. En Lorraine, un jury technique régional issu de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) examine les expériences professionnelles et se prononce sur la reconnaissance de la qualification. En Allemagne, les décisions de reconnaissance de la qualification sont prises au niveau des Länder. Les formations d'aide-soignant divergeant selon les Länder, la reconnaissance à l'intérieur de l'Allemagne peut parfois poser problème.

Pour travailler dans un Etat autre que celui dans lequel on a acquis une qualification professionnelle, il est indispensable, parallèlement à la reconnaissance de cette qualification, de justifier de la maîtrise de la langue nationale respective. En Rhénanie-Palatinat, en Sarre et en France, on encourage le niveau de langage B2 (utilisateur indépendant) selon le Cadre européen commun de référence pour les langues (CECR). En Wallonie et au Luxembourg également, il est obligatoire de maîtriser la langue nationale.

En Rhénanie-Palatinat, le Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung – LSJV – (Office régional chargé des affaires sociales, de la jeunesse et de la prévoyance) est compétent pour la procédure de reconnaissance. En Sarre, cette tâche est assumée par la Zentrale für Gesundheitsberufe beim Landesamt für Gesundheit und Verbraucherschutz (Centrale des professions de la santé auprès de l'Office régional de la santé et de la protection des consommateurs). En Lorraine, la responsabilité incombe à la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Au Luxembourg, il existe un service de reconnaissance des diplômés auprès du Ministère de l'Education Nationale. En Wallonie, le SPF Service Public (Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) et dans la CG de Belgique, le Föderale Öffentliche Dienst Volksgesundheit (service fédéral chargé de la santé publique) sont responsables de la reconnaissance des diplômes étrangers.

3.6.2 Mobilité vers la Sarre et la Rhénanie-Palatinat

3.6.2.1 Remarques méthodologiques

Pour analyser la mobilité transfrontalière des salariés dans le domaine des soins, nous nous sommes appuyés pour les deux régions allemandes sur le nombre de salariés soumis à l'assurance sociale³² dans les professions du soin, dont le lieu de travail³³ est situé en Rhénanie-Palatinat ou en Sarre et le lieu de résidence³⁴ en France, en Belgique ou au Luxembourg. Ces données proviennent des statistiques de la Bundesagentur für Arbeit (Agence fédérale pour l'emploi) sur les salariés assurés (données à la date de référence du 30/06).

Pour identifier les « professions du soin » dans les statistiques, il a été fait appel à la classification des professions de 1988 qui ne peut être évaluée que jusqu'au niveau des catégories professionnelles (à 3 positions) pour les données sur les salariés assurés habitant en Rhénanie-Palatinat ou en Sarre par pays d'origine. Les catégories professionnelles pertinentes sont la catégorie 853 – infirmières, infirmiers, sages-femmes (cat. 2 – infirmiers) et la catégorie 854 - aides dans les soins aux malades (cat. 3 – auxiliaires de soin). Les infirmiers en gériatrie ne sont pas pris en compte car ce métier n'existe qu'en Allemagne. En revanche, les sages-femmes y sont intégrées. La catégorie professionnelle 854 englobe éventuellement, outre les auxiliaires de soin (cat. 3), des aides peu qualifiés (cat. 4).

Les données de la Bundesagentur für Arbeit (BA) sont présentées ci-dessous de manière différenciée pour les années 1999 et 2007-2011, par nationalité ainsi que parfois au niveau local (districts et villes). L'analyse se focalise sur les frontaliers originaires de France car les chiffres concernant la mobilité des salariés originaires de Belgique et du Luxembourg sont souvent trop faibles pour permettre des différenciations. Les données sur les caractéristiques structurelles des frontaliers, comme le taux d'emploi à temps partiel ou la pyramide des âges, ne sont pas disponibles. Dans le cadre de l'analyse de la mobilité frontalière pour les

³² Les statistiques se fondent sur la procédure de déclaration à la sécurité sociale qui englobe tous les employés (y compris les salariés au titre de la formation professionnelle) assujettis à l'assurance maladie ou à l'assurance retraite obligatoire ou encore à l'assurance obligatoire au titre du code social SGB III. Font également partie des salariés assurés les jeunes en formation, les salariés en cessation progressive d'activité, les stagiaires, les étudiants salariés et les personnes qui sont appelées à accomplir leurs obligations militaires (exercices militaires) alors qu'elles ont un emploi assuré. Ne font pas partie des salariés assujettis à la sécurité sociale les fonctionnaires, les professionnels indépendants, les employés à domicile, les militaires professionnels et contractuels ainsi que les personnes effectuant leur service militaire ou civil.

³³ Le lieu de travail des salariés est identifié par le biais du numéro d'identification indiqué par l'employeur dans les déclarations. La catégorisation correcte des salariés en fonction du lieu de travail dépend de l'utilisation appropriée des numéros d'identification attribués par le service de numéros d'identification (BNS). Si l'employeur a plusieurs entreprises dans différentes communes notamment, il peut y avoir des erreurs d'affectation régionales, par ex. lorsque les salariés de toutes les filiales sont déclarés sous le numéro d'identification de l'entreprise. Dans ce cas, l'affectation de tous les salariés qui ne travaillent pas dans l'établissement principal serait incorrecte.

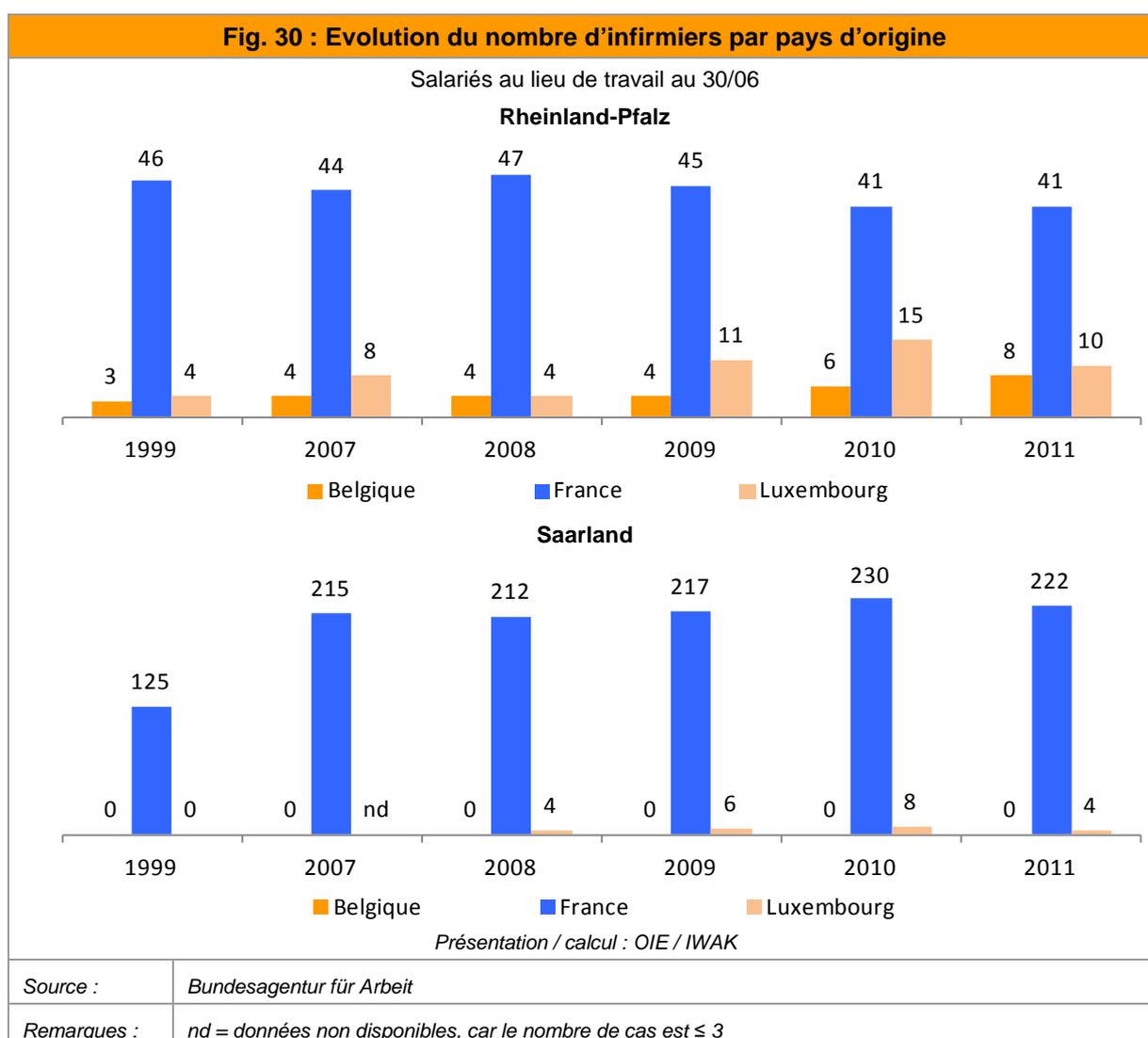
³⁴ Le lieu de résidence des salariés provient des déclarations des employeurs à la sécurité sociale. L'employeur doit indiquer l'adresse valide lors de chaque déclaration. Une modification de l'adresse n'est communiquée qu'avec la déclaration annuelle suivante. Au maximum, il peut s'écouler un an avant que le changement d'adresse n'apparaisse dans les statistiques. A une personne donnée correspond uniquement la dernière adresse communiquée. Les indications antérieures sont supprimées, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'historique. Pour certains salariés, il peut y avoir quelques imprécisions dans le recensement du lieu de résidence. En effet, les dispositions relatives à la déclaration n'indiquent pas clairement quel domicile – principal ou secondaire où le salarié passe le plus de temps – doit être déclaré par l'employeur. Dans les statistiques sur les salariés, il peut arriver qu'un salarié soit déclaré « employé venant de loin » entre domicile principal déclaré et lieu de travail, bien que le salarié exerce son activité professionnelle à son domicile secondaire et donc ne se déplace pas.

régions allemandes, les données de la BA permettent également d’obtenir des informations sur les « frontaliers atypiques ». Il s’agit des salariés qui ont transféré leur lieu de résidence d’une région vers une autre au sein de la Grande Région, mais continuent de se rendre dans leur ‘région d’origine’ tous les jours ou presque pour y travailler (dans le cas présent : des Allemands qui vivent en France mais travaillent en Sarre ou en Rhénanie-Palatinat).

Sont également présentées des données sur les demandes de reconnaissance du diplôme professionnel d’infirmier en soins généraux ou d’infirmier en puériculture. Les données relatives à la Rhénanie-Palatinat sont fournies par le Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV) et portent sur la période 2002-2013. Les données sarroises sont mises à disposition par le Landesamt für Soziales sur la période 2010 – 2013.

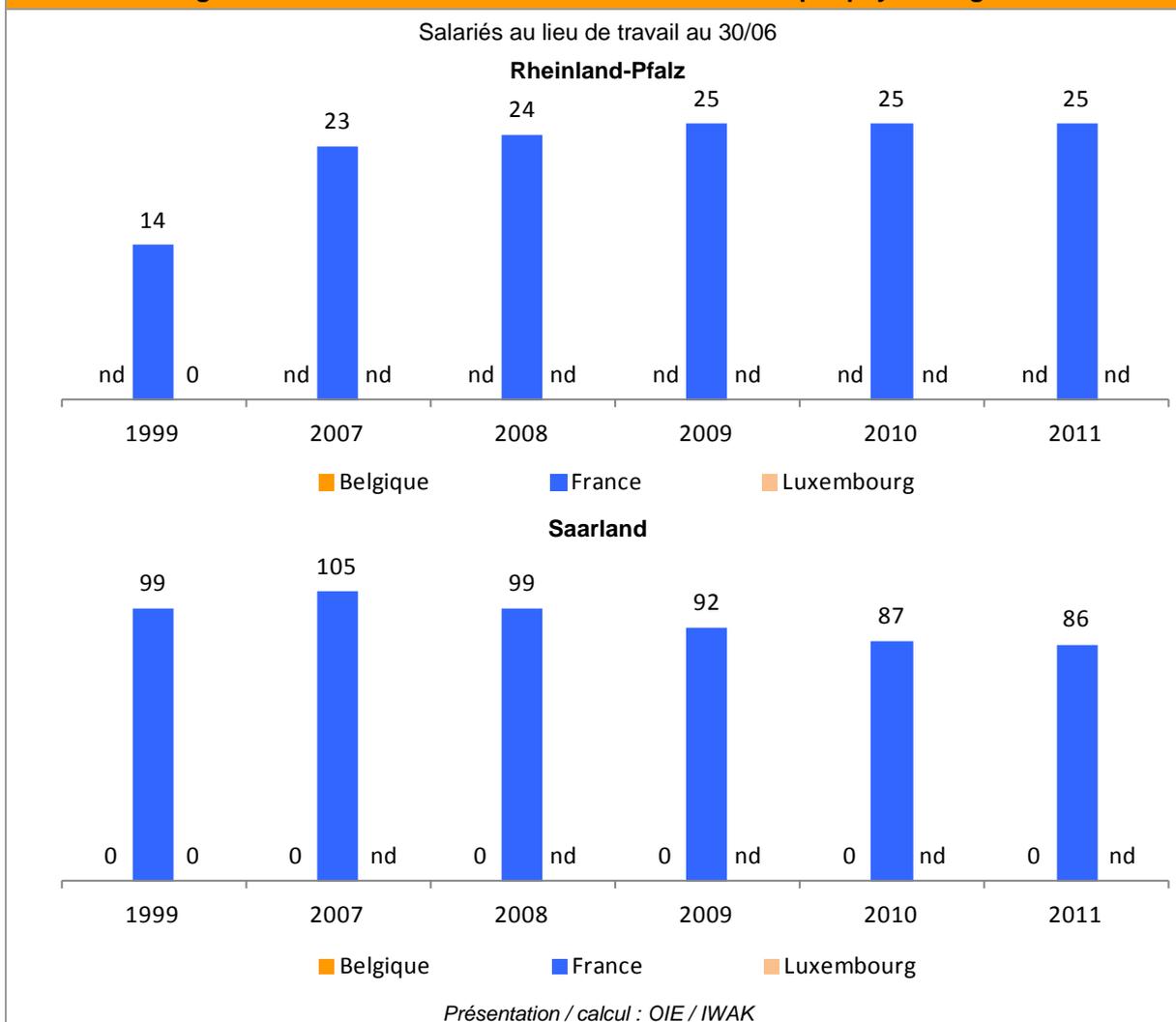
3.6.2.2 Résultats

Les données sur les infirmiers frontaliers montrent que le nombre de personnes se rendant en Sarre (226 personnes) est globalement bien supérieur au nombre de personnes travaillant en Rhénanie-Palatinat (59 personnes). Le flux de frontaliers venant de France est de loin le plus important ; pour les infirmiers originaires du Luxembourg et de Belgique, le marché du travail allemand pour les professions du soin n’est pas particulièrement important.



En Sarre, le nombre de frontaliers entrants a fortement augmenté entre 1999 et 2011 (+77,6%). Depuis 2007, le nombre de frontaliers entrants originaires de France est cependant resté constant et s'établit à 222 personnes en 2011. Sur ces 222 frontaliers, 172 (soit 77,5%) travaillent dans la communauté urbaine de Sarrebruck. En Rhénanie-Palatinat, l'ancienne circonscription administrative de Rheinhesen-Pfalz (Hesse rhénane-Palatinat) est la principale destination des frontaliers originaires de France (plus de 85%) ; parmi eux, 13 personnes (soit env. 32% au total) travaillent dans le district Südliche Weinstraße. Sur les dix infirmiers se rendant du Luxembourg en Rhénanie-Palatinat, sept travaillent à Trèves.

Fig. 31 : Évolution du nombre d'auxiliaires de soin par pays d'origine

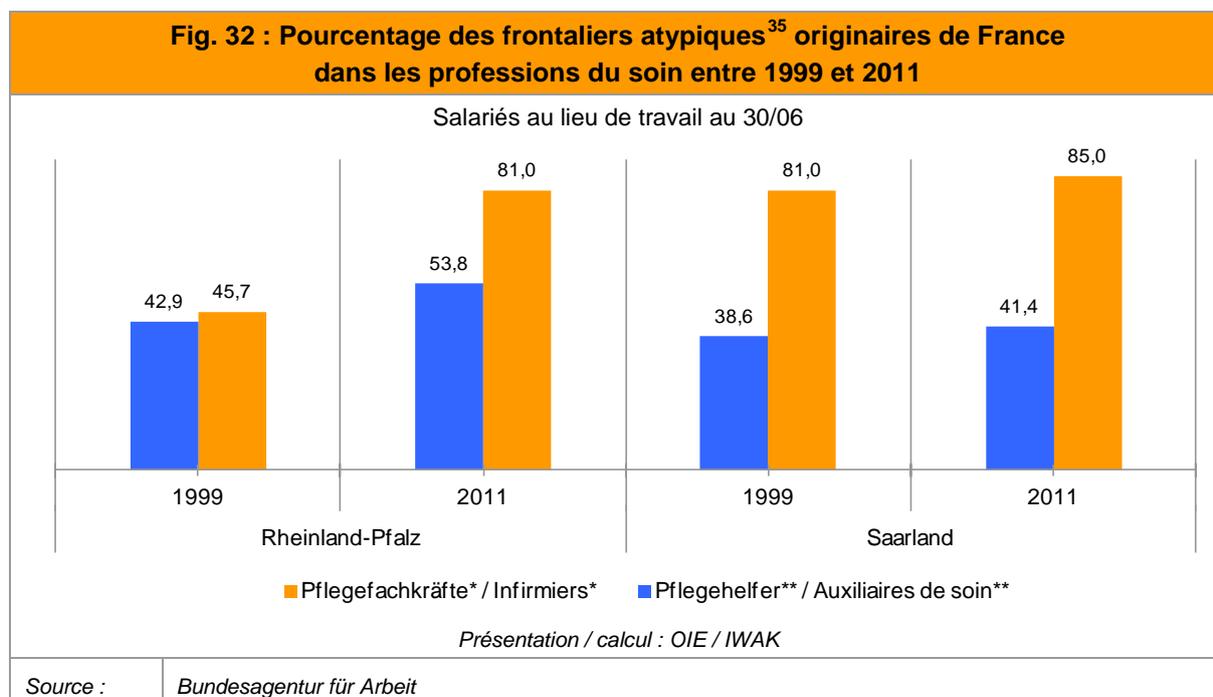


Source :	Bundesagentur für Arbeit
Remarques :	nd = données non disponibles, car le nombre de cas est ≤ 3

En Sarre comme en Rhénanie-Palatinat, ce sont les frontaliers français qui sont les plus nombreux dans les métiers d'auxiliaires de soins. En provenance de Belgique et du Luxembourg, leur chiffre est soit égal à zéro soit si faible qu'il n'est pas possible d'indiquer de valeur. Dans les deux Länder, le nombre d'auxiliaires de soin originaires de France est néanmoins inférieur de moitié au nombre des infirmiers ; leur nombre a baissé en Sarre depuis 2007 tandis que celui des infirmiers se rendant en Allemagne a augmenté sur la même période. Par rapport à 1999, le nombre des auxiliaires de soin est en régression de 13,1%),

alors que celui des infirmiers a fait un bond de 77,6%. L'évolution observée en Rhénanie-Palatinat est diamétralement opposée : alors que le nombre d'infirmiers est en légère baisse depuis 1999, celui des auxiliaires de soin originaires de France a augmenté de 78,6% et s'établit à présent à un total de 25 personnes. Celles-ci travaillent principalement dans le district Südliche Weinstraße (15 personnes). La principale destination en Sarre est la communauté urbaine de Sarrebruck dans laquelle travaillent 74 des 86 auxiliaires de soin venant de France.

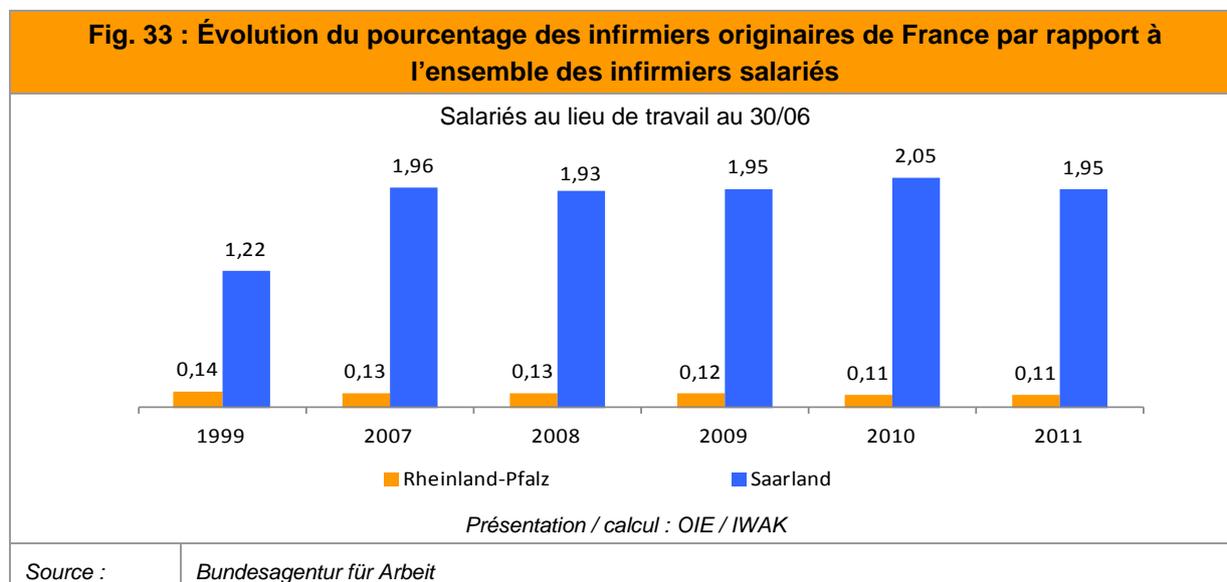
La question se pose de savoir si les frontaliers venant de France sont Français ou s'il s'agit d'Allemands ayant transféré leur lieu de résidence en France. La figure ci-dessous montre qu'en 2011 plus de 80% des infirmiers se rendant en Rhénanie-Palatinat et en Sarre sont des ressortissants allemands et, par là même, des frontaliers dits atypiques. Dans le cas des auxiliaires de soin, leur nombre s'élève à environ 40% en Sarre et 54% en Rhénanie-Palatinat. On constate cependant pour les deux régions allemandes, et plus particulièrement pour la Rhénanie-Palatinat, que le nombre de frontaliers atypiques a augmenté depuis 1999 dans le secteur des soins.



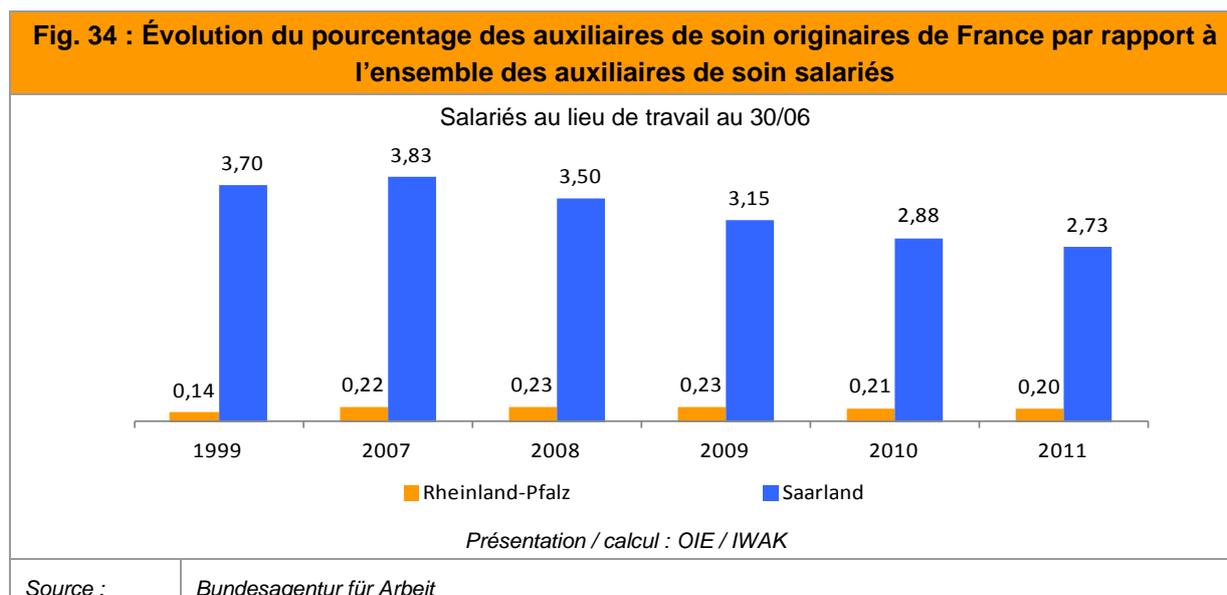
Pour l'ensemble des frontaliers (tous métiers inclus), le groupe des frontaliers atypiques représente une proportion d'environ 35% en Sarre et 20 % en Rhénanie-Palatinat. Dans les professions du soin, leur pourcentage est nettement plus élevé que sur le marché du travail dans sa globalité. Le marché du travail allemand ne revêt qu'une faible importance pour les infirmiers ainsi que pour les auxiliaires de soin français. Ce constat ressort également de l'analyse du pourcentage des salariés originaires de France par rapport à l'ensemble des salariés. Les 222 infirmiers vivant en France et travaillant en Sarre ne représentaient en 2011 que 2% de l'ensemble des salariés dans cette catégorie professionnelle en Sarre. En

³⁵ Les frontaliers atypiques sont des salariés qui ont transféré leur domicile d'une zone de la Grande Région vers une autre mais qui se rendent presque tous les jours dans leur « région d'origine » pour y travailler (dans le cas présent : les Allemands qui vivent en France, mais travaillent en Sarre ou en Rhénanie-Palatinat).

Rhénanie-Palatinat, les 41 infirmiers originaires de France ne représentent que 0,11% du nombre total des salariés. Par ailleurs, ce pourcentage est en régression en Rhénanie-Palatinat, tandis que la part des frontaliers originaires de France en Sarre a augmenté depuis 1999 (voir ci-dessous). Cette hausse est cependant due à l'augmentation du nombre de frontaliers atypiques davantage que celle du nombre de Français dans cette catégorie professionnelle.



Les frontaliers originaires de France occupent dans les deux Länder allemands une place plus importante pour la catégorie des auxiliaires de soin que pour celle des infirmiers. Les pourcentages que détiennent les auxiliaires de soin venant de France sont plus élevés dans cette profession que pour les infirmiers. En Rhénanie-Palatinat, leur importance a légèrement augmenté depuis 1999, alors qu'il a diminué en Sarre (voir fig. 34).



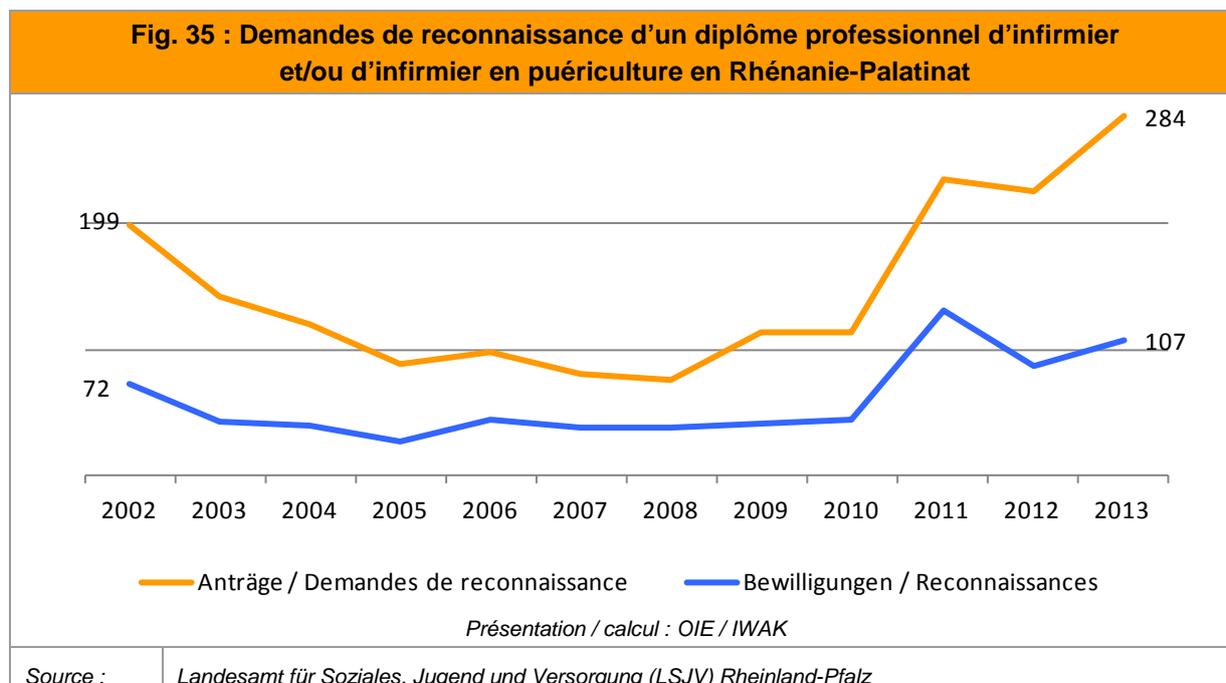
En Sarre, le nombre absolu et le pourcentage des infirmiers venant de France dans l'emploi global dans les soins infirmiers sont plus élevés qu'en Rhénanie-Palatinat ; par ailleurs, les



professions du soin (et plus particulièrement les infirmiers) sont plus importants pour les frontaliers originaires de France et se rendant en Sarre que pour ceux travaillant en Rhénanie-Palatinat. Ainsi, environ 1,6 % des 19 105 frontaliers exerçait une professions du soin en 2011 en Sarre, tandis que ce pourcentage n'était que de 1,36 % dans le nombre total de frontaliers entrants en Rhénanie-Palatinat (4 846 personnes).

Dans les deux Länder allemands, on relève depuis 1999 une hausse de la part des professionnels du soin parmi les frontaliers – notamment en Sarre, ce qui s'explique par un pourcentage plus élevé d'infirmiers (de 0,53% à 1,16%), alors que le pourcentage des auxiliaires de soin n'a guère évolué (0,45%). En Rhénanie-Palatinat en revanche, le pourcentage des infirmiers dans le nombre total de Français est resté constant (0,85%). En revanche, le pourcentage des auxiliaires de soin a doublé, passant de 0,26% à 0,52%. Les chiffres restent toutefois à un faible niveau globalement.

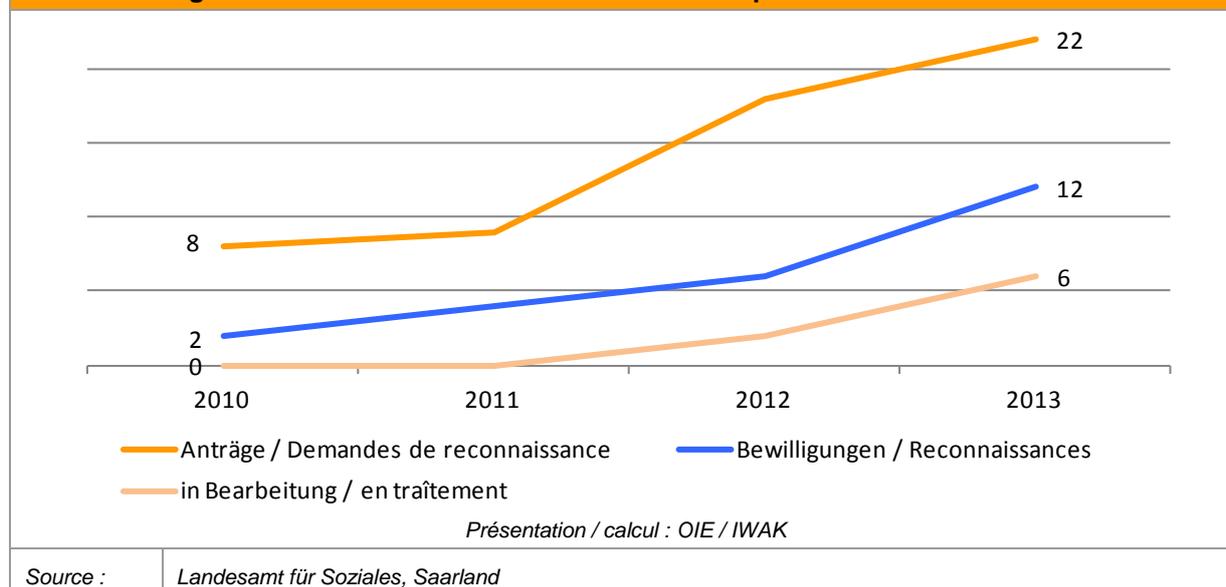
L'importance du marchés du travail pour les professionnels du soin en Rhénanie-Palatinat et en Sarre peut également être mesurée au nombre d'infirmiers étrangers déposant une demande de reconnaissance de diplôme. Les autorités régionales responsables de la procédure de reconnaissance gèrent des données correspondantes. En Rhénanie-Palatinat, 284 étrangers titulaires d'un diplôme étranger ont déposé une demande de reconnaissance de leur diplôme professionnel d'infirmier ou d'infirmier en puériculture en 2013. Parmi celles-ci, 107 ont été acceptées dans le courant de l'année. Entre 2005 et 2010, le nombre de demandes a varié entre 76 et 113, et environ 40% ont été acceptées. En 2011, le nombre de demandes a doublé, passant à 234, et est resté à un niveau similaire en 2012. En revanche, la demande de reconnaissance professionnelle a connu une hausse en 2013 et le nombre de demandes s'établit à 284. Le taux de réponses positives est resté relativement constant.



En Sarre, le nombre de demandes de reconnaissance de diplômes dans les soins est moins élevé : en 2013, 22 infirmiers ont déposé une demande (douze ont été acceptées). Par ail-

leurs, les administrations régionales ont reçu 15 demandes de reconnaissance de diplômes pour les auxiliaires de soin, dont onze ont été acceptées. Le nombre de demandes de reconnaissance déposées par des infirmiers a fortement augmenté depuis 2010, alors que les chiffres varient pour les auxiliaires de soin mais affichent toutefois une tendance à la hausse.

Fig. 36 : Demandes de reconnaissance d'un diplôme d'infirmier en Sarre



Ces données tout comme les chiffres sur les frontaliers entrants présentés précédemment montrent d'une façon générale, que le marché du travail dans ces régions allemandes n'est pas très attrayant pour les professionnels du soin français, luxembourgeois et belges.

3.6.3 Mobilité vers la Lorraine

Les données sur les salariés travaillant dans le domaine des soins en Lorraine et habitant en Belgique, en Allemagne ou au Luxembourg ne sont malheureusement pas disponibles. Il n'a pas été possible non plus d'analyser le nombre de demandes de reconnaissance de diplômes professionnels obtenus à l'étranger dans le secteur des soins infirmiers.

3.6.4 Mobilité vers la Wallonie

3.6.4.1 Remarques méthodologiques

L'analyse de la mobilité transfrontalière en Wallonie dans les soins repose sur le nombre de salariés travaillant en Wallonie (y compris la CG de Belgique) et habitant en France, en Allemagne ou au Luxembourg, disponible à l'ONSS³⁶ (Office National de la Sécurité Sociale) au 31/12. Les données de l'ONSS ne permettent toutefois pas de faire une différenciation selon les professions. Pour pouvoir toutefois donner un aperçu du marché du travail dans le domaine des soins pour les frontaliers se rendant en Wallonie, nous avons opté pour une

³⁶ L'ONSS perçoit et gère les cotisations sociales des employeurs et des employés qui permettent de financer différents volets de la sécurité sociale. Il collecte et distribue des données administratives de base pour le compte d'autres institutions de la sécurité sociale.

analyse de tous les salariés dans les trois « secteurs des soins » (voir chapitre 3.1), qu'il s'agisse des professionnels du soin ou de membres d'autres catégories professionnelles.

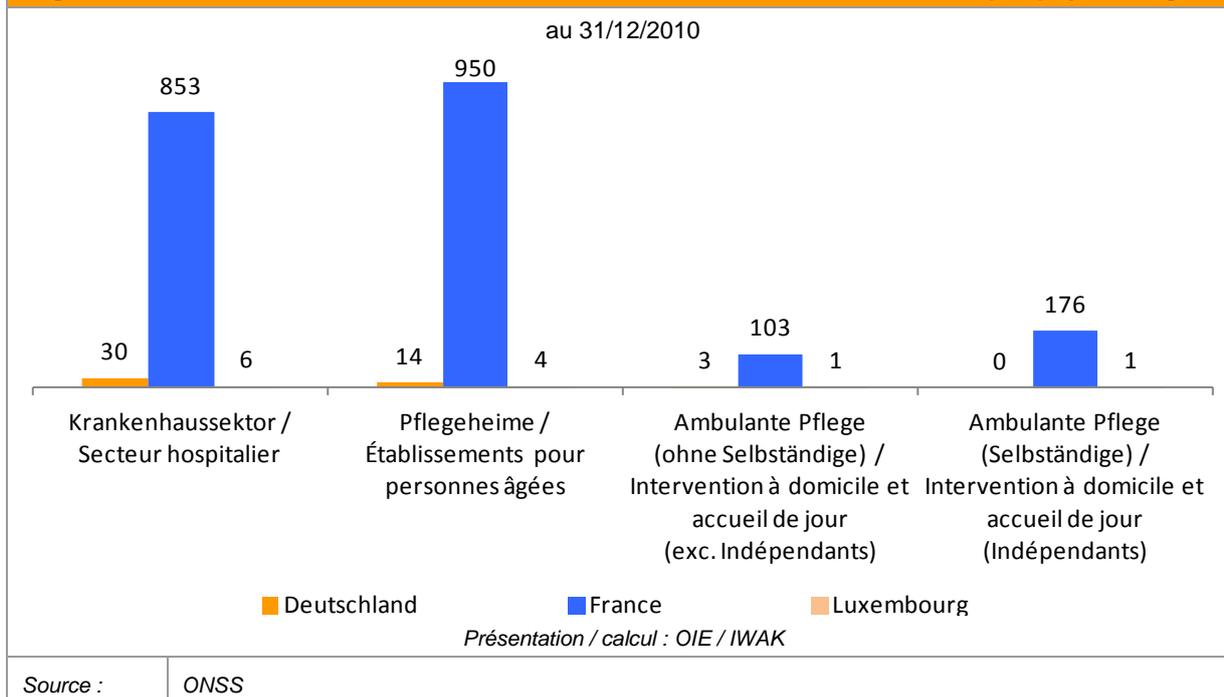
Les données sont présentées ci-dessous à la date de référence du 31/12/2010 selon le sexe, la structure d'âge, le type de contrat (temps partiel/temps plein) et parfois au niveau local (provinces). L'analyse se concentre sur les frontaliers originaires de France, car le nombre de frontaliers venant d'Allemagne et du Luxembourg est souvent trop faible pour pouvoir procéder à d'autres différenciations.

Les données sur les reconnaissances de diplômes professionnels étrangers dans les soins ne sont pas disponibles. En plus des données sur les salariés, des informations mises à disposition par l'ETNIC (Entreprise publique des Technologies nouvelles de l'Information et de la Communication), du CCBI (Centre de Compétences Business Intelligence) et de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont permis de déterminer le nombre de personnes en formation pour le métier d'infirmier par nationalité sur la période 2005-2012. Ces informations contribuent à décrire la mobilité transfrontalière vers la Wallonie.

3.6.4.2 Résultats

Fin 2010, on dénombrait 2 141 personnes se rendant en Wallonie en provenance des trois autres composantes de la Grande Région afin de travailler dans l'un des trois « secteurs des soins ». La majorité des frontaliers entrants est originaire de France (plus de 97%). Les frontaliers venant d'Allemagne représentent environ 2,2%. Ceux-ci travaillent principalement dans le secteur hospitalier (63,8%). Les frontaliers français travaillent presque pour moitié (46%, soit 950 personnes) dans des établissements pour personnes âgées (codes NACE 87.10 et 87.301+87.302). Les autres 41 % travaillent dans le secteur hospitalier. Au nombre de 853, ils représentent environ 1,5% du personnel hospitalier en Wallonie. Les Français, au nombre de 176, qui travaillent comme infirmiers libéraux (code NACE 86,906) ont une plus grande importance. Ils représentent plus de 4% des salariés et indépendants dans les interventions à domicile et accueil de jour. Il n'a pas été possible de savoir combien de frontaliers atypiques se trouvent parmi les professionnels du soin qui se rendent en Wallonie. Aucune donnée n'était disponible sur ce point.

Fig. 37 : Frontaliers entrants en Wallonie dans les trois secteurs des soins, par pays d'origine

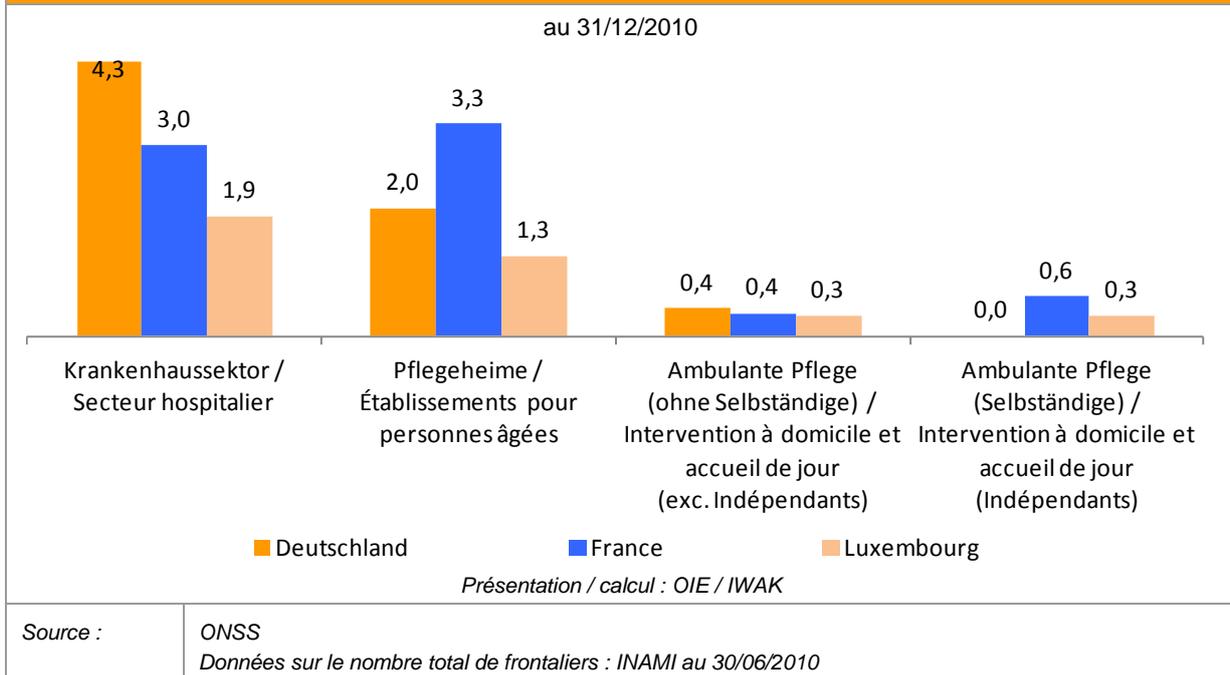


L'analyse par territoire fait ressortir que 82% des frontaliers français se rendent dans la Province de Hainaut pour y travailler³⁷. La majeure partie des frontaliers entrants en Wallonie est probablement originaire des départements Nord et Ardennes et non pas de Lorraine. Ce constat s'applique également aux Allemands se rendant en Wallonie ; ils travaillent tous dans la Province de Liège qui est à proximité de la Rhénanie-Du-Nord-Westphalie. La destination privilégiée par les Luxembourgeois est la Province du Luxembourg.

Les caractéristiques de l'emploi pour les frontaliers entrants varient en fonction du pays d'origine (voir fig. 38). Sur les 28 600 Français se rendant en Wallonie, seuls 7,3% travaillaient en 2010 dans l'un des trois secteurs des soins. Pour les frontaliers originaires d'Allemagne, qui constituent un groupe relativement petit, le marché du travail dans le secteur des soins ne joue qu'un rôle secondaire : 6,7% étaient employés dans des hôpitaux, des établissements pour personnes âgées et dans les interventions à domicile et accueil de jour. L'importance du secteur des soins wallons pour les salariés originaires d'Allemagne a augmenté, notamment au cours des dernières années (+37%). Par rapport à 2008, davantage de Français se sont également rendus en Wallonie en 2010 pour travailler dans le secteur des soins (+18,3%). Cette hausse s'explique par la croissance observée dans les maisons de soins médicalisées (secteur 87.30). En revanche, le nombre de frontaliers français dans le secteur hospitalier a légèrement baissé sur cette même période.

³⁷ Les chiffres relatifs à la Province ainsi que les chiffres sur l'évolution dans le temps se réfèrent au code NACE à 4 positions et non à 5 positions, car les données au niveau des provinces et sur l'évolution dans le temps n'étaient disponibles qu'au niveau NACE à 4 positions à la date de l'élaboration du rapport. Les codes NACE 87.10 et 87.30 ont été utilisés pour les établissements pour personnes âgées et les codes NACE 86.90 et 88.10 pour les soins et l'aide à domicile.

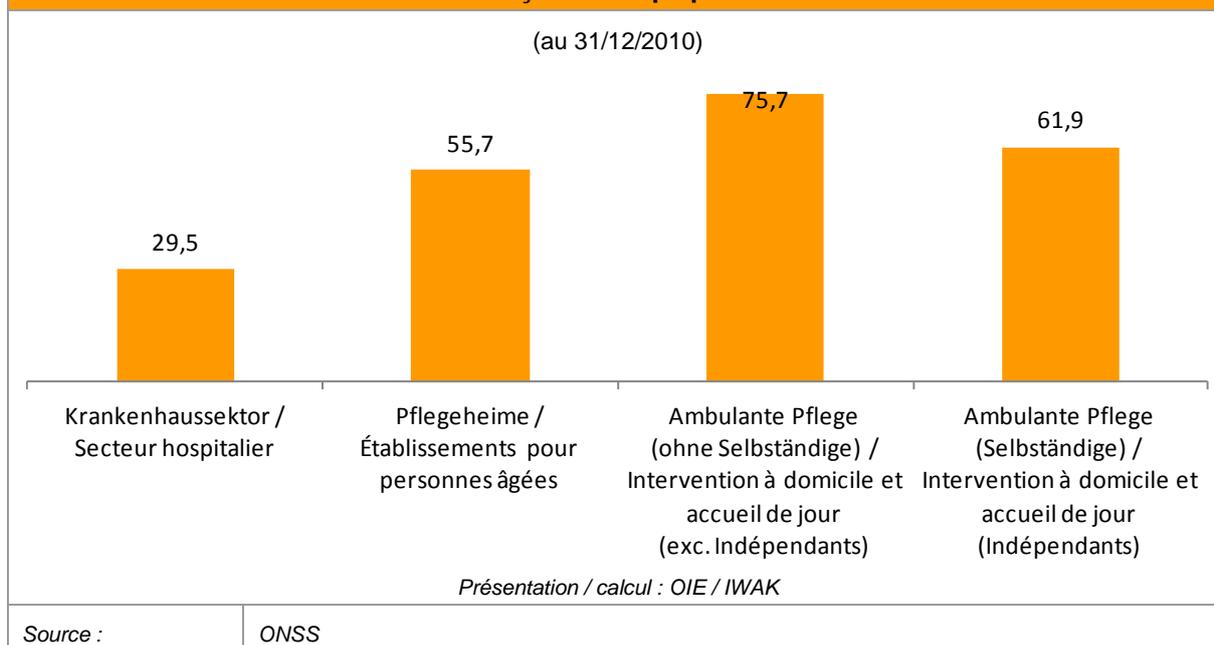
Fig. 38 : Pourcentage des frontaliers entrants en Wallonie dans les trois secteurs des soins, rapporté à l'ensemble des frontaliers, selon le pays d'origine



Pour avoir un aperçu du profil des frontaliers travaillant dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées, les interventions à domicile et l'accueil de jour, nous détaillons ci-dessous les caractéristiques structurelles de ce groupe (genre, structure d'âge, temps de travail) en mettant l'accent sur les frontaliers originaires de France.

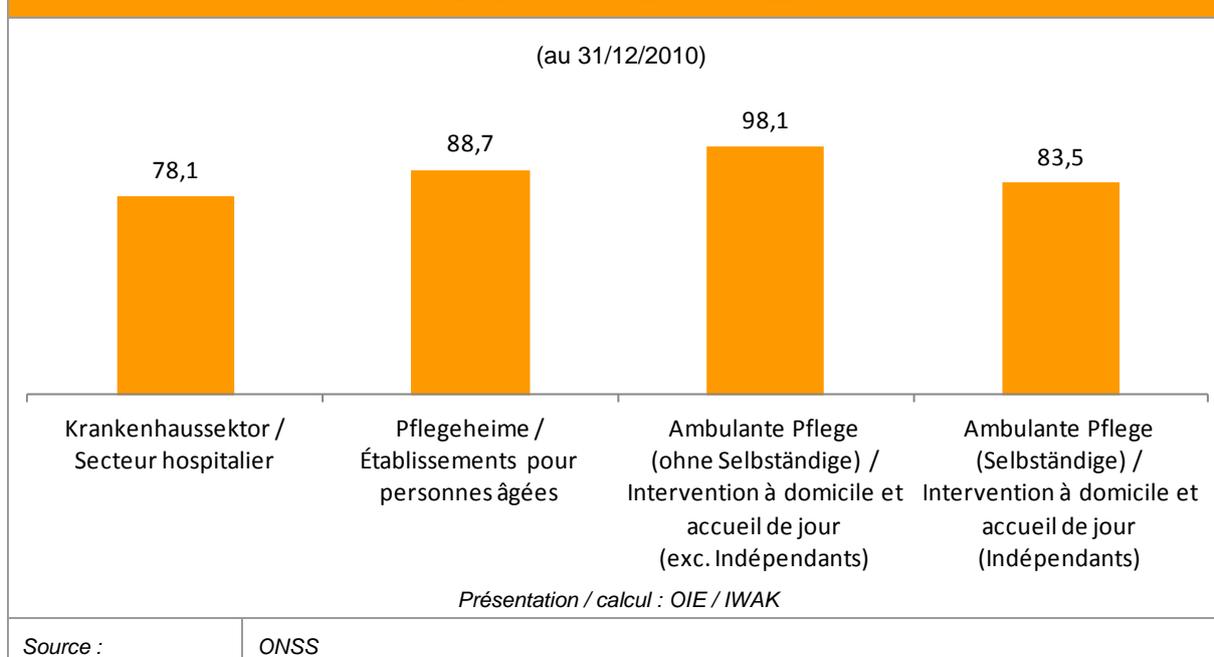
Le temps de travail moyen des frontaliers varie selon le secteur d'activité. Alors que dans les interventions à domicile et l'accueil de jour, plus des trois quarts des salariés ont un emploi à temps partiel, la proportion est de moins d'un tiers dans les hôpitaux. En général, l'emploi à temps partiel est relativement fréquent chez les frontaliers travaillant dans le secteur des soins : selon les données d'Eurostat, l'emploi à temps partiel en Wallonie s'établit actuellement à quelque 25% et est ainsi nettement inférieur à ces valeurs. Il est possible que le pourcentage élevé de femmes explique les taux élevés de travail à temps partiel dans le secteur des soins.

Fig. 39 : Pourcentage des frontaliers originaires de France dans les trois secteurs des soins, exerçant à temps partiel



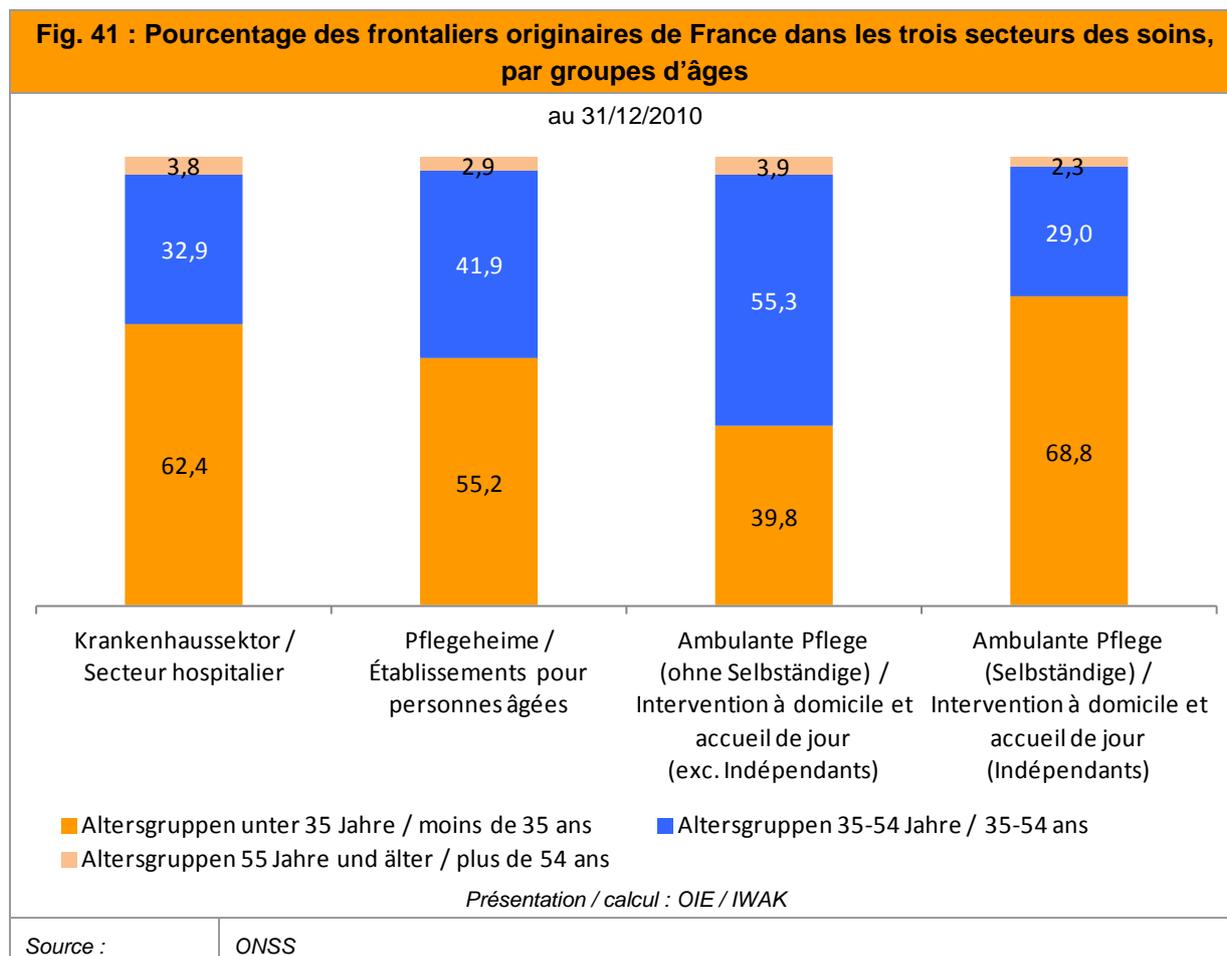
Dans l'ensemble des sous secteurs, la part des femmes parmi les frontaliers français dépasse la barre des 84%. Les services d'intervention à domicile et accueil de jour notamment emploient presque exclusivement des femmes. Dans les hôpitaux, la part des femmes parmi les frontaliers est de l'ordre de 78%.

Fig. 40 : Pourcentage des femmes parmi les frontaliers originaires de France et travaillant dans les 3 secteurs des soins



L'analyse de la structure d'âge des frontaliers français dans le secteur des soins fait apparaître que la majeure partie est âgée de moins de 35 ans (voir fig. 41). Le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour (88.10) présente des caractéristiques différentes,

car plus de la moitié des salariés a entre 35 et 54 ans. Les jeunes frontaliers sont les plus nombreux dans le secteur des infirmiers libéraux (secteur 86.906).



Il apparaît donc que les frontaliers français travaillant en Wallonie dans le secteur des soins sont plutôt des jeunes. Le pourcentage des femmes parmi les frontaliers entrants est très élevé et l'emploi à temps partiel est très fréquent, au moins en dehors du secteur hospitalier.

La mobilité vers la Wallonie ne se limite pas aux salariés travaillant dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et les services d'intervention à domicile et accueil de jour. Elle est également importante dans le domaine de la formation. Rares sont certes les citoyens allemands et luxembourgeois qui suivent des études dans le secteur des soins en Wallonie. Cependant presque 19% des jeunes suivant une formation d'infirmier sont originaires de France. Ce pourcentage correspond à 974 personnes en 2012. Presque la moitié de ces étudiants a fréquenté une école dans l'arrondissement de Tournai dans la Province de Hainaut, située dans la partie occidentale de la Belgique. Cet arrondissement n'étant pas limitrophe à la Lorraine, on peut supposer que les étudiants viennent plutôt d'autres régions françaises.

Contrairement aux Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) en France, les écoles de formation en soins infirmiers en Wallonie n'organisent pas d'examen d'entrée. De nombreux Français optent donc pour des études en Wallonie pour se qualifier dans la profession souhaitée dans leur langue maternelle. Il s'agit ici principalement de la formation de base ; les

formations plus approfondies et les spécialisations ne sont que rarement suivies par les Français.³⁸ Il est possible que ceci soit dû au fait que ces dernières formations sont souvent dispensées parallèlement à l'exercice de la profession et que les actifs ne puissent ou ne veuillent plus aussi facilement changer de lieu de résidence.

Tab. 12 : Nombre de personnes en formation d'infirmier, par nationalité en 2012

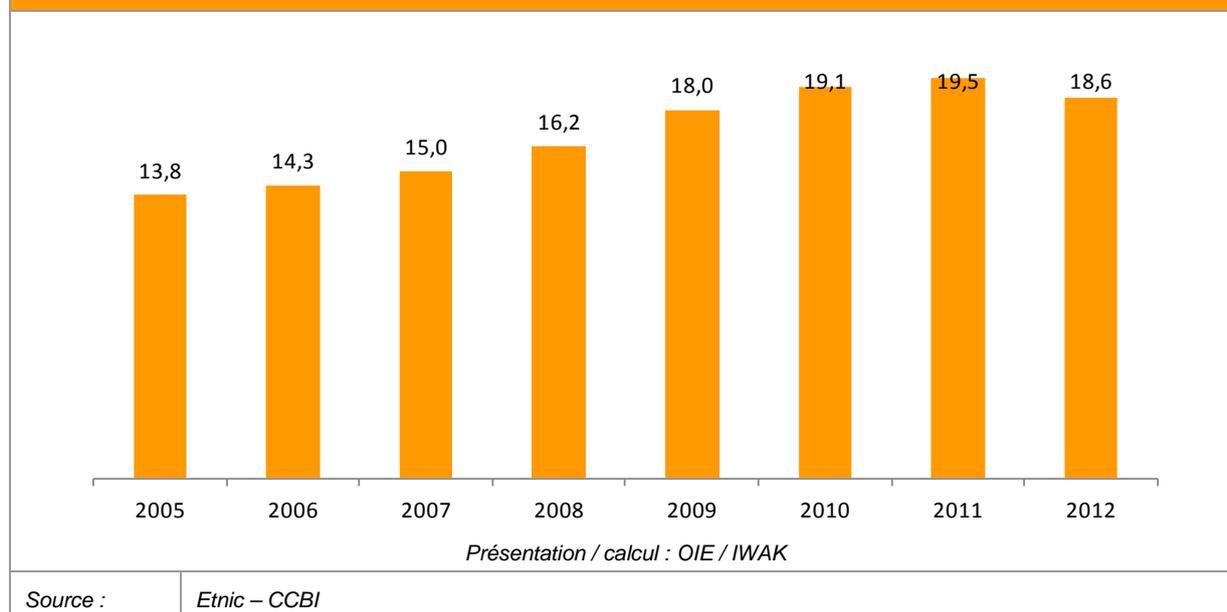
	Total	dont : prépare le diplôme d'infirmier général	dont : prépare une spécialisation
Total	5 241	4 800	441
Belgique	3 889	3 503	386
Allemagne	2	2	0
France	974	938	36
Luxembourg	8	8	0

Source : *Etnic - CCBI*

Le pourcentage d'étudiants français a augmenté régulièrement entre 2005 et 2011 (+5,7 points). Ce n'est qu'entre 2011 et 2012 que leur part a légèrement baissé (-0,9 point, soit -23 personnes).

Aucune donnée n'a pu être trouvée sur le devenir des diplômés. Les experts impliqués dans la rédaction de ce rapport estiment que la plupart d'entre eux retournent dans leur région d'origine après avoir terminé leur formation et n'exercent pas leur activité en Wallonie.

Fig. 42 : Évolution du pourcentage de français inscrits en formation d'infirmier en Wallonie, entre 2005 et 2012



³⁸ Parmi les Français en formation, 3,7% ont suivi une formation initiale ou continue « d'infirmier » avec spécialisation. Parmi les Belges, la part de ceux qui suivent une formation spécialisée est plus importante (environ 10%).

3.6.5 Mobilité vers la CG de Belgique

3.6.5.1 Remarques méthodologiques

Les données du ministère de la CG fournissent des renseignements sur la mobilité transfrontalière. Le personnel soignant étranger actif en emploi y est recensé (notamment les ressortissants allemands). Les informations se réfèrent à l'année 2010 et concernent le secteur hospitalier ainsi que les établissements pour personnes âgées. Les données sur les services d'intervention à domicile et l'accueil de jour, l'évolution sur plusieurs années, les caractéristiques structurelles et les demandes de reconnaissance de diplômes étrangers ne sont pas disponibles. En revanche, le ministère de la CG dispose d'informations sur le personnel soignant qui quitte la CG de Belgique pour travailler en Allemagne, au Luxembourg ou dans d'autres régions en Belgique. Ces données ne portent également que sur le secteur hospitalier et les établissements pour personnes âgées et concernent la période allant de 2005 à 2010.

3.6.5.2 Résultats

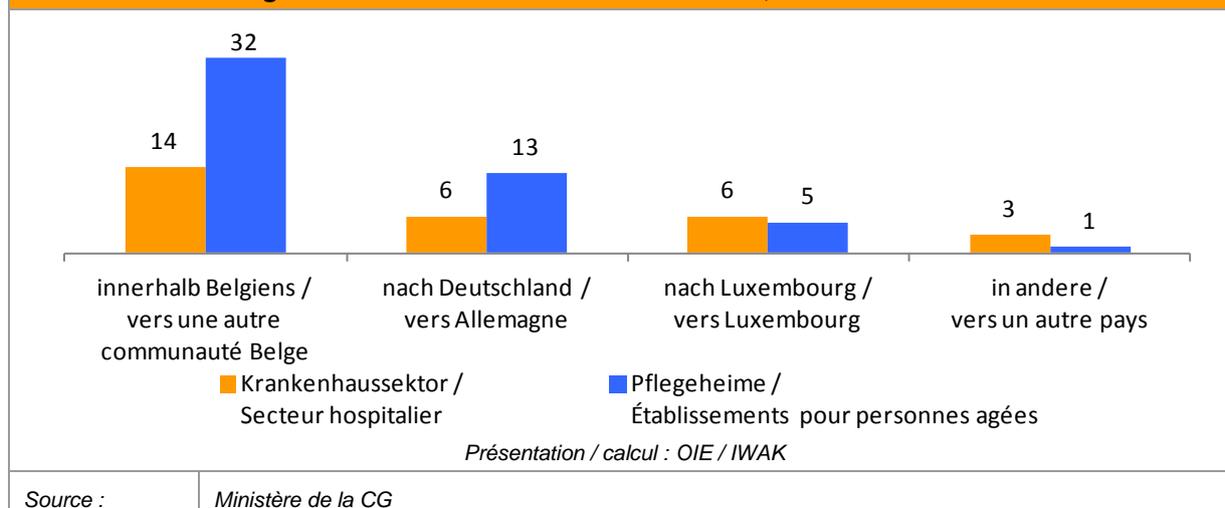
En 2010, 51 infirmiers étrangers travaillent dans les hôpitaux et les établissements pour personnes âgées en CG de Belgique. 84% d'entre eux ont la nationalité allemande. Dans le secteur hospitalier, les 20 infirmiers allemands représentaient 4,3% de l'ensemble du personnel soignant. Dans les établissements pour personnes âgées, les 23 infirmiers allemands correspondent à 4,9% des salariés.

Tab. 13 : Personnel du soin étranger dans la CG de Belgique, en 2010

	Secteur hospitalier		Établissements pour personnes âgées	
	Nombre de salariés étrangers	Pourcentage dans l'ensemble des salariés	Nombre de salariés étrangers	Pourcentage dans l'ensemble des salariés
Total	24	5,2	27	5,7
dont originaires d'Allemagne	20	4,3	23	4,9

Source : Ministère de la CG (propres calculs)

L'analyse du personnel soignant quittant la CG de Belgique vers d'autres composantes de la Grande Région entre 2005 et 2010 montre que les départs sont plus fréquents dans les établissements pour personnes âgées (51 personnes) que dans le secteur hospitalier (29 personnes). Dans ces deux secteurs, le plus grand flux quitte la CG pour d'autres régions en Belgique (62,7% dans les établissements pour personnes âgées ; 48,3% dans le secteur hospitalier). 20% du personnel soignant dans le secteur hospitalier est attiré par l'Allemagne et le Luxembourg. Le personnel soignant travaillant dans les établissements pour personnes âgées s'oriente vers l'Allemagne (13 personnes = 25,5%) plutôt que vers le Luxembourg (5 personnes = 9,8%). Les autres pays de la Grande Région ne jouent qu'un rôle infime pour le personnel soignant souhaitant quitter la CG de Belgique.

Fig. 43 : Personnel du soin sortant de CG, entre 2005 et 2010


3.6.6 Mobilité vers le Luxembourg

3.6.6.1 Remarques méthodologiques

Nous avons eu recours à trois sources de données pour analyser la mobilité dans le secteur des soins au Luxembourg : l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS), le ministère de l'Education et le ministère de la Santé.

Données de l'IGSS

Une grande partie des données sur la mobilité transfrontalière vers le Luxembourg dans le secteur des soins proviennent de l'Inspection Générale pour la Sécurité Sociale (IGSS) où sont enregistrés tous les salariés assurés au Luxembourg. La banque de données de l'IGSS permet généralement à la fois une différenciation selon la systématique statistique des branches économiques dans la Communauté européenne (NACE à 4 positions) et selon la Classification Internationale Type de Professions (CITP). Dans le cadre du projet, il a cependant fallu renoncer à une différenciation par profession car les données sont incomplètes – environ deux tiers seulement des salariés peuvent être affectés à l'un des codes de la CITP³⁹.

Dans le « secteur des soins » considéré ici, nous nous sommes orientés sur le chap. 3.1 :

- Secteur hospitalier = NACE 86.10
- Établissements pour personnes âgées = NACE 87.30
- Intervention à domicile et accueil de jour = NACE 88.10

Les données de l'IGSS selon le code NACE sont présentées ci-dessous pour les années 2013 et 2009 (respectivement au 31/03) ainsi que par sexe, tranche d'âge, et type de contrat (temps partiel / temps plein, CDI, CDD). Au niveau local, nous présentons les données de 2013 (au 30/09) ainsi que l'évolution depuis 2009. Une certaine imprécision est apparue

³⁹ Les affectations se font sur la base de déclarations / estimations des salariés ; ces déclarations ne sont pas régulièrement mises à jour. L'écart pour le code CITP 322 (infirmiers spécialisés en soins généraux et infirmiers spécialisés dans l'aide à l'accouchement – non universitaire) est de +/- env. 3 500 personnes en mars 2013.

dans les calculs car un petit nombre de salariés peut certes être affecté à une composante de la Grande Région, mais pas à un niveau plus local (par ex. : dans le secteur 86.10 nous n'avons pu affecter 29 des 1 694 frontaliers à aucun arrondissement en Belgique, mais nous avons cependant pu affecter 17 de ces 29 personnes à la Wallonie).

Données du ministère de la Santé

Etant donné que les données de l'IGSS ne permettent pas, comme expliqué ci-dessus, de différenciation selon les professions, nous avons également eu recours aux données du ministère de la Santé pour l'analyse de la mobilité transfrontalière au Luxembourg. Les données concernent des informations enregistrées au ministère de la Santé jusqu'au 31/12. Dans le secteur hospitalier, elles permettent de différencier les salariés par pays de résidence. Nous ne disposons pas de données comparables pour les établissements pour personnes âgées et pour les services d'intervention à domicile et l'accueil de jour.

Données du ministère de l'Éducation

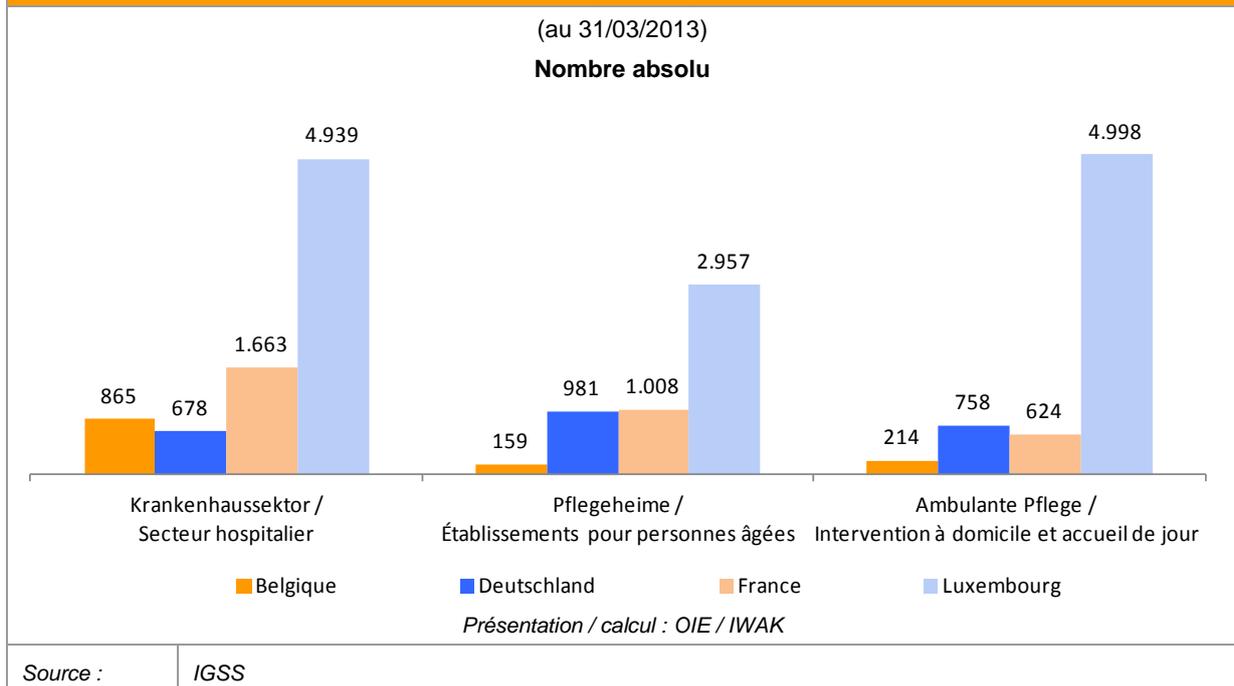
Pour décrire de manière encore plus détaillée la mobilité transfrontalière vers le Luxembourg, nous avons rassemblé, outre les données sur les salariés, des informations du ministère luxembourgeois de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. Il recense les informations sur la reconnaissance de diplômes étrangers dans les professions « Infirmier » et « Aide-soignant ». Ces données sont gérées par STATEC. Les données analysées portent sur la période allant de l'année scolaire 1999/2000 à 2012/2013.

3.6.6.2 Résultats

Nous présentons ci-dessous les résultats disponibles sur la mobilité du personnel soignant vers le Luxembourg, et dans un premier temps les données sur les salariés dans les trois secteurs des soins. À l'aide de représentations cartographiques, le premier sous-chapitre décrit de quelles régions viennent les salariés travaillant dans les trois secteurs. Vient ensuite un sous-chapitre sur les caractéristiques structurelles des salariés par pays d'origine et secteur. Ce sous-chapitre est suivi d'une analyse approfondie du secteur hospitalier et de la reconnaissance des diplômes étrangers.

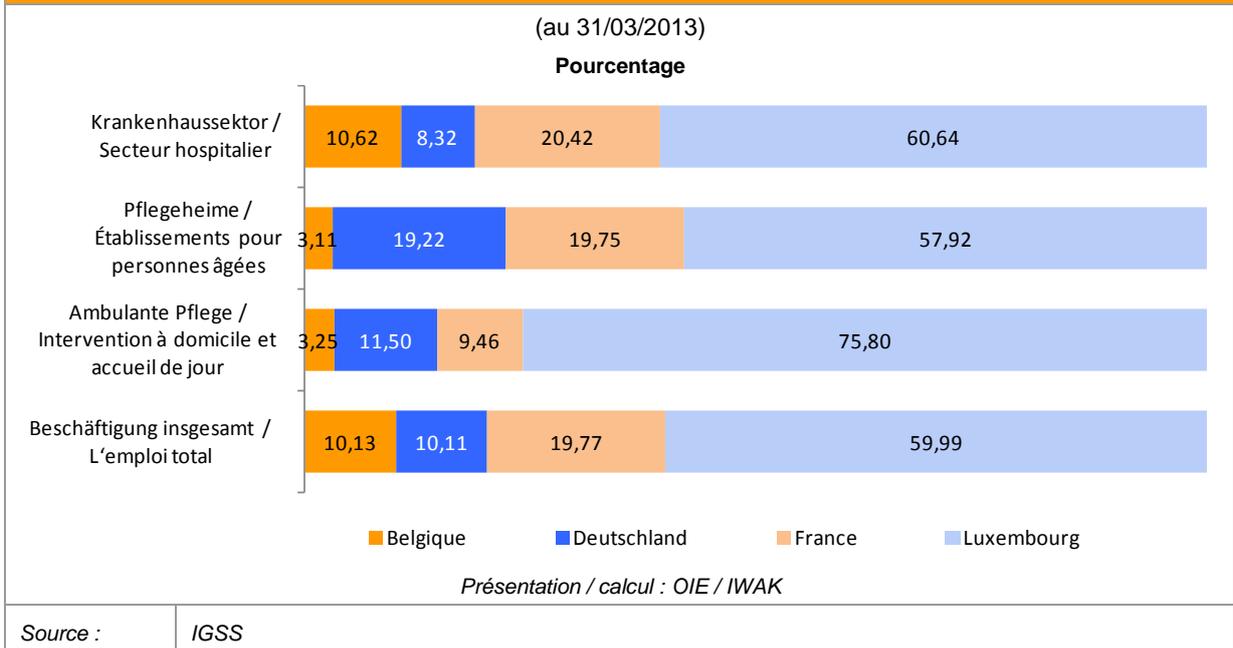
Les salariés employés dans les trois secteurs des soins (Secteur hospitalier (86.10), Établissements pour personnes âgées (87.30) et Intervention à domicile et accueil de jour (88.10) sont en grande partie des frontaliers. 60,6% des salariés dans le secteur hospitalier et 57,9% des salariés dans les établissements pour personnes âgées vivent au Luxembourg. Les autres salariés vivent en Allemagne, en Belgique et en France. Cette proportion correspond environ au pourcentage des frontaliers sur le marché de l'emploi global luxembourgeois. Le pourcentage de personnel résident est plus élevé dans l'intervention à domicile et l'accueil de jour : dans ce secteur, 75,8% des salariés sont installés au Grand-Duché.

Fig. 44 : Nombre de salariés exerçant au Luxembourg dans les trois secteurs des soins, par pays d'origine



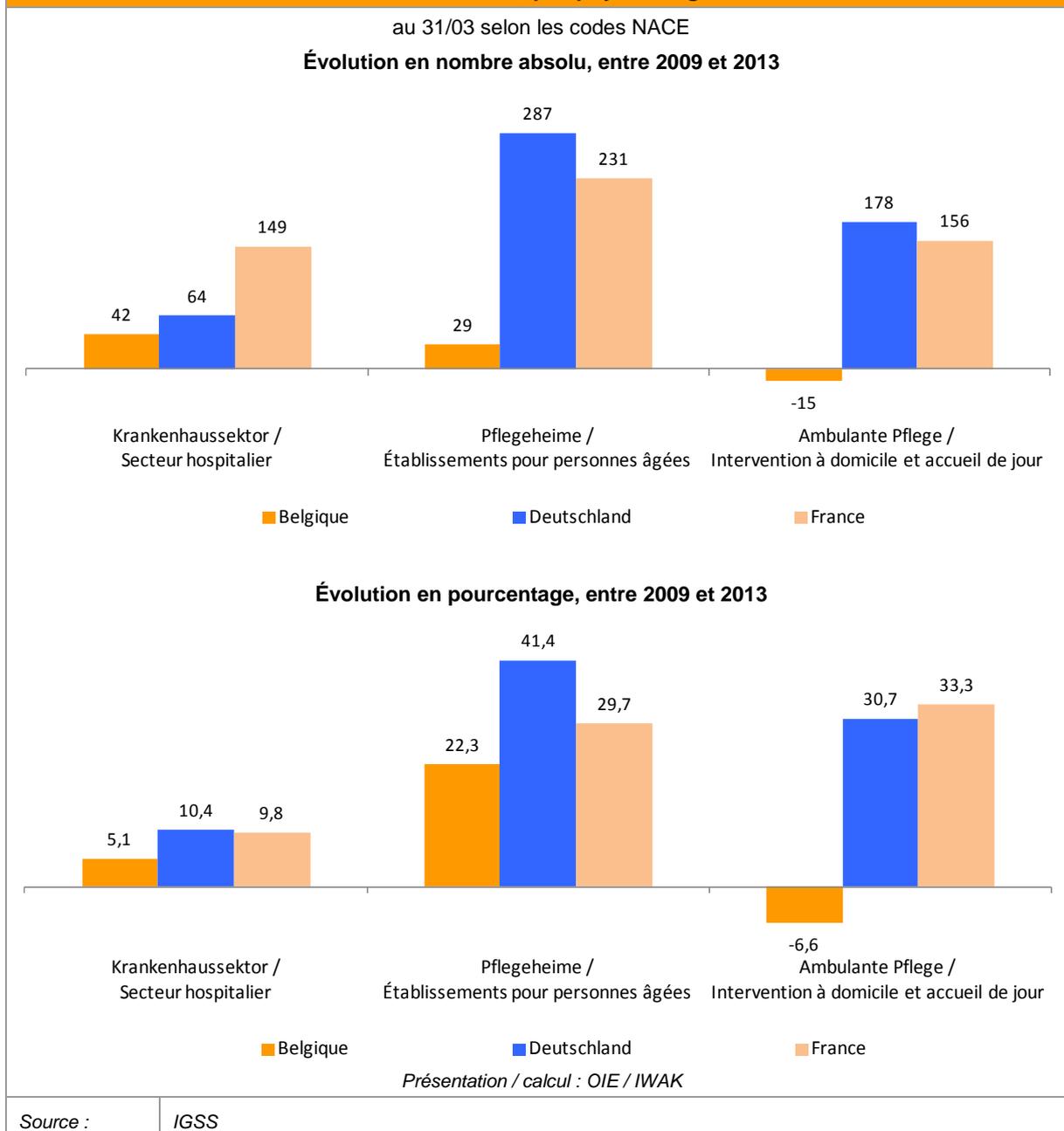
Les frontaliers vivent en majorité en France. 19,8% des salariés au Luxembourg sont Français. Le pourcentage qu'ils détiennent dans le secteur hospitalier et dans les établissements pour personnes âgées est du même ordre de grandeur. Ils sont sous-représentés (9,5%) dans les services d'intervention à domicile et l'accueil de jour. Les citoyens Belges sont moins représentés dans les établissements pour personnes âgées et dans les services d'intervention à domicile et l'accueil de jour que sur le marché global de l'emploi. La part qu'ils détiennent dans le secteur hospitalier correspond certes à la moyenne (env. 10%), mais le pourcentage de personnel belge travaillant dans les trois secteurs des soins est inférieur à celui que l'on observe sur le marché du travail dans sa globalité. Ceci n'est pas le cas pour les frontaliers originaires d'Allemagne. Avec 12,2%, ils sont un peu plus présents dans les secteurs des soins que sur le marché de l'emploi dans son ensemble (10,1%). Ils se retrouvent assez fréquemment dans les établissements pour personnes âgées puisque 19,2% des salariés dans ce secteur sont allemands. Dans l'intervention à domicile et l'accueil de jour, leur part est légèrement supérieure à la moyenne avec 11,5%. Dans le secteur hospitalier en revanche, seuls 8,3% des salariés sont allemands.

Fig. 45 : Pourcentage des salariés exerçant au Luxembourg dans les trois secteurs des soins et dans l'emploi total, par pays d'origine



Les flux de frontaliers originaires des trois pays ont augmenté dans les trois secteurs des soins entre 2009 et 2013 (voir fig. 46). Seul l'emploi des Belges dans l'intervention à domicile et l'accueil de jour est en baisse (-15 personnes, soit -6,6%). La plus forte hausse est relevée pour les frontaliers originaires d'Allemagne et travaillant dans les établissements pour personnes âgées (+287 personnes, soit +41,4%).

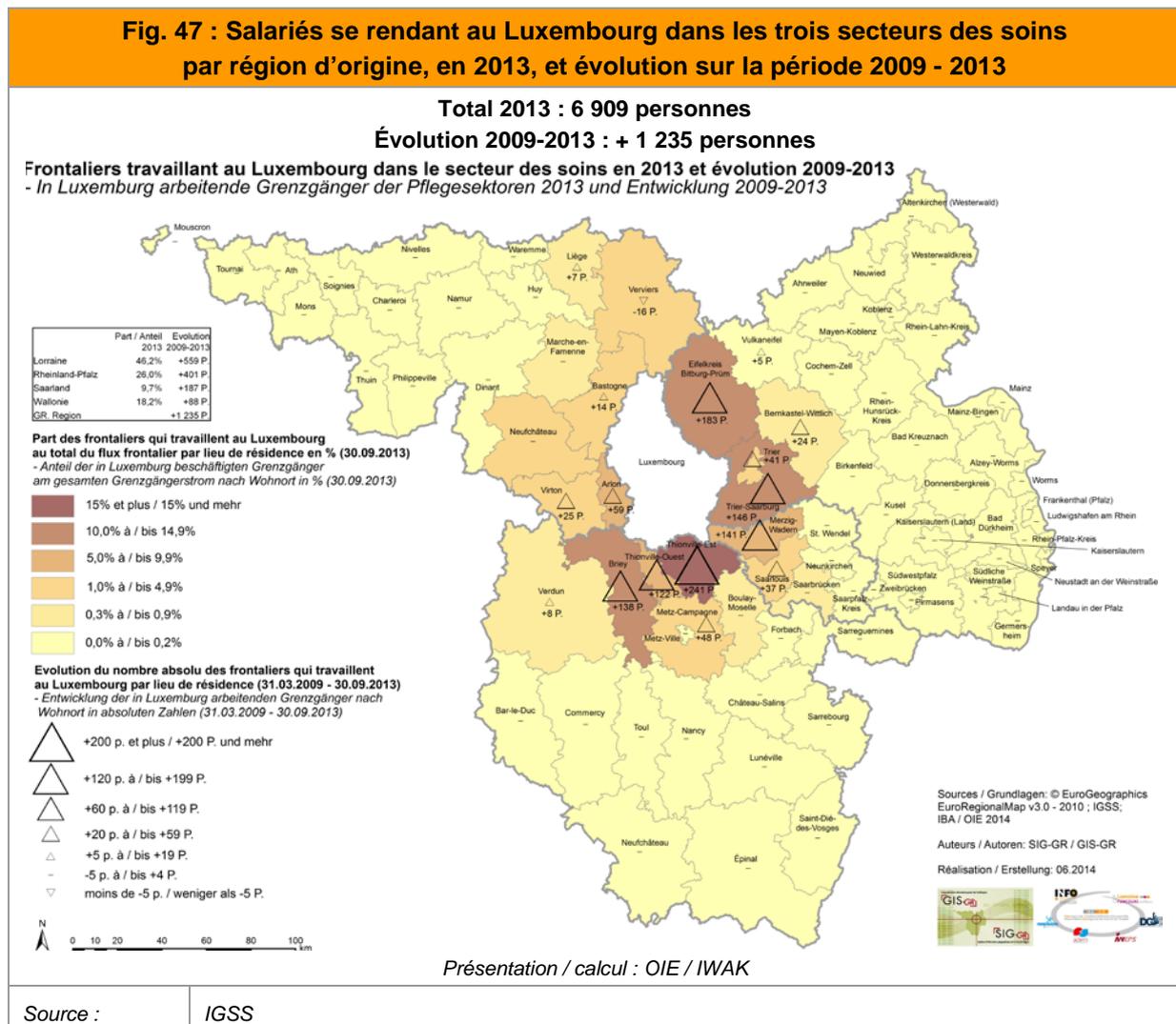
Fig. 46 : Évolution entre 2009 et 2013 des frontaliers entrants au Luxembourg dans les 3 secteurs des soins, par pays d'origine



3.6.6.2.1 Régions d'origine des frontaliers

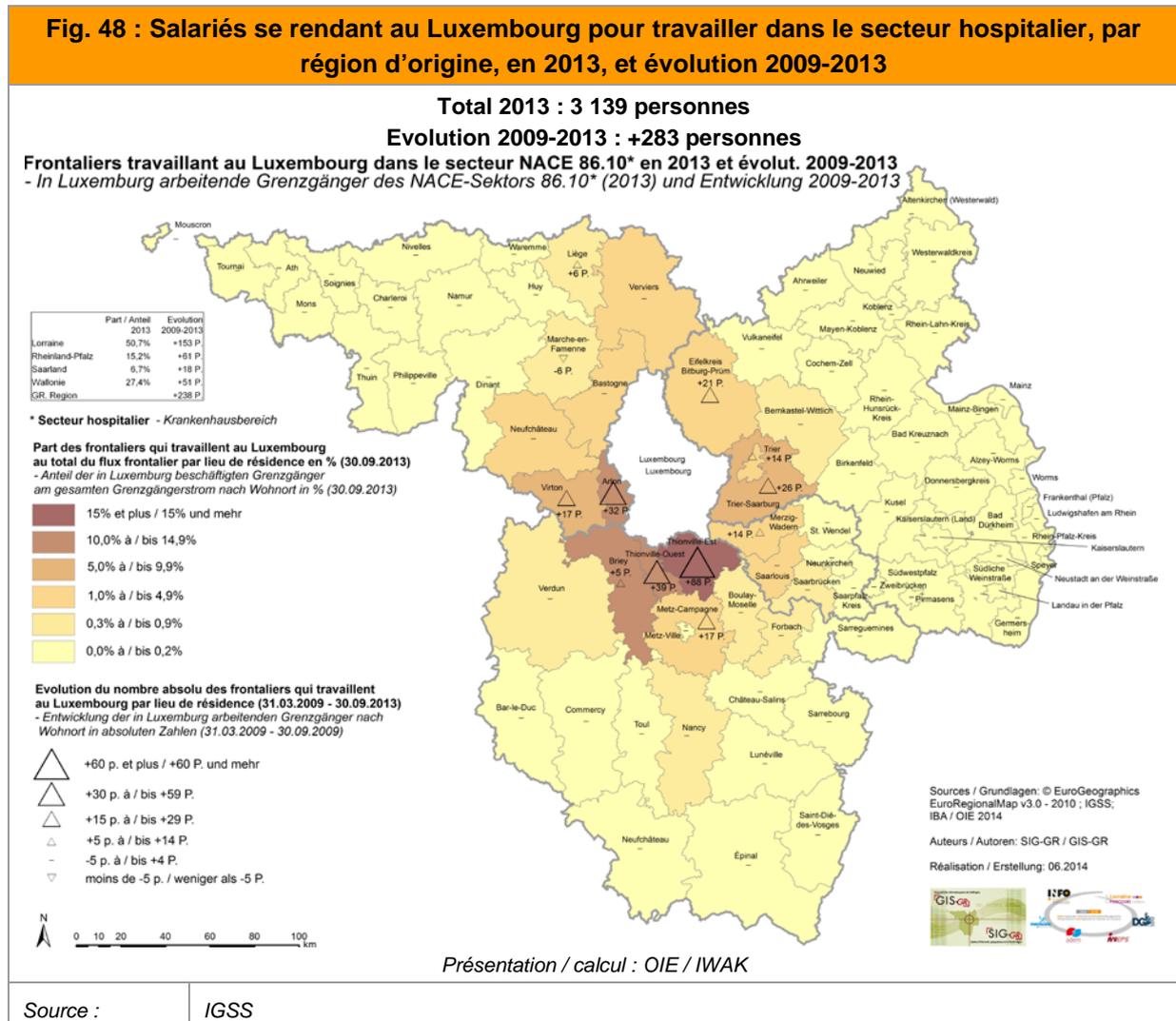
L'analyse des flux frontaliers dans le secteur des soins au niveau local montre que les frontaliers entrants vivent en majorité à proximité de la frontière luxembourgeoise. La part la plus importante vient de l'arrondissement français de Thionville-Est (17,5%, soit 1 206 personnes), suivi de l'arrondissement français de Briey (14,6%) et des districts rhénano-palatin de Bitburg-Prüm et de Trèves-Saarburg qui représentent respectivement 11% de l'ensemble des frontaliers dans le secteur des soins. Par ailleurs, les 215 frontaliers originaires de Trèves correspondent à plus de 3% des frontaliers. L'aire de recrutement la plus étendue de la Wallonie est l'arrondissement d'Arlon avec 7,6%, soit 524 personnes. Le district de Merzig-Wadern en Sarre revêt une importance similaire (7,2%).

Dans la carte ci-dessous, les triangles donnent des précisions sur l'évolution des flux frontaliers depuis 2009. L'agglomération de Thionville-Est présente non seulement l'aire de recrutement la plus étendue, mais affiche également la hausse la plus importante en termes absolus (+241 personnes). En général, on notera que les zones proches de la frontière, où les pourcentages sont déjà élevés, enregistrent également la plus forte croissance. L'évolution observée dans l'arrondissement wallon de Verviers est étonnante : le nombre de frontaliers a baissé, passant de 141 à 125 personnes.



Les frontaliers qui travaillent dans le secteur hospitalier habitent également en majorité à proximité de la frontière luxembourgeoise. La plus grande partie est originaire de l'arrondissement français de Thionville-Est (22%, soit 686 personnes), suivi de l'arrondissement de Briey (13%) et de Thionville-Ouest (10%) ainsi que de l'arrondissement wallon d'Arlon (12%). L'arrondissement wallon de Virton joue également un rôle relativement important. Les frontaliers venant des régions allemandes sont quant à eux moins nombreux. En Rhénanie-Palatinat, les arrondissements de Trèves-Saarburg (7,5%) et Trèves (2,9%) constituent l'aire de recrutement la plus importante avec 322 personnes au total. Côté sarrois, le district de Merzig-Wadern représente 4,5% de l'ensemble des frontaliers (140 personnes) et joue donc un rôle important. En général, on peut constater que les zones proches

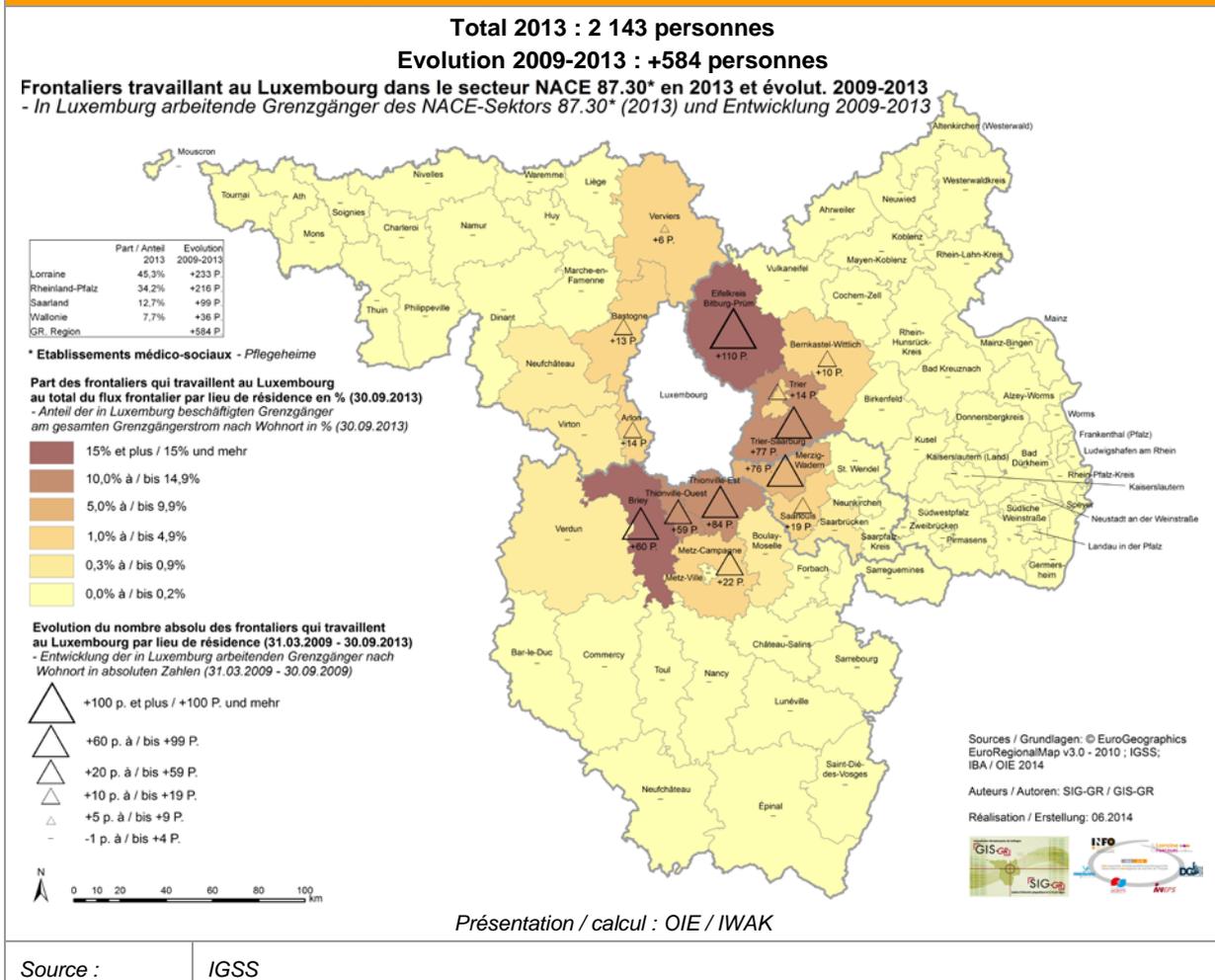
de la frontière où réside la plus grande part des frontaliers affichent les hausses les plus fortes depuis 2009.



On observe que seule une minorité des frontaliers vit dans les régions limitrophes du nord du Grand-Duché. Ceci peut éventuellement s'expliquer par le fait que la majorité des sites hospitaliers se trouve dans le centre ou le sud-ouest du Luxembourg (voir annexe). Pour les frontaliers en provenance de l'Allemagne ou du nord-ouest de la Wallonie, la distance jusqu'au lieu de travail est relativement longue.

En revanche, les régions allemandes jouent un rôle plus important pour l'emploi dans les établissements pour personnes âgées. Les districts de Bitburg-Prüm et de Trèves-Saarburg, ainsi que la ville de Trèves, sont les plus grandes aires de recrutement (16,3%) parallèlement à l'arrondissement lorrain de Briey. On notera également que le district sarrois de Merzig-Wadern atteint une part relativement élevée de presque 10%.

Fig. 49 : Frontaliers travaillant au Luxembourg dans les établissements pour personnes âgées par région d'origine, en 2013, et évolution 2009-2013

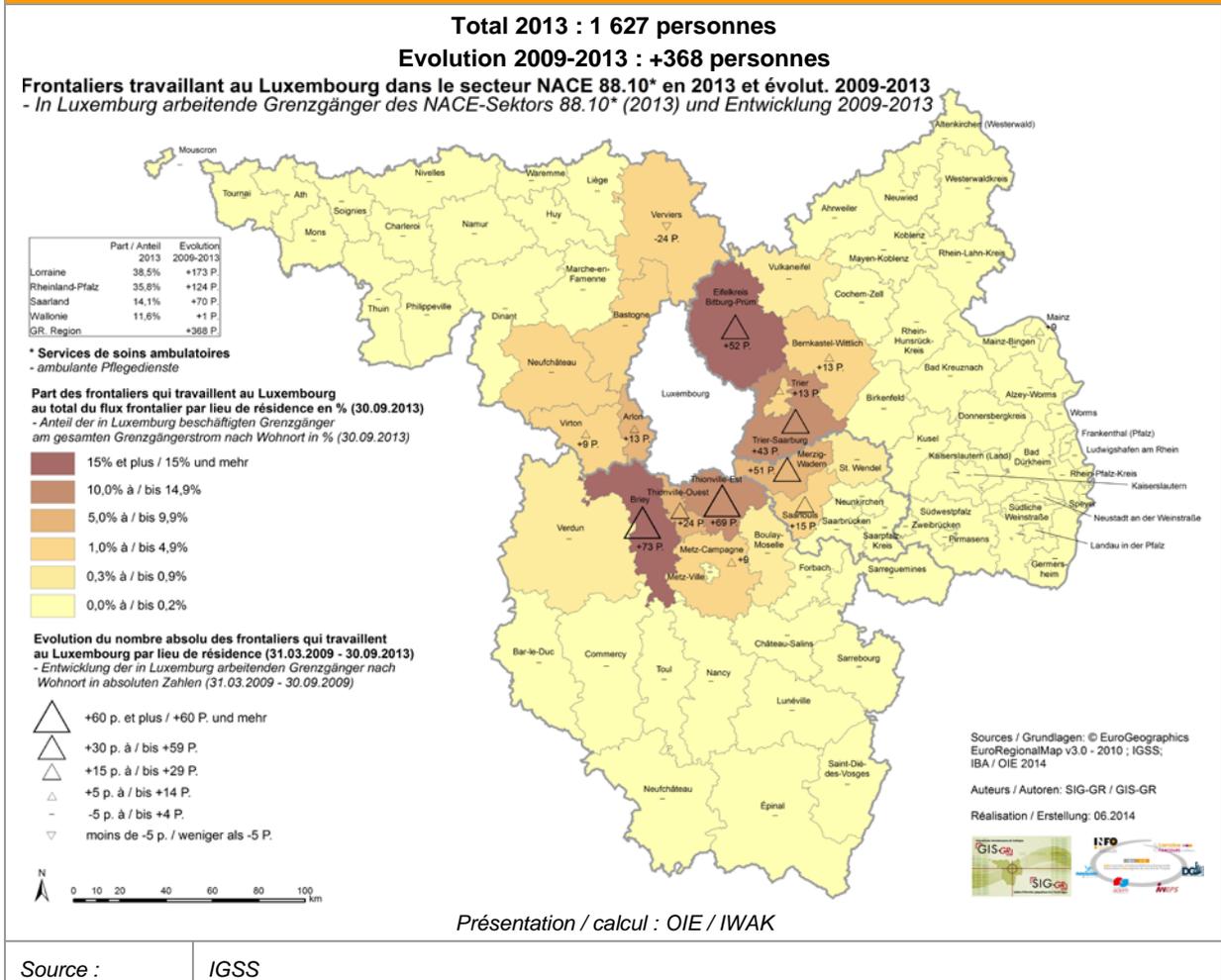


La répartition s'explique peut-être par la localisation des institutions qui, pour les frontaliers allemands, sont mieux situés que les hôpitaux. Pour les frontaliers originaires de Wallonie, les établissements pour personnes âgées au Grand-Duché sont plus difficiles d'accès.

Dans le secteur de l'intervention à domicile et de l'accueil de jour, les frontaliers entrants vivent en majorité dans l'arrondissement français de Briey (16,7%, soit 324 personnes). Le district rhénano-palatin de Bitburg-Prüm se classe en seconde position avec 16,2%, ce qui correspond à 263 personnes. Cette valeur est dépassée si l'on considère conjointement le district de Trèves-Saarburg et Trèves (288 personnes).

Dans le cadre de l'intervention à domicile et de l'accueil de jour également, les institutions se situent en majorité dans le sud du Grand-Duché, et plus particulièrement dans le sud-ouest. Les frontaliers trouvent également des employeurs à la frontière avec la Rhénanie-Palatinat.

Fig. 50 : Frontaliers travaillant au Luxembourg dans l'intervention à domicile et l'accueil de jour par région d'origine, en 2013, et évolution 2009-2013



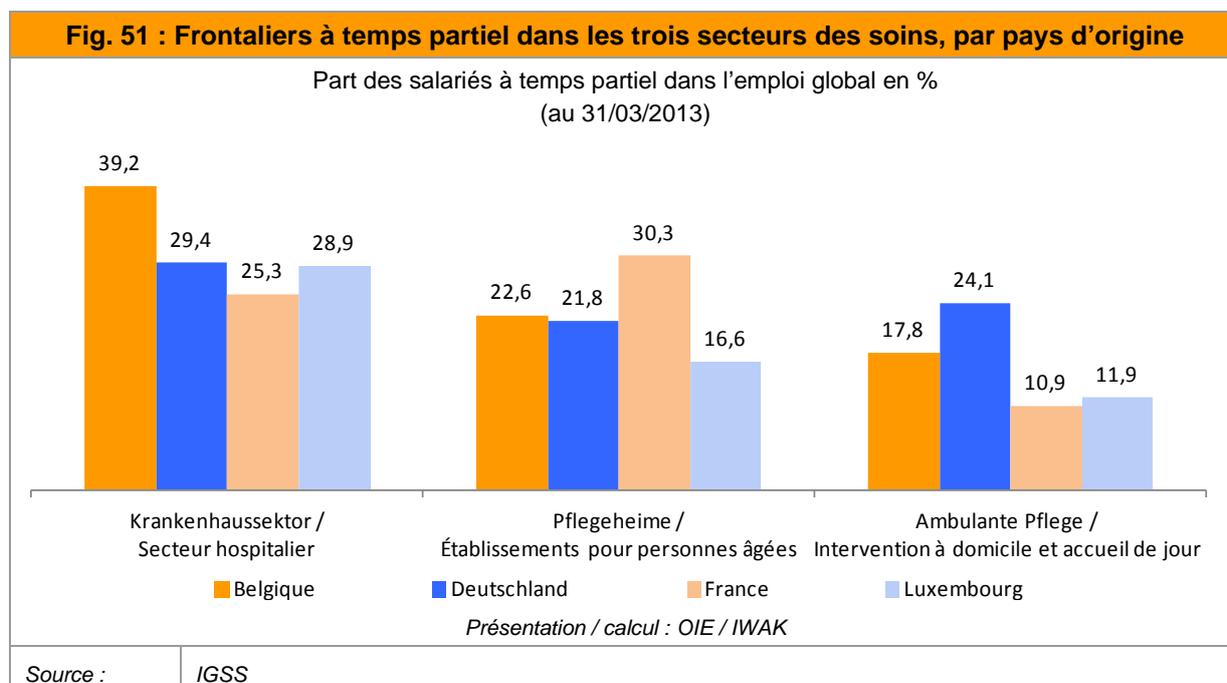
3.6.6.2 Caractéristiques structurelles des frontaliers

Nous présentons ci-dessous quelques caractéristiques structurelles des frontaliers et leurs emplois. On peut tout d'abord constater que l'emploi dans le secteur hospitalier, les établissements pour personnes âgées, l'intervention à domicile et l'accueil de jour est rarement à durée déterminée. Selon Eurostat, environ 7% des salariés au Luxembourg ont un contrat de travail à durée déterminée. Parmi les frontaliers, ils ne sont que 4% à être employés à durée déterminée dans le secteur des soins, selon les données de l'IGSS.

Contrairement à ce qui se passe par exemple dans les régions allemandes, l'emploi à temps partiel n'est pas très répandu dans le secteur des soins au Luxembourg. Quelque 22% des salariés dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et les services à domicile et accueil de jour travaillent à temps partiel. A titre de comparaison, Eurostat affiche un taux de travail à temps partiel de 19,2% sur le marché de l'emploi luxembourgeois.

Des différences sensibles apparaissent toutefois au niveau du temps de travail entre les différents secteurs. L'emploi à temps partiel est plus fréquent dans le secteur hospitalier et plus rare dans les interventions à domicile et accueil de jour. Les taux d'emploi à temps partiel

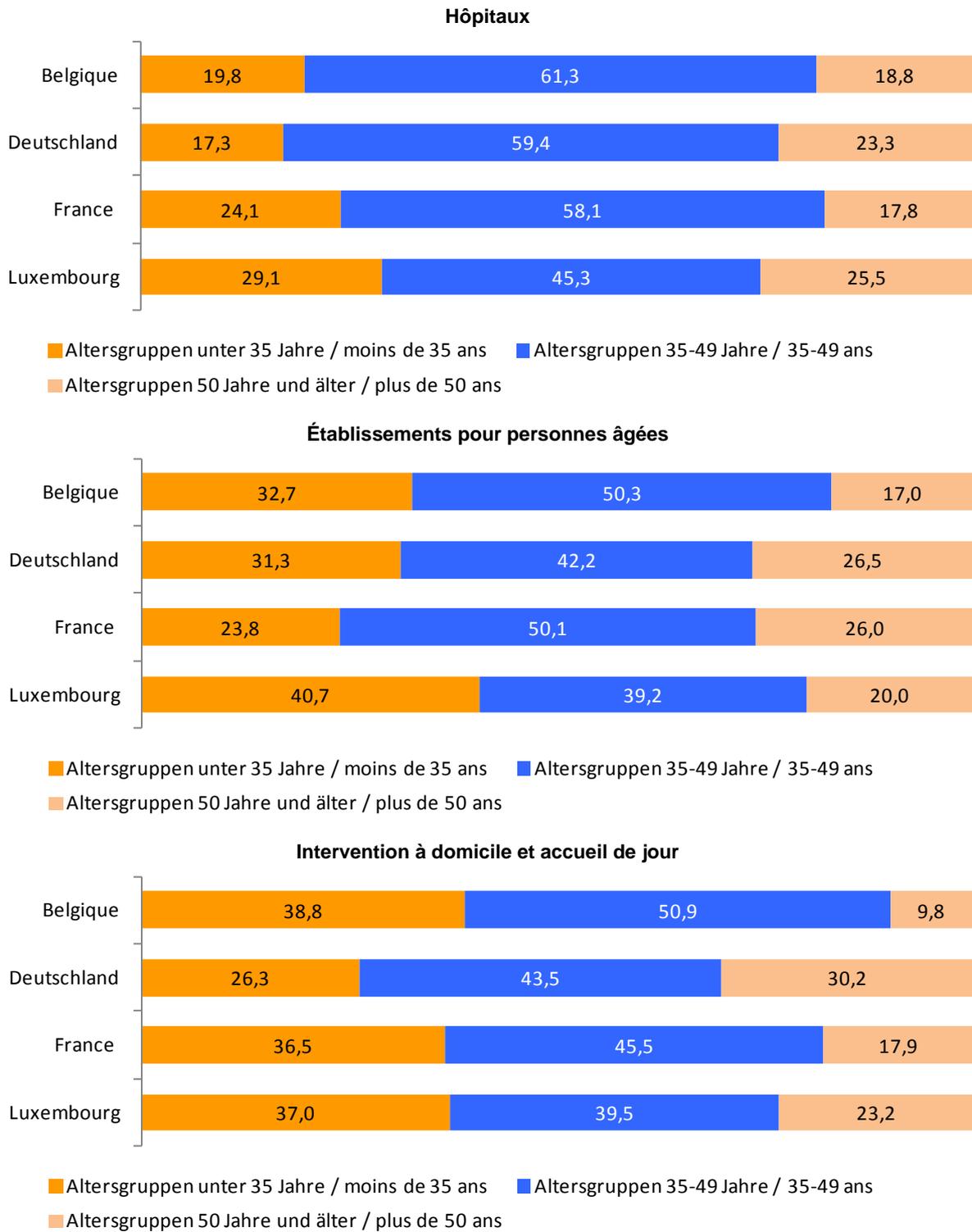
divergent également selon les pays dont sont originaires les salariés. En tendance, les frontaliers dans les secteurs des soins travaillent plus souvent à temps partiel que leurs collègues luxembourgeois. Plus d'un tiers des frontaliers belges occupe un emploi à temps partiel. C'est le cas pour un quart des frontaliers allemands et français. Ceci est peut-être dû à la distance que doivent parcourir les salariés wallons entre leur lieu de résidence et leur lieu de travail. Parmi la main-d'œuvre luxembourgeoise dans le secteur des soins, environ un cinquième travaille à temps partiel.



L'analyse de la structure d'âge des salariés par pays d'origine fait apparaître que les personnes âgées de 35 à 49 ans sont plus nombreuses parmi les frontaliers que dans la main-d'œuvre résidente. La part occupée par cette tranche d'âge est relativement élevée, notamment dans le secteur hospitalier. En revanche, la part des plus jeunes est relativement faible. Dans les établissements pour personnes âgées, le pourcentage des moins de 35 ans est nettement plus élevé, hormis pour les frontaliers originaires de France. Parmi les résidents luxembourgeois, la part détenue par les moins de 35 ans dans l'emploi global s'établit à 40,7% et dépasse ainsi la tranche d'âge des 35 à 49 ans (39,2%). Dans les services à domicile et accueil de jour, le pourcentage des plus jeunes est également relativement élevé. Ce n'est toutefois pas le cas des frontaliers originaires d'Allemagne – ici, la part des personnes plus âgées est encore plus prononcée (30,2%). A titre de comparaison, la part de cette tranche d'âge dans la main-d'œuvre originaire de Belgique est seulement de 9,8%.

Fig. 52 : Pourcentage des salariés dans les trois secteurs des soins, par pays d'origine et par groupes d'âges

(au 31/03/2013)



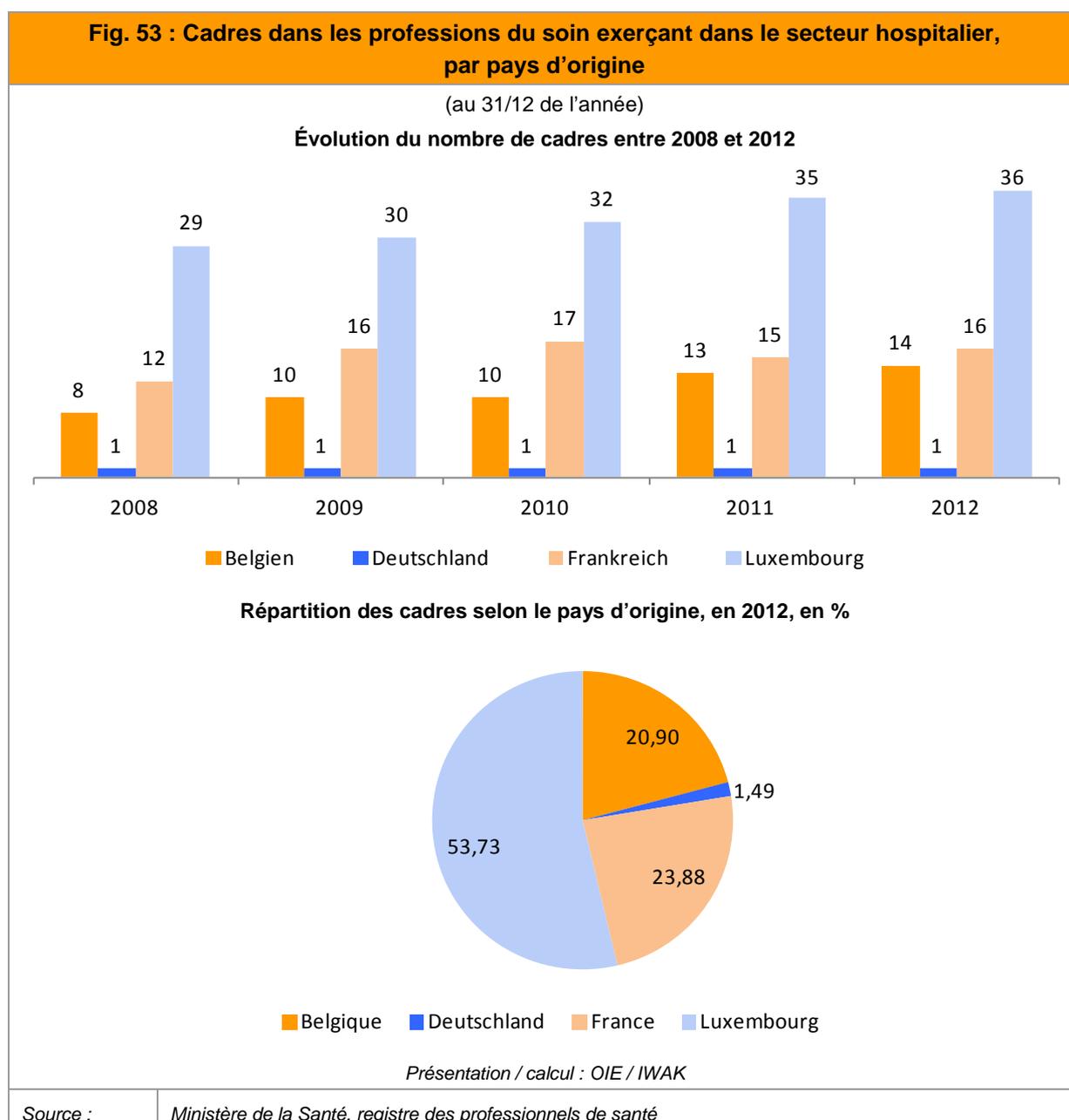
Présentation / calcul : OIE / IWAK

Source : IGSS

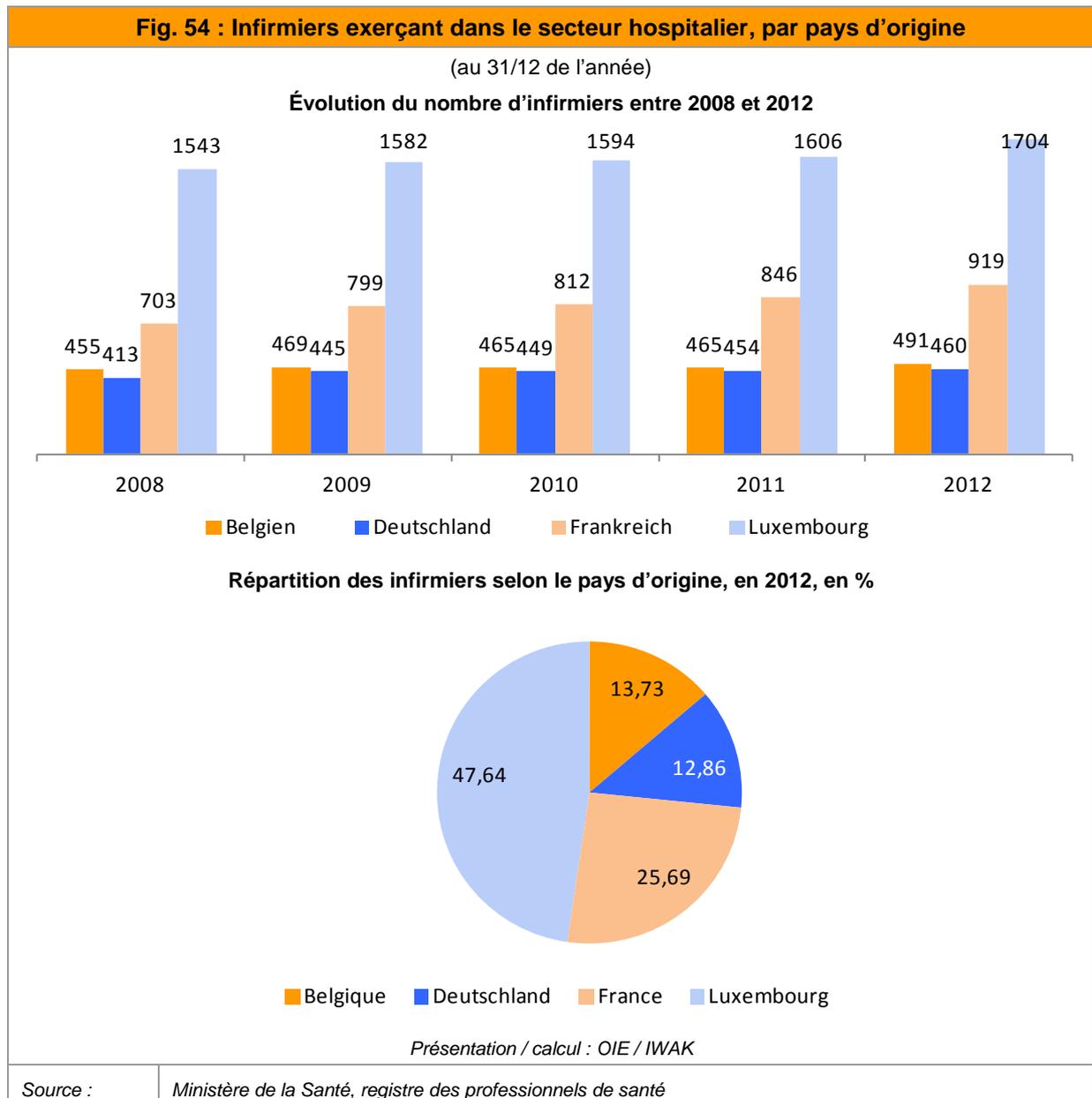
3.6.6.2.3 Les frontaliers exerçant dans le secteur hospitalier

Pour le secteur hospitalier, les données du ministère luxembourgeois de la Santé nous permettent d'analyser les flux de frontaliers plus en détail. Ici, il est possible de décliner les professions du soin selon le système de catégorie présenté au chapitre 3.2.

L'analyse de la profession de cadre (cat. 1) fait apparaître dans un premier temps que cette catégorie professionnelle est relativement restreinte avec 67 salariés au total en 2012. Plus de la moitié (53,7%) des salariés réside au Grand-Duché. Parmi les frontaliers, une seule personne ne vient d'Allemagne, 14 et 16 personnes habitent respectivement en Wallonie et en France. Depuis 2008, le nombre de cadres dans le secteur des soins a augmenté de +34%, passant ainsi de 50 à 67 personnes. Cette hausse est davantage imputable à l'évolution du nombre de frontaliers qu'à l'évolution du personnel résident (Luxembourg +24%, frontaliers +75%).

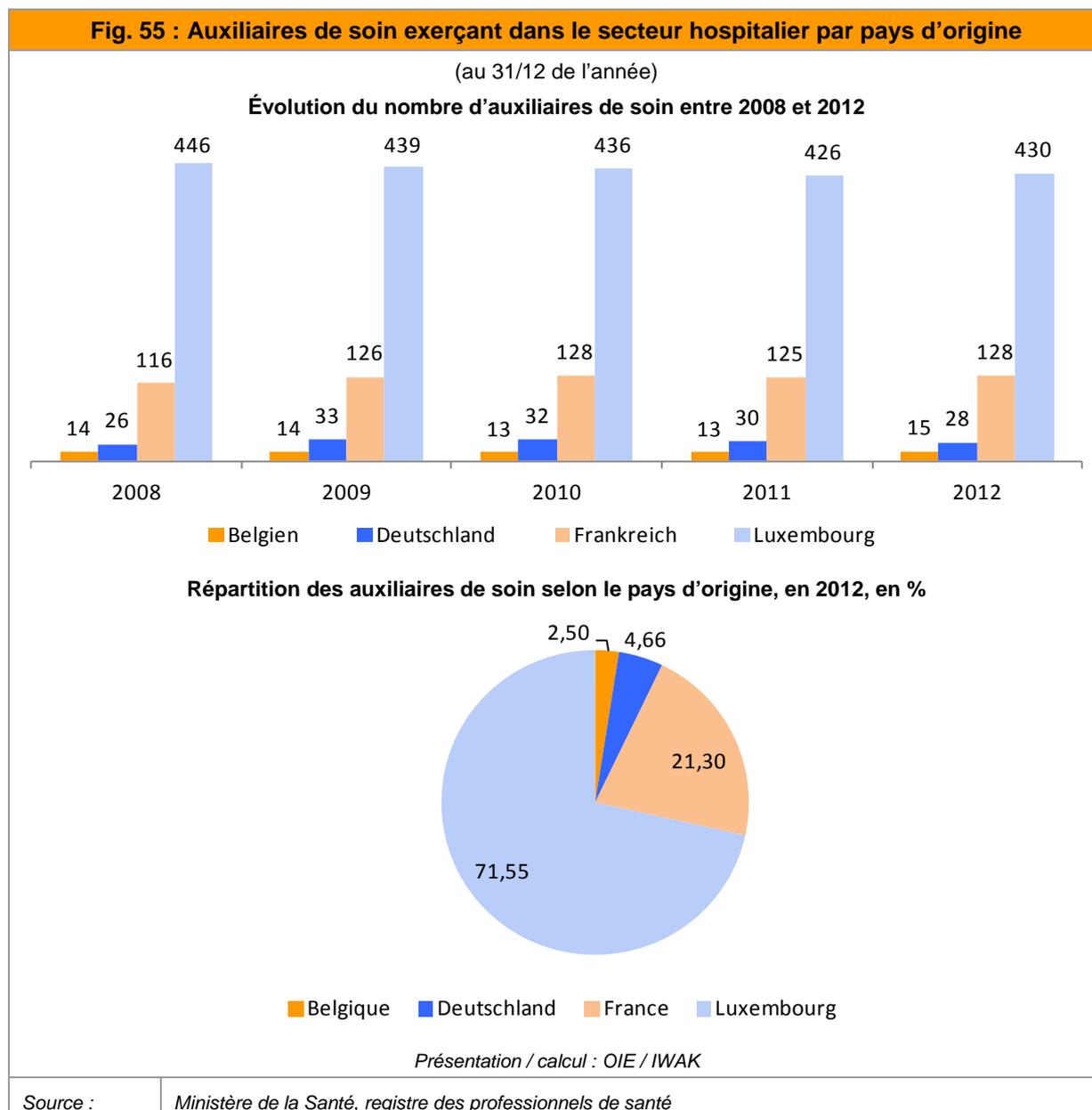


Dans le groupe des infirmiers (cat. 2), les frontaliers sont plus fréquemment représentés que chez les cadres. Sur les 3 574 infirmiers employés dans les hôpitaux, moins de la moitié (soit 47,6%) vit au Luxembourg. 25,7% des infirmiers sont originaires de France, 13,7% de Belgique et 12,9% d'Allemagne. Depuis 2008, le nombre des infirmiers dans le secteur hospitalier a augmenté de 13,4%. Ici aussi, la hausse qu'affiche la main-d'œuvre provenant des trois pays régions partenaires de la Grande Région est plus prononcée (+19%) que celle observée chez les infirmiers résidents (+10,4%). Le flux des frontaliers originaires de France affiche la hausse la plus forte (+30,7%), suivi de l'Allemagne avec 11,4% et de la Belgique avec +7,9%.



La situation des auxiliaires de soin est différente de celle des infirmiers : plus de 70% des auxiliaires de soin dans le secteur hospitalier habitent au Luxembourg, les frontaliers ne représentent donc que quelque 28,5% des salariés. Il est possible que la rémunération ou l'écart de rémunération entre le Luxembourg et les autres pays soit moins important dans

cette catégorie professionnelle, de sorte que la mobilité transfrontalière est financièrement moins attrayante pour les auxiliaires de soin. Ceci pourrait notamment être le cas pour le personnel soignant originaire de Belgique et d'Allemagne : les trajets jusqu'au lieu de travail sont particulièrement longs, les hôpitaux se trouvant principalement dans le sud du Grand-Duché. En effet, le pourcentage des auxiliaires de soin originaires de France (21,3%) n'est que légèrement inférieur à celui du personnel soignant plus qualifié. Une autre explication pourrait être que le Luxembourg dispose d'un personnel national suffisant en raison d'une formation plus poussée des auxiliaires de soin (voir également chap. 3.3).



On notera également que le nombre des auxiliaires de soin dans les hôpitaux luxembourgeois est resté en 2012 au même niveau qu'en 2008. On ne retrouve pas chez les auxiliaires de soin l'augmentation du nombre de salariés relevée chez les infirmiers.

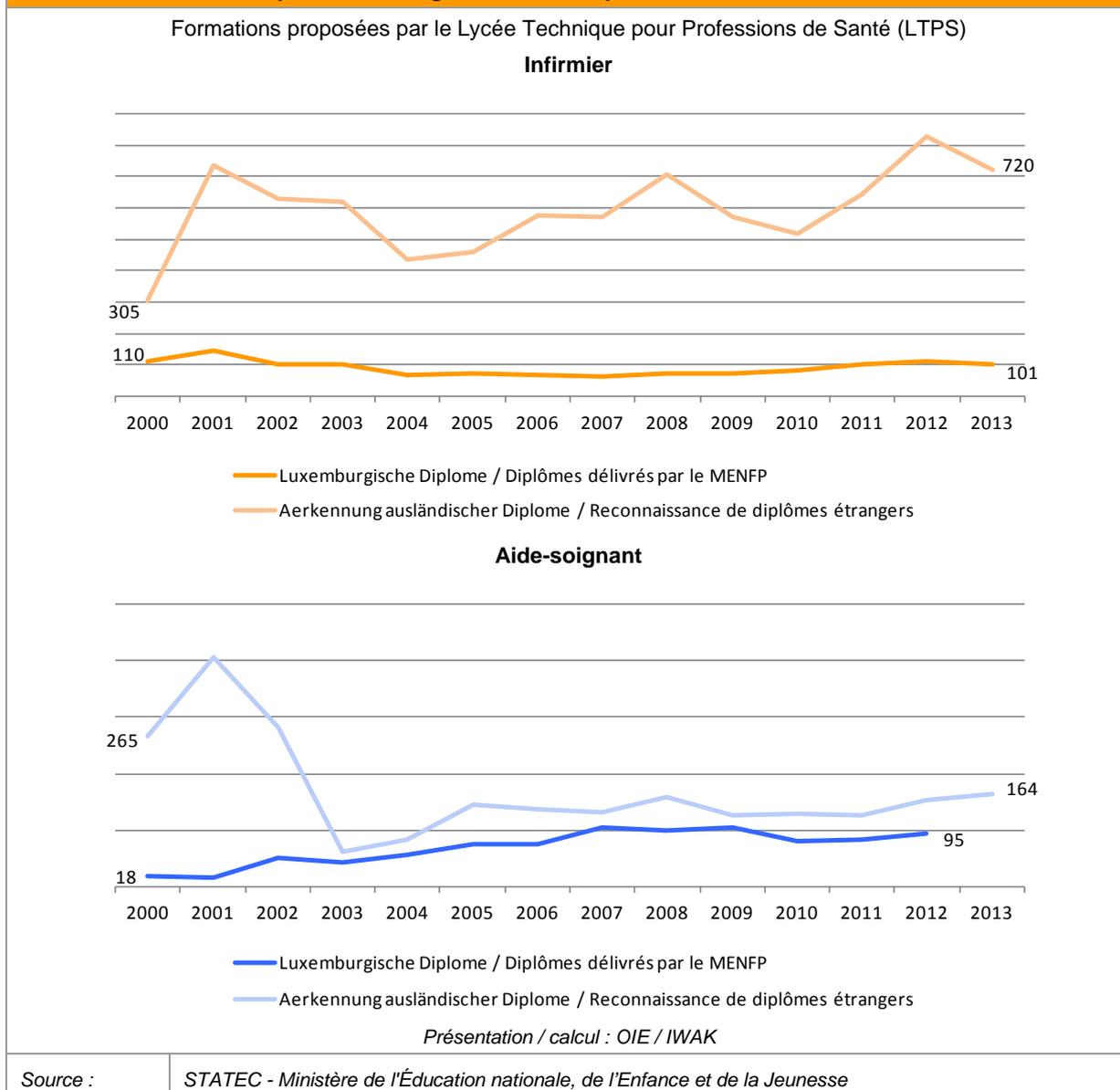
Le personnel soignant originaire de Belgique, d'Allemagne et de France employé dans les hôpitaux luxembourgeois se compose donc en grande majorité d'infirmiers. Parmi les frontaliers belges et allemands, 94% sont des infirmiers. C'est le cas de 87% des frontaliers français. Les cadres viennent à raison de 44% de Belgique et de France, seul un cadre est originaire d'Allemagne. La profession de l'auxiliaire de soin joue encore un rôle relativement important pour le personnel soignant français au Luxembourg. 12% des frontaliers entrants font partie de cette catégorie.

3.6.6.2.4 Reconnaissance des diplômes étrangers

L'attractivité du marché luxembourgeois du travail en soins infirmiers ne se traduit pas seulement par le nombre de salariés, mais aussi par le nombre de reconnaissances de diplômes étrangers. Par rapport aux diplômes « d'infirmier » obtenus au Grand-Duché (101 diplômes en 2013), le nombre de reconnaissances de diplômes étrangers est nettement plus élevé (720 diplômes en 2013). C'est également le cas si l'on analyse l'évolution sur le long terme, c'est-à-dire depuis l'an 2000, sachant que l'établissement de diplômes luxembourgeois est resté à un niveau relativement constant tandis que la reconnaissance de diplômes étrangers est soumise à de très fortes variations. Le nombre d'infirmiers étrangers qui ont fait reconnaître leurs diplômes est au moins trois fois supérieur à celui des diplômés luxembourgeois, et ce chaque année depuis l'an 2000.

La situation est différente pour le métier d'aide-soignant. Ici aussi, le nombre de reconnaissances de diplômes étrangers (153 en 2012) est certes supérieur à celui des diplômes luxembourgeois (95 en 2012), mais la différence est nettement moins nette que chez les infirmiers. Depuis 2003, le nombre de reconnaissances de diplômes et celui des diplômes nationaux augmentent légèrement.

Fig. 56 : Évolution du nombre de diplômés luxembourgeois et du nombre de diplômés étrangers reconnus par l'administration entre 2000 et 2013



Il n'est pas possible d'identifier pour chaque profession les pays dont viennent les personnes qui ont fait reconnaître un diplôme étranger. Pour 2013, le pays d'origine ne peut être déterminé que pour l'ensemble des professions de la santé (comprenant « infirmier » et « aide-soignant »). Sur les 1 184 reconnaissances de diplômes, plus de 94% ont été obtenues dans les pays de l'espace de coopération 37,2% des demandes sont déposées par des Allemands (441 reconnaissances de diplômes), 34,7% viennent de France (411 reconnaissances de diplômes) et 22,3% (soit 264 reconnaissances de diplômes) de Belgique. Cet indicateur fait également ressortir clairement les imbrications entre les marchés du travail en soins infirmiers des différentes composantes de la Grande Région.

3.6.7 Synthèse des principaux enseignements

Les flux de frontaliers sont une caractéristique essentielle du marché du travail de la Grande Région. Ils caractérisent également le marché du travail dans le secteur des soins. Les résul-

tats sur la mobilité des frontaliers dans la Grande Région sont présentés dans les paragraphes ci-dessous.

Au sein de la Grande Région, le Luxembourg est la première destination du personnel soignant, et ce avant tout depuis les régions proches de la frontière. Il existe également une mobilité vers les autres régions partenaires, mais dans une bien moins grande mesure. Il ressort du tableau 14 que le Grand-Duché couvre une grande partie de ses besoins en personnel par l'emploi des frontaliers. Un tiers des salariés dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et les services à domicile et accueil de jour ne vit pas au Grand-Duché. Dans les hôpitaux, les frontaliers représentent même plus de la moitié des infirmiers. Le pourcentage des auxiliaires de soin étrangers est nettement inférieur. Cette catégorie professionnelle est également formée plus fréquemment au Luxembourg que les infirmiers. Il est possible que l'investissement moindre dans la formation des infirmiers soit compensée par le recrutement d'infirmiers originaires d'Allemagne, de France et de Belgique.

Tab. 14 : Pourcentage des frontaliers parmi les salariés des trois secteurs des soins dans chacune des composantes de la Grande Région

	Pourcentage
Rheinland-Pfalz (2011)	0,13 %
Saarland (2011)	2,1 %
Lorraine	nd
Luxembourg (2013)	35,0 %
Wallonie (2010)	2,0 %
DG Belgique (2010/2011)	5,8 %

Sources : Rheinland-Pfalz / Saarland – Bundesagentur für Arbeit ; Luxembourg – IGSS ; Wallonie – ONSS ; CG de Belgique – ministère de la CG (propres calculs) ; nd = données non disponibles

Remarques : RLP: + SL: employés dans le métier 853; Lux et Wallonie : employés dans le secteur hospitalier, les établissements pour personnes âgées et les services d'intervention à domicile et accueil de jour

On peut également mesurer l'attractivité du marché luxembourgeois du travail en soins infirmiers au nombre de reconnaissances de diplômes étrangers par rapport au nombre de diplômes nationaux (voir tab. 15). Au Grand-Duché, le nombre de reconnaissances de diplômes étrangers en l'espace d'un an est supérieur d'un facteur sept à l'arrivée de diplômés luxembourgeois sur le marché du travail. En Rhénanie-Palatinat et en Sarre par contre, le nombre des reconnaissances est bien inférieur à celui des diplômés. Nous ne disposons pas d'informations pour la Lorraine, la Wallonie et la CG de Belgique. Le rapport entre le nombre de reconnaissances et le nombre de diplômés fait également ressortir l'importance qu'ont les frontaliers pour le marché du travail en soins infirmiers au Grand-Duché.

Tab. 15 : Nombre de diplômés d'infirmiers délivrés et nombre de diplômés d'infirmiers étrangers reconnus par l'administration dans chacune des composantes de la Grande Région, en 2012

	Nombre de diplômés étrangers reconnus	Nombre de diplômés délivrés
Rheinland-Pfalz	87	1 983
Saarland	6	737
Lorraine	nd	1 212
Luxembourg (2013)	720	101
Wallonie	nd	1 130
CG de Belgique	nd	14

Sources : Rheinland-Pfalz – Statistisches Landesamt, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung; Saarland – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie/ Landesamt für Soziales ; Lorraine - Direction Régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Lorraine/ DREES, Enquêtes auprès des centres de formation aux professions de santé et du social ; Luxembourg – STATEC - Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse/ Lycée technique pour professions de santé (LTPS) ; nd=données non disponibles

Une des principales forces motrices de la mobilité vers le Luxembourg est sans aucun doute la rémunération lucrative au Grand-Duché. Nous pouvons procéder à une présentation des salaires bruts versés aux infirmiers travaillant dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et l'intervention à domicile et accueil de jour publics pour les régions allemandes, la Lorraine et le Luxembourg (voir tab. 16). Pour la Belgique, nous disposons uniquement d'informations sur les salaires bruts dans l'intervention à domicile et accueil de jour. Il convient cependant de tenir compte du fait que le montant des charges sociales varie selon la région ; par ailleurs, les salaires bruts ne tiennent pas compte de prestations particulières comme les primes de congé et de Noël, les primes pour travail posté et les primes pour travail le week-end.

Tab. 16 : Salaires bruts versés aux infirmiers dans la fonction publique⁴⁰

	Salaire brut
Rheinland-Pfalz / Saarland	2 481 – 2 894 €
Lorraine	1 584 – 2 984 €
Luxembourg	2 714 – 3 983 €
Wallonie / CG de Belgique*	1 863 – 4 118 €

Sources : Rheinland-Pfalz / Saarland – TVöD ; Lorraine - <http://www.emploitheque.org/grille-indiciaire-hospitaliere---Infirmiers-en-soins-generaux-et-specialises-51> ; Luxembourg – Portail de la fonction publique; Wallonie / CG de Belgique – * uniquement services à domicile et accueil de jour

On notera entre autres les grands écarts de rémunérations versées en Wallonie et en CG de Belgique. Le salaire varie entre un salaire de départ de 1 863 euros brut pour les infirmiers disposant d'un brevet et 4 118 euros pour les infirmiers qui ont un bachelors, sont âgés de plus de 55 ans et travaillent dans ce métier depuis au moins 27 ans. Les charges sociales étant plus faibles au Grand-Duché que dans les autres régions partenaires, les salaires nets y sont également nettement plus élevés. La comparaison avec les salaires moyens montre

⁴⁰ Les valeurs que contient le tableau ci dessus ne sont pas comparables entre elles, puisque, entre autres, les périodes de référence, les niveaux de formation mais encore l'ancienneté des professionnels considérés sont différents.

également que les infirmiers sont particulièrement bien payés au Luxembourg. Selon une étude de l'OCDE, le salaire versé aux infirmiers est supérieur d'environ 40% au Luxembourg au salaire moyen de tous les employés. En Allemagne, il dépasse le salaire moyen de quelque 20%, en Belgique d'environ 10%. En France, la rémunération correspond à la moyenne.⁴¹

Il existe un lien entre les différentes rémunérations versées dans les régions composant l'espace de coopération et la mobilité des frontaliers. L'importance des flux frontaliers vers le Luxembourg s'explique, du moins en partie, par le niveau de rémunération élevé. Des incitations financières pourraient amener le personnel à chercher un emploi en Lorraine, en Belgique ou dans les deux régions allemandes, ce qui pourrait redynamiser les flux de frontaliers relativement faibles vers ces régions partenaires.

⁴¹ OECD (2013): "Remuneration of nurses", in Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing

4. Préconisations pour améliorer le fonctionnement du marché du travail du soin dans la Grande Région

Les résultats présentés dans le chapitre 3 ont montré qu'il existait déjà aujourd'hui, du moins en partie, un marché du travail fonctionnel pour les professionnels du soin dans la Grande Région. Les marchés du travail des six régions partenaires sont imbriqués à maints égards. Cette imbrication est particulièrement manifeste lorsque l'on analyse les flux de personnel du soin français, allemands et belges qui se rendent tous les jours au Luxembourg pour travailler dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et les services d'intervention à domicile et accueil de jour. Des mobilités existent également pour des aspects de formation : comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, un certain nombre de jeunes Français suivent des études en soins en Belgique. Malgré les différences existantes entre les systèmes de formation ou entre les « profils » de métiers, les échanges de main d'œuvre ont lieu. Partant de ce constat, nous mentionnons ci-dessous quelques préconisations qui visent à mieux anticiper les besoins de main d'œuvre et à rechercher des solutions pour y répondre en organisant davantage de coopération entre les acteurs des régions frontalières.

Pour ce faire, il est primordial de considérer la mobilité transfrontalière comme un phénomène bénéfique pour tous les partenaires régionaux. Tous sont en effet confrontés à des enjeux communs comme spécifiques à leur territoire, et les partages d'expériences entre régions voisines peuvent être utiles quant à la manière de les aborder. Chacune des régions s'efforcent, par exemple, d'encourager le maintien des personnes âgées à leur domicile aussi longtemps que possible, mais les différences organisationnelles dans la structuration et le fonctionnement du secteur de l'intervention à domicile (couverture territoriale, qualification de la main d'œuvre, financement par l'aide sociale, etc.) impliquent des réponses adaptées, qui pourront s'inspirer de mécanismes établis de l'autre côté de la frontière. Un autre sujet d'actualité dans toutes les régions est la composition du personnel soignant en fonction de ses qualifications (Skill-Mix). Ici aussi, les régions suivent différentes voies pour assurer la qualité des soins prodigués. Procéder à un échange d'informations sur la division du travail, les pratiques professionnelles, les aspects réglementaires qui encadrent ces professions aux périmètres d'interventions souvent parfaitement définis, etc., pourrait ainsi faciliter les conditions de la mobilité. A plus long terme, ces échanges pourraient permettre d'engager un processus d'harmonisation progressif des marchés du travail dans le domaine des soins.

Les innovations sont toujours portées par les Hommes. Il s'agit donc ici d'impulser le dialogue entre les professionnels du soin et d'autres acteurs concernés dans la Grande Région. Ils doivent prendre connaissance des structures et des processus dans les autres régions partenaires et développer de nouvelles idées sur la manière dont les soins pourraient être améliorés dans leur région d'origine. En ce sens, ils peuvent être des innovateurs. Partant du fait que les relations entre les personnes qui échangent des expériences se stabilisent au fil du temps, les réseaux mis en place dans la Grande Région peuvent servir de canaux d'innovation. Nous décrivons ci-dessous dans quelles conditions un échange approfondi pourrait être concrétisé dans la Grande Région. Nous évoquerons ensuite les champs d'action envisageables et les acteurs impliqués.

4.1 Les conditions d'un développement des relations interrégionales

Pour qu'il soit possible de développer le marché du travail dans le secteur des soins dans la Grande Région, il faut que les projets à mettre en œuvre remplissent quatre critères :

- 1) Premièrement, il est essentiel de travailler dans la perspective de la Grande Région et de ne pas analyser le marché du travail uniquement dans l'optique d'une région partenaire. Certes, le départ de professionnels du soin qui se rendent au Luxembourg n'est pas une situation satisfaisante pour la région d'origine, d'autant plus que les coûts de formation sont assumés par cette dernière et que les jeunes diplômés échappent à son propre marché du travail, pourtant lui-même en attente de besoins à satisfaire (notamment dans les régions allemandes). Il est sans doute difficile de réduire l'incidence d'une rémunération salariale élevée sur les choix personnels de mobilité, ce qui ne rend pas pertinent une coopération interrégionale concernant cette variable. Pour intensifier les échanges transfrontaliers et stimuler l'innovation, il est indispensable que les acteurs régionaux prennent en compte leurs intérêts particuliers tout en considérant la Grande Région comme unie.
- 2) Il est par ailleurs important que l'échange donne lieu à des situations « gagnant/gagnant », afin d'amener les régions partenaires à approfondir leur coopération. Si l'échange ne profite qu'à une région, la coopération ne pourra pas perdurer dans le long terme. Toutes les régions impliquées doivent donc tirer profit de la coopération. On trouvera quelques exemples de situations « gagnant/gagnant » dans le chapitre 4.2.
- 3) Le troisième critère conditionnant le succès d'un renforcement de la coopération est de sélectionner des champs d'action en fonction de leur effet durable. Sur la base des résultats relatifs au chômage des infirmiers (voir chap. 3.4), il ne semble pas judicieux de forcer le remplacement des demandeurs d'emploi d'une région à l'autre. Les potentialités ne suffisent pas pour obtenir un effet durable. Il vaudrait mieux se focaliser sur des champs d'action qui paraissent viables dans le long terme.
- 4) Le quatrième critère se réfère à la **possibilité d'intégrer** les initiatives dans des structures et processus existants. Des expériences de coopération transfrontalière ont déjà été réalisées dans certains domaines du marché du travail. Il convient de se baser sur ces connaissances et de tenir compte à la fois d'exemples de bonnes pratiques et d'échecs. Pouvoir intégrer les initiatives signifie également que les projets et les expériences réalisés dans d'autres régions partenaires ne peuvent avoir de portée innovante que si l'on réussit à les inscrire dans les structures et processus existants. Sur le long terme, un rapprochement peut amener à changer de système. Si ce critère ainsi que les trois autres sont remplis, il devrait être possible d'intensifier les échanges entre les régions dans le but d'harmoniser les marchés du travail dans le secteur des soins.

4.2 Quatre champs d'actions prioritaires

Dans le cadre du présent rapport, nous avons distingué quatre domaines dans lesquels les échanges devraient être renforcés dans la Grande Région : **la formation, l'emploi, le traitement du chômage et des besoins en main d'œuvre qualifiée**. Ces champs d'action ne sont pas totalement indépendants les uns des autres ; la différenciation est cependant utile pour programmer des activités concrètes. Ces domaines peuvent être appréhendés dans la perspective de la Grande Région et créer des situations gagnant/gagnant. Il est ainsi possible de mettre en place de nouveaux fonctionnements ayant des effets durables. Deux ou plusieurs régions partenaires ont déjà réalisé des expériences de coopération, notamment en matière de formation. Dans les champs d'action formation, emploi et chômage, il s'agit avant tout de permettre à des personnes de découvrir les pratiques d'autres régions qui peuvent servir de modèle. Le champ d'action **besoins en main d'œuvre qualifiée** a pour objectif une gestion commune du marché du travail permettant de définir les besoins en personnel soignant afin de mettre en place des stratégies communes pour les satisfaire.

Les quatre sous-chapitres ci-dessous identifient les quatre champs d'action, les modalités permettant de concrétiser la coopération et les acteurs devant être associés aux travaux.

4.2.1 *Champ d'action « Formation »*

Il existe certes des différences entre les systèmes de formation, notamment entre les régions allemandes et les autres régions partenaires (voir chap. 3.3.1), qui n'empêchent cependant pas les acteurs de souhaiter renforcer la coopération transfrontalière. Cette volonté a été exprimée à nouveau dans le cadre de l'atelier d'experts du 2 juillet 2014. Les jeunes infirmiers qui suivent une formation peuvent être porteurs de cet échange au niveau de la Grande Région. Au cours de stages ou de formations à forte dimension professionnelle dans un pays voisin, ils peuvent mettre en pratique leurs connaissances dans des contextes culturels et professionnels différents de ceux qu'ils rencontreront dans leur pays d'origine. Ces échanges leur apporteront des idées innovantes qu'ils pourront présenter dans les institutions de leur région d'origine. Parallèlement, ces futurs salariés se qualifient pour accéder au marché de l'emploi de la Grande Région et en tirent un enrichissement individuel. La mobilité du personnel de soin qui, jusqu'à présent, existe presque exclusivement vers le Luxembourg, est ainsi susceptible d'être étendue aux autres régions partenaires. Grâce aux contacts noués dans les différentes régions, ces futurs infirmiers et auxiliaires de soin peuvent mettre en place des réseaux, même au niveau des institutions. Enfin, les aspects internationaux et interrégionaux de la formation sont précieux pour le développement des centres de formation. Tous les acteurs impliqués tirent ainsi profit d'une coopération transfrontalière dans le domaine de la formation.

La réalisation concrète prend des formes variables, qui peuvent aller d'un stage ou d'un séminaire interrégional d'une journée jusqu'au développement de modules de formation communs à plusieurs établissements, comme c'est prévu par exemple entre la Hochschule für Technik und Wirtschaft (école supérieure de technique et d'économie) à Sarrebruck et l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Forbach. Dans ce cas, deux ou plusieurs établissements mettent en commun leur savoir-faire en matière d'ingénierie de formation. Les responsables politiques pourraient soutenir ces initiatives en organisant un concours au ni-

veau de la Grande Région. Une distinction, telle que la « meilleure équipe de coopération » permettrait de sensibiliser d'autres acteurs à la thématique. Les différentes initiatives pourraient par ailleurs être évaluées et diffusées sous forme de parrainages. Le concours pourrait être mis en place par le secrétariat du Sommet de la Grande Région, incluant une plateforme d'information sur les différents projets. Pour assurer le caractère durable de ce projet, il faudrait procéder à un suivi scientifique des activités en matière de formation. D'autres soutiens pourraient prendre la forme d'une aide financière pour des séjours à l'étranger dans le cadre de la formation ou des cours de langue sur place.

Nous nous intéressons ici aux jeunes gens qui n'ont pas encore fondé de famille et qui sont mobiles. Il est absolument nécessaire qu'ils aient des connaissances linguistiques appropriées, supposé de niveau B1 du cadre européen commun de référence pour les langues, et bénéficient d'un très bon encadrement. Il convient par ailleurs d'associer les écoles de soins, les universités, les employeurs susceptibles d'accueillir des stagiaires (hôpitaux, établissements pour personnes âgées, intervention à domicile et accueil de jour) ainsi que les ministères compétents et les autorités qui définissent le cadre juridique des formations.

4.2.2 Champ d'action « Emploi »

Comme indiqué dans le chapitre 3.5, on observe également de fortes différences d'une composante à l'autre en termes de répartition des activités entre les secteurs employeurs. La notion de prestations dans les soins et l'aide à domicile en est un exemple. Alors qu'en Allemagne et au Luxembourg l'intervention à domicile et accueil de jour sont fournis par « une seule et même personne », la Belgique et la France distinguent le « Cure » (le curatif) et le « Care » (le prendre soin). Les prestations en soins infirmiers sont fournies par des infirmiers libéraux, alors que l'aide dans les tâches quotidiennes relève de la compétence de prestataires, souvent des associations, qui n'emploient que peu d'infirmiers. Echanger des expériences sur les avantages et les inconvénients des différentes approches pour la conception des soins du « cure » et du « care », de leur qualité et de leur financement peut être profitable pour toutes les régions. Toutes sont en effet confrontées, comme nous l'avons déjà évoqué ci-dessus, à la nécessité de développer les interventions à domicile pour accompagner le vieillissement général de la population. Elles doivent tenir compte de certaines pathologies spécifiques du grand âge, comme les maladies neurodégénératives (du type Alzheimer), et ne pas perdre de vue que les ressources financières sont limitées dans le domaine de la santé et de l'action sociale. Les régions allemandes disposent de retours d'expériences puisqu'elles ont changé de système en étendant systématiquement les services de soins depuis les années 1990. Il existe par ailleurs en Allemagne des profils professionnels dédiés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, clairement identifiés dans les classifications professionnelles (Altenpfleger et Altenpflegehelfer). De telles expériences devraient être très intéressantes pour les autres régions partenaires. L'échange et l'apprentissage réciproques sont donc possibles au niveau de l'organisation des activités.

C'est également le cas pour la division du travail du personnel soignant dans les établissements. Ici aussi, il existe des différences fondamentales que l'on peut mesurer à l'aide du ratio entre le nombre d'infirmiers et le nombre d'auxiliaires de soin (Skill-Mix) : dans les régions allemandes, ce ratio est nettement plus favorable aux infirmiers que dans les autres régions. Il est en revanche presque à l'équilibre en Lorraine et en Communauté germano-

phone de Belgique (pour l'ensemble des trois secteurs d'activité), où les infirmiers sont à peine plus nombreux que les auxiliaires du soin. Il serait intéressant de déterminer dans le cadre d'un échange interrégional comment fonctionne concrètement la division du travail dans chacune des composantes, afin de comprendre quels sont les mécanismes qui permettent de garantir la qualité des soins dans des organisations différentes.

Les employeurs, les équipes encadrantes et gestionnaires des activités et du personnel, les praticiens ou les représentants des administrations concernés pourraient régulièrement échanger leurs expériences dans le cadre de groupes de travail, voire se former dans d'autres régions dans le cadre de stages d'observation. Il existe déjà dans toutes les régions partenaires un échange plus ou moins institutionnalisé ; la création d'un groupe de travail au niveau de la Grande Région pourrait venir s'ancrer sur ces réseaux déjà existants. En outre, il est important d'associer les responsables politiques dans les groupes de travail car ils définissent les conditions générales nécessaires au bon fonctionnement des activités de soins (voir chap. 4.2.4).

Pour ce qui est des processus de travail au niveau des établissements, les infirmiers et/ou les cadres devraient échanger leurs expériences. Ils pourraient ainsi prendre connaissance d'autres formes de répartition des tâches dans le cadre de stages d'observation et feraient ensuite fonction d'innovateurs dans leurs propres établissements. Ici aussi, il serait utile de constituer un groupe de travail pour consolider et institutionnaliser les échanges. Certains établissements travaillent d'ores et déjà au niveau transfrontalier. Les groupes cibles sont les employés (cadres inclus) dans les établissements de tous les secteurs ainsi que les responsables d'établissements ou de structures associatives qui recherchent de nouvelles solutions en termes d'organisation du travail et du contact avec les patients. Les responsables politiques pourraient soutenir de telles initiatives en organisant un concours pour des partenariats et par le biais d'aides financières.

Etant donné que les expériences avec les échanges interrégionaux sur la conception des soins et du travail sont peu nombreuses, les nouvelles activités engagées dans ce domaine devraient faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation scientifiques. Il convient d'identifier les initiatives réussies afin de pouvoir les pérenniser.

4.2.3 Champ d'action « Chômage »

Le troisième champ d'action en matière de coopération transfrontalière est celui du « Chômage ». Il ne s'agit pas ici de renforcer le placement de personnel des soins au chômage de part et d'autre de la frontière. Ni les données disponibles sur le chômage ni les conclusions de l'atelier d'experts du 2 juillet 2014 ne laissent penser que le chômage dans le secteur des soins constitue véritablement un problème structurel dans l'une des composantes de la Grande Région. Selon les partenaires du projet, il n'existe pas, à proprement parler, de réserve de main-d'œuvre qui pourrait être mobilisée par les marchés du travail transfrontalier. Il s'agit plutôt ici de mettre en réseau les agences pour l'emploi au sein de la Grande Région et de former des communautés d'apprentissage. Il pourrait être intéressant d'instaurer un groupe de travail des agences pour l'emploi au niveau de la Grande Région dans le but de renforcer les échanges sur les expériences, les programmes et sur les outils d'orientation professionnelle vers les métiers du soin.

Le groupe de travail pourrait traiter différents sujets. Dans toutes les régions, on constate que des demandeurs d'emploi recherchent un métier d'infirmier ou d'auxiliaire des soins, alors que, par ailleurs, des offres d'emploi ne sont pas pourvues dans les hôpitaux, les établissements pour personnes âgées et les services d'aide à domicile et d'accueil de jour. Force est de constater que certains profils d'emploi, dans les services de gériatrie par exemple, peinent à trouver des candidats, et alors même que les besoins en personnel dans ces services devraient s'intensifier dans les années à venir. La question de la « flexibilité » de la main d'œuvre se pose de part et d'autre des frontières, dans des termes toutefois différents. Les conditions d'emploi et de travail proposées sont néanmoins centrales dans les réflexions engagées, du fait de la pénibilité de ces métiers, humainement et physiquement. La conciliation entre vie professionnelle et vie privée constitue un autre axe de réflexion : les métiers du soin infirmier sont en effet très majoritairement occupés par des femmes et, dans toutes les composantes, les obligations familiales incombent le plus souvent aux femmes. L'organisation et le développement des modes de garde des enfants constituent un facteur déterminant pour accompagner le retour à l'emploi. C'est enfin la question de l'usure professionnelle qui doit être abordée, et donc de la reconversion ou de l'évolution professionnelle au terme d'une première partie de carrière comme infirmier ou auxiliaire de soin.

Les demandeurs d'emploi sont certes peu nombreux dans les différentes régions, mais pourraient être intégrés au marché du travail du soin transfrontalier, à condition que les employeurs leur proposent des conditions de travail adaptées à leur situation, voire des programmes de formation leur permettant d'accéder à des qualifications. Il existe dans toutes les composantes des programmes allant dans ce sens, visant à permettre de trouver un meilleur emploi dans le secteur des soins, par exemple au travers du programme de formation des salariés âgés ou peu qualifiés dans les entreprises des régions allemandes (WeGe-Bau) . Un échange sur ces programmes et leur transposabilité dans d'autres régions pourrait constituer un axe prioritaire des activités du groupe de travail.

Un autre sujet intéressant est celui de programmes pour les aides peu qualifiées au chômage. Au Luxembourg notamment, mais aussi en Lorraine et, dans une moindre mesure, en Rhénanie-Palatinat et en Sarre, le nombre d'aides peu qualifiées au chômage est relativement élevé. Les discussions lors de l'atelier d'experts à Trêves ont révélé que ces aides sont souvent fortement enracinés dans leur région, ne sont pas ou peu mobiles et sont souvent issus de l'immigration. Les difficultés à concilier vie familiale et vie professionnelle et les lacunes linguistiques sont des obstacles importants leur bloquant l'accès à l'emploi. Toutes les régions partenaires s'efforcent de les qualifier. Un échange permettrait de développer systématiquement les programmes des agences pour l'emploi dans les régions partenaires. Ceci vaut également pour les programmes qui s'adressent à d'autres groupes cibles, par ex. les « réserves de main-d'œuvre latentes » ou le personnel soignant âgé.

D'autres sujets à examiner dans le cadre des échanges des agences pour l'emploi sont le placement transfrontalier et l'orientation professionnelle. Les chômeurs qui vivent à proximité de la frontière peuvent s'adresser d'ores et déjà aux bureaux de placement transfrontaliers. Ceux-ci se trouvent sur plusieurs sites de la zone frontalière franco-allemande. Il pourrait être intéressant d'étendre ce modèle aux autres régions. Le personnel des bureaux est com-

posé de salariés français et allemands. La coopération permet de tenir compte des différences de systèmes en matière de placement. En outre, il est possible d'organiser des manifestations interrégionales sur l'orientation professionnelle. Prenons pour exemple le projet des camps d'orientation professionnelle organisés depuis quelques années à l'Académie européenne d'Otzenhausen (Sarre) pour les jeunes Français et Allemands.

Les groupes d'acteurs à associer à l'échange des agences pour l'emploi sont, outre les responsables des agences pour l'emploi des régions partenaires, le réseau des EURES (European Employment Services) créé à l'initiative de la Commission Européenne, ainsi que les responsables politiques et les principaux acteurs du secteur des soins. Le suivi scientifique des projets en matière de « traitement du chômage » semble nécessaire, comme pour les deux autres champs d'action, afin d'analyser scientifiquement et de façon systématique les expériences en cours et à venir.

4.2.4 Champ d'action « besoins en main-d'œuvre qualifiée »

Le quatrième champ d'action est celui du besoin en main-d'œuvre qualifiée. Ici, il s'agit de contribuer à couvrir les besoins en personnel soignant dans la Grande Région. Jusqu'à présent, les stratégies de recrutement de personnel qualifié se limitaient presque exclusivement, au territoire d'une région donnée, au moins en ce qui concerne les composantes de la Grande Région. Au niveau de chacun des pays, il existe en effet des phénomènes d'attractivité de certains territoires déjà bien identifiés, à l'exemple de la Côte d'Azur en France. Au niveau de la Grande Région, il paraît nécessaire d'instaurer une coopération entre les composantes afin de définir en commun les besoins en personnel soignant, et de prendre ensuite des mesures communes pour couvrir ces besoins. Déjà difficile à réaliser à l'échelle d'un pays, au regard de la volatilité de certains besoins exprimés par les employeurs et de la difficulté à tenir compte de l'ensemble des paramètres qui influencent les mobilités individuelles, cet exercice se heurtera assurément à de nombreux obstacles qu'il conviendra de lever collectivement et progressivement.

Trois étapes se distinguent : la première consiste à définir la zone dans laquelle la problématique des besoins en main-d'œuvre qualifiée doit être traitée. Il semble préférable de considérer, au moins dans un premier temps, la mobilité entre les territoires bordant les frontières. On observe en effet que la mobilité du personnel soignant se fait principalement en direction du Luxembourg, et ce au départ des territoires limitrophes de Thionville, Trèves, Arlon, etc. (voir figure 47). Il faudrait donc se limiter dans un premier temps à ces zones afin d'éprouver les méthodologies de diagnostic des besoins mises en place. Le diagnostic à proprement parler correspond à la deuxième étape. Il conviendrait, tout d'abord, d'examiner si des besoins de main-d'œuvre existent, s'ils sont couverts et de quelle manière. Si les besoins, en totalité ou pour partie, restent insatisfaits, la troisième étape s'enclenchera alors, afin de mettre en œuvre des mesures communes permettant de répondre aux attentes. Le développement d'une offre de formation commune est une piste à creuser, qui souffre toutefois d'être efficace à moyen-long terme, puisque le temps nécessaire entre l'ouverture d'une formation et la sortie de la première promotion de diplômés peut-être relativement long. Une projection des besoins futurs en personnel des soins est une étape incontournable pour atteindre l'objectif d'unifier les marchés du travail, et pour répondre aux besoins de la popula-

tion annoncés (vieillesse de la population, place accrue des maladies chroniques, souhait de développer l'hospitalisation à domicile, etc.),

Les programmes communs de formation pourraient également s'inscrire dans le cadre des politiques de réduction du chômage des jeunes notamment, et créer ainsi une situation « gagnant/gagnant » en proposant une main d'œuvre qualifiée aux employeurs exprimant des besoins de recrutement. Il va de soi que la bonne motivation des jeunes pour s'insérer dans ces métiers et dans ces activités est incontournable, et que de tels dispositifs ne conviendront pas, de fait, pour résoudre l'ensemble des situations de chômage. Il conviendrait également d'examiner la possibilité d'élaborer des co-financements entre les régions impliquées pour organiser ces formations communes.

Les acteurs chargés de traiter la problématique des besoins de main d'œuvre qualifiée devraient se composer principalement, d'une part, de décideurs politiques en charge de l'architecture du système des soins ou de l'appareil de formation par exemple, et d'autre part, des acteurs économiques qui mettent en œuvre les activités et la formation dans le domaine des soins. Les ministères compétents et les autorités de tutelle subordonnées pourraient être à l'initiative d'un groupe de travail en charge de ces questions de main d'œuvre qualifiée. L'analyse quantitative des besoins pourrait être réalisée par un réseau d'instituts de recherche du marché du travail, comme ceci a été fait pour la rédaction du présent rapport, en lien avec un réseau d'experts.

4.2.5 Le rôle des acteurs politiques

Les acteurs politiques jouent un rôle essentiel pour les quatre champs d'action des régions partenaires. Ils sont partie prenante du contexte général dans les domaines de la formation, de l'emploi et du chômage et doivent garantir une infrastructure de soins et une offre suffisante de personnel soignant. Ils sont également concernés en premier lieu par le renforcement des échanges transfrontaliers. Pour que les innovations puissent perdurer, les conditions cadre devraient être modifiées dans de nombreuses régions. En ce sens, il est recommandé, quel que soit le champ d'action considéré, de mettre en place une structure d'accompagnement dans le cadre de laquelle les ministères concernés et les autorités de tutelle des régions partenaires puissent échanger et coopérer.

Les responsables politiques à l'origine de ce travail avaient pour ambition que le fonctionnement des marchés du travail du soin au sein de la Grande Région apparaissent de façon plus lisible. Le présent rapport constitue un premier pas dans cet effort de compréhension. Au-delà des échanges nécessaires entre les acteurs politiques et économiques du domaine, c'est également entre les producteurs des données statistiques utiles à la réalisation de diagnostics qu'un travail doit être engagé, afin de tendre vers la fourniture de données statistiques harmonisées entre les composantes. Un tel travail ne pourra toutefois être engagé sans le soutien des décideurs politiques et la bonne coopération des institutions concernées, pour lesquelles la production de données statistiques satisfait d'abord des exigences de gestion de l'activité plutôt que la production de connaissances scientifiques.

5. Perspectives

Un état des lieux du marché du travail dans le domaine des soins dans la Grande Région a été dressé pour la première fois dans le cadre du projet « Le marché du travail en soins infirmiers dans la Grande Région – professions, mobilité et besoin de main d'œuvre qualifiée ». Des données administratives pour la Rhénanie-Palatinat, la Sarre, la Lorraine, le Luxembourg, en Wallonie et dans la CG de Belgique ont été collectées et en partie complétées par des données collectées à cet effet. Il a ainsi été possible de mettre côte à côte des informations sur les secteurs, les soins infirmiers, la formation, le chômage, les salariés et la mobilité transfrontalière dans les six régions partenaires. Ces données structurelles permettent de tirer les premiers enseignements sur le marché du travail en soins infirmiers dans la Grande Région. Les comparaisons interrégionales ont montré de forts écarts concernant le nombre de professionnels de santé en activité et en formation. Les disparités des régions partenaires concernant leur nombre d'habitants constituent un des premiers facteurs explicatifs de ces écarts. C'est pourquoi le groupe de travail a, dans une deuxième phase, mis en relation les données pour définir de nouveaux indicateurs permettant de neutraliser cet effet.

Les problèmes méthodologiques ne sont pas rares dans les études comparatives internationales ou transfrontalières. En regard de différences au niveau des systèmes, des mesures et de l'évaluation, les résultats obtenus dans le cadre du projet sont incomplets et ne sont pas toujours comparables. L'étude a donc un caractère exploratoire et peut servir de base à d'autres études comparatives sur le marché du travail en soins infirmiers dans la Grande Région. Pour les travaux futurs, l'effort de collecte de données harmonisées au niveau transfrontalier doit se poursuivre avec les offices statistiques de la Grande Région ainsi qu'avec les administrations productrices des données. Par ailleurs, le niveau important d'expertise nécessaire, afin de garantir une interprétation de qualité de ces données, justifie de poursuivre le rapprochement avec les principaux acteurs opérationnels du domaine des soins. De tels processus d'échange ont été lancés dans le cadre du projet. Il convient à présent de les pérenniser.

Pour les partenaires du réseau de l'Observatoire Interrégional de l'Emploi (OIE), le marché du travail en soins infirmiers était pour la première inscrit à son programme de travail. Du côté de l'Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), ce dernier dispose, certes, d'une longue expérience dans le suivi des marchés du travail régionaux, il n'avait toutefois jamais travaillé dans le contexte de la Grande Région jusqu'à présent. En ce sens, tous les acteurs ont profité de cette coopération. Ils se sont réunis à de nombreuses reprises et ont recherché des solutions pour lever les difficultés méthodologiques. A terme du projet, il existe une compréhension partagée par l'OIE et l'IWAK pouvant servir de base à de futurs travaux. Une veille régulière des transformations des marchés du travail des professionnels du soin pourrait constituer un prolongement à ce premier rapport. Un tel exercice permettrait également d'entretenir ce premier effort de coopération entre les deux partenaires.

Parallèlement aux discussions avec les instituts statistiques et les instituts de recherche dans la Grande Région, le dialogue a également été engagé avec les principaux acteurs des soins (responsables politiques, partenaires sociaux et praticiens) lors d'un « atelier d'experts » qui s'est déroulé le 2 juillet 2014 à Trèves. Ce choix a fait ses preuves : les échanges

ont permis de confronter les points de vue entre des experts issus des six régions partenaires, de valider les indicateurs élaborés dans le cadre du projet et les analyses qui en découlent. A l'issue de cet atelier, les acteurs ont témoigné de l'intérêt qu'ils avaient à mieux connaître le fonctionnement des marchés du travail des soins dans la Grande Région, et ils ont également exprimé leur volonté de poursuivre les échanges autour de ce thème.⁴² Les résultats du projet, qui ont été discutés au cours de cet atelier vont dans le sens d'un meilleur partage des informations et des connaissances auprès de tous les acteurs.

L'atelier d'experts a montré en outre que les acteurs étaient intéressés d'échanger avec leurs partenaires dans d'autres régions et élaborer des solutions en commun. Il convient, d'une part, de miser sur un rapprochement entre les représentants des agences pour l'emploi, responsables d'hôpitaux et d'établissements pour personnes âgées, écoles préparant aux métiers du soins, etc., et, d'autre part d'encourager les échanges individuelles entre cadres, salariés, jeunes en formation ou enseignants, soit dans le cadre de séminaires, soit dans le cadre de « stages pratiques » dans un pays voisin. L'observation du fonctionnement des services et des équipes soignantes dans des établissements frontaliers, et le partage et l'analyse des solutions apportées aux difficultés rencontrées, peuvent éventuellement servir de modèle. Le fonctionnement des marchés du travail dans la Grande Région pourrait tirer partie de ce partage de connaissances et de pratiques, et on peut faire l'hypothèse que les tensions en matière de besoins de main d'œuvre observées dans chacune des composantes s'en trouveraient réduites.

Il convient d'organiser rapidement d'autres ateliers pour approfondir le dialogue avec les acteurs des secteurs du soin, afin de mettre en œuvre les résultats du projet. Des manifestations d'une demi-journée – se tenant idéalement dans les six régions partenaires -, pourraient permettre de présenter d'une part les principaux résultats du projet et d'autre part approfondir les échanges interrégionaux dans le cadre d'un groupe de travail.

⁴² Le grand intérêt manifesté par le public spécialisé pour les résultats du projet s'est également traduit lors des nombreuses sollicitations du groupe de travail intervenues au cours du projet.

Sommaire des figures

Fig. 1 : Nombre d'établissements hospitaliers	21
Fig. 2 : Lits disponibles dans le secteur hospitalier	22
Fig. 3 : Les salariés dans le secteur hospitalier	23
Fig. 4 : Nombre d'établissements pour personnes âgées	24
Fig. 5 : Places d'hébergement dans les établissements pour personnes âgées	25
Fig. 6 : Nombre de salariés dans les établissements pour personnes âgées	26
Fig. 7 : Nombre de prestataires d'intervention à domicile et accueil de jour	28
Fig. 8 : Nombre d'actifs en emploi (salariés + non salariés) dans le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour	29
Fig. 9: Nombre de personnes en formation aux professions du soin en 2011	42
Fig. 10: Nombre de diplômés en 2012	43
Fig. 11: Évolution du nombre de diplômés (Cat. 2 : infirmiers)	44
Fig. 12: Évolution du nombre de diplômés (Cat. 3 : auxiliaires de soin)	45
Fig. 13: Rapport entre les personnes en formation d'infirmiers et d'auxiliaires de soin et la population âgée de 15 à 29 ans en 2011, en %	46
Fig. 14: Rapport entre les personnes en formation (infirmiers et auxiliaires de soin) et la population âgée de 15 à 29 ans en 2011, en %	47
Fig. 15: Rapport entre les diplômés et les employés des professions du soin en 2011*, en %	49
Fig. 16: Rapport entre les titulaires d'un diplôme d'infirmiers ou d'auxiliaires de soin et les infirmiers et auxiliaires de soin occupant un emploi en 2011*, en %	50
Fig. 17 : Demandeurs d'emploi dans les professions du soin en 2012	55
Fig. 18: Évolution du nombre des demandeurs d'emploi recherchant un métier d'infirmier ...	56
Fig. 19: Évolution du nombre de demandeurs d'emplois recherchant un métier d'auxiliaire de soin	57
Fig. 20: Pourcentage du chômage de longue durée des demandeurs d'emploi en 2012, en %	58

Fig. 21: Répartition par groupes d'âges des demandeurs d'emploi recherchant un métier d'infirmier en 2012, en %.....59

Fig. 22: Pourcentage des 15-24 ans chez les demandeurs d'emploi recherchant un métier d'infirmier et comparaison avec l'ensemble des demandeurs d'emploi, en 2012.....60

Fig. 23: Taux de chômage des 15-24 ans et de l'ensemble des actifs, en 201361

Fig. 24 : Infirmiers occupant un emploi64

Fig. 25: Auxiliaires de soin occupant un emploi65

Fig. 26: Pourcentage d'infirmiers et d'auxiliaires de soin exerçant à temps partiel.....67

Fig. 27: Répartition par groupes d'âges des infirmiers occupant un emploi en 2011, en %...68

Fig. 28: répartition par groupes d'âges des auxiliaires de soin occupant un emploi en 2011, en %.....69

Fig. 29: Pourcentage des infirmiers et des auxiliaires de soin employés dans les hôpitaux en 2011, en %.....70

Fig. 30 : Evolution du nombre d'infirmiers par pays d'origine75

Fig. 31 : Évolution du nombre d'auxiliaires de soin par pays d'origine76

Fig. 32 : Pourcentage des frontaliers atypiques originaires de France dans les professions du soin entre 1999 et 201177

Fig. 33 : Évolution du pourcentage des infirmiers originaires de France par rapport à l'ensemble des infirmiers salariés.....78

Fig. 34 : Évolution du pourcentage des auxiliaires de soin originaires de France par rapport à l'ensemble des auxiliaires de soin salariés.....78

Fig. 35 : Demandes de reconnaissance d'un diplôme professionnel d'infirmier et/ou d'infirmier en puériculture en Rhénanie-Palatinat79

Fig. 36 : Demandes de reconnaissance d'un diplôme d'infirmier en Sarre.....80

Fig. 37 : Frontaliers entrants en Wallonie dans les trois secteurs des soins, par pays d'origine82

Fig. 38 : Pourcentage des frontaliers entrants en Wallonie dans les trois secteurs des soins, rapporté à l'ensemble des frontaliers, selon le pays d'origine.....83

Fig. 39 : Pourcentage des frontaliers originaires de France dans les trois secteurs des soins, exerçant à temps partiel.....84

Fig. 40 : Pourcentage des femmes parmi les frontaliers originaires de France et travaillant dans les 3 secteurs des soins	84
Fig. 41 : Pourcentage des frontaliers originaires de France dans les trois secteurs des soins, par groupes d'âges	85
Fig. 42 : Évolution du pourcentage de français inscrits en formation d'infirmier en Wallonie, entre 2005 et 2012.....	86
Fig. 43 : Personnel du soin sortant de CG, entre 2005 et 2010	88
Fig. 44 : Nombre de salariés exerçant au Luxembourg dans les trois secteurs des soins, par pays d'origine.....	90
Fig. 45 : Pourcentage des salariés exerçant au Luxembourg dans les trois secteurs des soins et dans l'emploi total, par pays d'origine	91
Fig. 46 : Évolution entre 2009 et 2013 des frontaliers entrants au Luxembourg dans les 3 secteurs des soins, par pays d'origine.....	92
Fig. 47 : Salariés se rendant au Luxembourg dans les trois secteurs des soins par région d'origine, en 2013, et évolution sur la période 2009 - 2013.....	93
Fig. 48 : Salariés se rendant au Luxembourg pour travailler dans le secteur hospitalier, par région d'origine, en 2013, et évolution 2009-2013.....	94
Fig. 49 : Frontaliers travaillant au Luxembourg dans les établissements pour personnes âgées par région d'origine, en 2013, et évolution 2009-2013	95
Fig. 50 : Frontaliers travaillant au Luxembourg dans l'intervention à domicile et l'accueil de jour par région d'origine, en 2013, et évolution 2009-2013	96
Fig. 51 : Frontaliers à temps partiel dans les trois secteurs des soins, par pays d'origine.....	97
Fig. 52 : Pourcentage des salariés dans les trois secteurs des soins, par pays d'origine et par groupes d'âges	98
Fig. 53 : Cadres dans les professions du soin exerçant dans le secteur hospitalier, par pays d'origine	99
Fig. 54 : Infirmiers exerçant dans le secteur hospitalier, par pays d'origine	100
Fig. 55 : Auxiliaires de soin exerçant dans le secteur hospitalier par pays d'origine	101
Fig. 56 : Évolution du nombre de diplômés luxembourgeois et du nombre de diplômés étrangers reconnus par l'administration entre 2000 et 2013	103

Sommaire des tableaux

Tab. 1 : Nombre d'habitants de 80 ans et plus et projection des effectifs à l'horizon 2030.....	4
Tab. 2 : Structure du projet.....	5
Tab. 3 : Définition statistique des trois secteurs des soins.....	19
Tab. 4 : Évolution en % du nombre de salariés dans le secteur hospitalier entre 1999 et 2011.....	24
Tab. 5 : Évolution en % du nombre de salariés dans les établissements pour personnes âgées entre 1999 et 2011	27
Tab. 6 : Évolution en % du nombre d'actifs en emploi (salariés + non salariés) travaillant dans le secteur de l'intervention à domicile et accueil de jour entre 1999 et 2011	29
Tab. 7 : Part des personnes travaillant en 2011 dans les trois secteurs des soins par rapport à l'ensemble de la population active en emploi	30
Tab. 8 : Variation en % du nombre de salariés entre 1999 et 2011	31
Tab. 9 : Évolution de la population totale et évolution de la population de 80 ans et plus	31
Tab. 10 : Vue d'ensemble des quatre catégories de personnel intervenant dans la chaîne des soins	35
Tab. 11: Rapport entre le nombre d'infirmiers et le nombre d'auxiliaires de soin en emploi, en 2011.....	70
Tab. 12 : Nombre de personnes en formation d'infirmier, par nationalité en 2012	86
Tab. 13 : Personnel du soin étranger dans la CG de Belgique, en 2010.....	87
Tab. 14 : Pourcentage des frontaliers parmi les salariés des trois secteurs des soins dans chacune des composantes de la Grande Région.....	104
Tab. 15 : Nombre de diplômés d'infirmiers délivrés et nombre de diplômés d'infirmiers étrangers reconnus par l'administration dans chacune des composantes de la Grande Région, en 2012.....	105
Tab. 16 : Salaires bruts versés aux infirmiers dans la fonction publique	105

Annexe 1 : Définition des catégories de « professions du soin » pour les différents indicateurs

En général, on a utilisé le système suivant de classification des professions (voit chap. 3.2) :

Catégorie 1 Führungskräfte / Cadres	Catégorie 2 Pflegefachkräfte / Infirmiers	Catégorie 3 Pflegehelfer / Auxiliaires de soin	Catégorie 4 Pflegehilfskräfte / Aides peu qualifiées
--	---	--	--

Dans les analyses, on s'est focalisé sur les catégories 2 (infirmiers) et 3 (auxiliaires de soin).

Formation

Rhénanie-Palatinat et Sarre

Les données concernant la Rhénanie-Palatinat émanent des statistiques scolaires annuelles élaborées par le Service de la Statistique de ce Land. Le nombre de diplômés issus des formations continues reconnues par l'État nous a été communiqué par le Service des Affaires sociales, de la Jeunesse et d'Assistance de ce Land. Les données concernant la Sarre émanent également des statistiques scolaires annuelles et ont été mises à la disposition de l'équipe de projet du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, des Femmes et de la Famille de la Sarre.

Pour ce qui est du nombre de personnes en formation au sein des écoles formant aux soins gériatriques, les statistiques scolaires de la Sarre ne permettent pas de différencier les infirmiers en gériatrie d'une part, des auxiliaires en gériatrie d'autre part. Ces deux métiers étant affectés à des catégories différentes, un relevé primaire s'est avéré nécessaire pour obtenir des données différenciées.

Le nombre de personnes ayant bouclé un cours de formation continue reconnu par l'État n'est recensé ni en Rhénanie-Palatinat ni dans la Sarre. Afin de pouvoir ajouter ces personnes (comme pour les autres sous-régions) au nombre de personnes en formation pour la catégorie 2, un relevé primaire auprès des centres de formation continue eut été nécessaire. Nous y avons cependant renoncé en raison d'un investissement proportionnellement démesuré. Par conséquent, les chiffres de la formation pour les régions allemandes sont légèrement sous-estimés par rapport aux autres régions car le personnel soignant en formation continue n'y est pas intégré.

Pour la catégorie 1 (cadres), il n'existe pas de données administratives officielles, ni auprès des autorités ni auprès des écoles. C'est pourquoi l'IWAK et l'OIE ont prélevé des données primaires auprès des écoles supérieures offrant des filières de formation en lien avec les soins à la personne, afin d'obtenir des informations quant au nombre de cadres formés. Néanmoins, la plupart des diplômés des filières de formation proposées exercent par après une activité de pédagogue en soins à la personne, travaillent dans le domaine de la formation continue ou dans le secteur scientifique. Les autres régions comptent, dans cette caté-

gorie 1, du personnel soignant qui assume des tâches de cadre au sein d'hôpitaux et d'établissements de soins.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
Management und Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen (Bachelor) Pflege (Bachelor, ausbildungsorientiert) Pflegepädagogik (Bachelor, Diplom) Pflegeleitung (Diplom) Gesundheit und Pflege (Bachelor, Master) Pflegewissenschaft (Master, Promotion)	Altenpfleger/innen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen	Altenpflegehelfer/innen Krankenpflegehelfer/innen

Lorraine

Les chiffres lorrains sont issus de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), laquelle sonde régulièrement les centres de formation.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
Cadre	Infirmiers généraux Spécialistes	Aides-soignants Auxiliaire de puériculture Aides médico-psychologiques

Luxembourg

Les données de formation concernant le Luxembourg viennent du Lycée technique pour professions de santé (LTPS), l'unique école de soins de santé du pays.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
-	Infirmier Spécialisation infirmier en pédiatrie (SP) Spécialisation infirmier en psychiatrie (SY) Spécialisation infirmier en anesthésie et réanimation (SAR)	Aide-soignant

Wallonie

Les données relatives à la Wallonie ont été transmises par Etnic (Entreprise publique des Technologies nouvelles de l'Information et de la Communication), un organisme public qui assure un soutien numérique, téléphonique et statistique en Communauté française de Belgique.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
Sciences de la santé publique • Master en 2 années d'études à finalité spécialisée • Master en 2 années d'études à finalité approfondie	Soins infirmiers Spécialisation en biotechnologies médicales et pharmaceutiques Spécialisation en diététique sportive Spécialisation en éducation et rééducation des déficients sensoriels Spécialisation en oncologie Spécialisation en pédiatrie Spécialisation en salle d'opération Spécialisation en santé communautaire Spécialisation en santé mentale et psychiatrie Spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente Spécialisation interdisciplinaire en gériatrie et psychogériatrie	Aide-soignant

DG Belgien

La Communauté germanophone de Belgique ne possède aucune statistique détaillée dans le domaine des formations aux professions du soin ou des filières de formation correspondantes. Dès lors, la partenaire du réseau OIE issue de cette région a prélevé des données directement auprès des écoles supérieures proposant des filières de formation en lien avec les soins à la personne.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
-	Krankenpfleger (Bachelor) Krankenpfleger (Brevet)	Pflegehelfer Familien- und Seniorenhelfer Kinderbetreuer

Les demandeurs d'emploi recherchant une profession de soin

Rhénanie-Palatinat et Sarre

Les données utilisées se fondent sur les informations de l'agence fédérale pour l'emploi. Les données relatives au chômage sont présentées au niveau des codes à 5 chiffres, conformément à la classification des métiers 2010 (KldB 2010). Concernant les auxiliaires de soin (catégorie 3), nous avons été confrontés au problème selon lequel les données ne permettent aucune différenciation entre les auxiliaires de soin d'une part, et les aides peu qualifiées d'autre part. Le nombre des auxiliaires de soin au chômage est dès lors surestimé.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3 (+4)
81393 Aufsichtskräfte - Gesundheits- und Krankenpflege;	81302 Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung oS) - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten 81313 Berufe in der Fachkrankenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten 81323 Fachkinderkrankenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten	81301 Gesundheits- und Krankenpflege (oS) Helfer-/Anlertätigkeiten
82194 Führungskräfte - Altenpflege	81383 Gesundheits- und Krankenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe ssT) - komplexe Spezialistentätigkeiten	82101 Berufe in der Altenpflege (oS) - Helfer- / Anlertätigkeiten
81394 Führungskräfte - Gesundheits- und Krankenpflege	81382 Gesundheits- und Krankenpflege (ssT) - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten 82183 Altenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten (ssT) 82102 Altenpflege - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (oS) 82103 Altenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten (oS) 82182 Altenpflege - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (ssT)	

Lorraine

Les données relatives se fondent sur les informations de Pôle Emploi. Les chiffres sont présentés selon le Code métier ROME (Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois) et peuvent être affectés sans équivoque aux catégories utilisées dans le projet.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
J1502 Coordination de services médicaux ou paramédicaux	J1506 Soins infirmiers généralistes J1503 Soins infirmiers spécialisés en anesthésie J1504 Soins infirmiers spécialisés en bloc opératoire J1505 Soins infirmiers spécialisés en prévention J1507 Soins infirmiers spécialisés en puériculture	J1501 Soins d'hygiène, de confort du patient J1304 Aide en puériculture K1301 Accompagnement médico-social	J1301 Personnel polyvalent des services hospitaliers

Luxembourg

Les données utilisées se basent sur les informations de l'ADEM (Agence pour le développement de l'emploi). Les chiffres sont présentés selon les Codes métiers analysés (métiers de la santé) et peuvent être affectés aux catégories de personnel soignant utilisées dans le projet. Un flou découle du fait que le métier n'a pas été saisi de manière différenciée pour l'ensemble des demandeurs d'emploi. Il est dès lors possible que la catégorie 2 (infirmiers) contienne des métiers appartenant plutôt à la catégorie 1 (cadres). La catégorie 3 (auxiliaires de soin) est susceptible d'englober des personnes dépourvues de qualification en soins à la personne et devant dès lors être affectées à la catégorie 4 (aides peu qualifiées).⁴³ Les chiffres du chômage pour le Luxembourg sont dès lors peut-être légèrement surestimés.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
03600 Infirmier en chef	036 infirmiers et hospitaliers 03610 Infirmier hospitalier 03620 Infirmier psychiatrique 03630 Infirmier en pédiatrie 03680 Infirmier social	038 personnel soignant, non diplômé comme infirmier 03821 Personnel soignant non diplômé comme infirmier, garde-malade (aide-sanitaire), soigneur diplômé 03825 Aide-soignant 03827 Aide-senior 03831 Puéricultrice	03899 Garde malade (non diplômé)

Wallonie

Les données utilisées se fondent sur les informations du Forem (Service public de l'emploi et de la formation). Les chiffres sont présentés selon la nomenclature des métiers REM7 (Répertoire Emplois Métiers) et peuvent être affectés sans équivoque aux catégories utilisées dans le projet.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
2413101 Chef de service paramédical	2412101 Infirmier en soins généraux 2412201 Infirmier en soins spécialisés	2411101 Aide-soignant	-

⁴³ Quelques demandeurs d'emploi ont bien été associés à la classification 036 „infirmiers et hospitaliers“, mais n'étaient pas enregistrés par profession concrète. Il est donc possible que l'on compte ici des professions qui ne font, en réalité, pas partie de la catégorie 2 (03600 « Infirmier en chef » et 03640 « Accoucheuse »). De même pour la catégorie 3, laquelle pourrait aussi contenir les professions 03826 « Garde-malade non diplômé » et 03828 « Auxiliaire de vie ».

DG Belgique

Les données concernées émanent de l'Agence pour l'emploi de la CG. Les données relatives au chômage de la CG ont été affectées sans problème aux catégories 2 et 3. Aucun code professionnel n'existe pour la catégorie 1. De plus, la classification ne permet pas de distinguer clairement les auxiliaires de soin (catégorie 3) des aides peu qualifiées (catégorie 4). Même si l'on a pu identifier certaines données comme appartenant au code 03899 Garde malade (non diplômé et sans expérience) et donc à la catégorie 4, cela n'a pas été possible pour d'autres professions de la catégorie 4, qui sont maintenant inclus dans la catégorie 3. Le nombre des auxiliaires au chômage est dès lors surestimé.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3 + 4	Catégorie 4
-	03620 Infirmier breveté hospitalier 03621 Infirmier breveté en psychiatrie 03610 Infirmier gradué hospitalier 03612 Infirmier gradué en pédiatrie 03611 Infirmier gradué en psychiatrie 03613 Infirmier gradué accoucheur 03614 Infirmier gradué en salle d'opération 03615 Infirmier gradué en aide médicale urgente 03616 Infirmier gradué en imagerie médicale & radio. 03617 Infirmier gradué social	03820 Garde-malade non diplômé 03821 Aide-soignant 03824 Aspirant en nursing 03825 Assistant familial et sanitaire 03826 Aide-familiale 03827 Aide-sénior 03828 Assistant en logistique médicale 03631 Assistant en soins psychiatriques 03630 Assistant en soins hospitaliers	03899 Garde malade (non diplômé et sans expérience)

Les employés dans les professions du soin

Rhénanie-Palatinat et Sarre

Pour la **Rhénanie-Palatinat** et la **Sarre**, les sources de données sont, d'une part, la statistique des soins⁴⁴, contenant des données sur les employés au sein d'établissements pour personnes âgées et de services d'intervention à domicile et accueil de jour, et d'autre part la statistique des hôpitaux⁴⁵ ainsi que celle des établissements de prévoyance et de réadaptation⁴⁶, dans lesquelles se trouvent les données relatives aux employés pour le secteur des hôpitaux. Nous présentons à chaque fois les employés respectifs selon les différentes professions, lesquels ont ensuite été rattachés aux catégories 2 (infirmiers) et 3 (auxiliaires de soin) pour le traitement des résultats.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
-	Altenpfleger/innen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen	Altenpflegehelfer/innen Krankenpflegehelfer/innen

Toutes les statistiques contiennent également des caractéristiques structurelles des employés comme le sexe ou le taux d'occupation. Les indications relatives à la pyramide des

⁴⁴ *Pflegestatistik*

⁴⁵ *Krankenhausstatistik*

⁴⁶ *Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*

âges font défaut. Toutefois, afin de la représenter, nous avons eu recours à la statistique des employés assujettis à l'assurance sociale sur le lieu de travail, tenue par l'agence fédérale pour l'emploi (Bundesagentur für Arbeit). Une analyse sur base des différentes professions fut cependant impossible, si bien que seule une évaluation de la pyramide des âges liée aux professions du soin au niveau des régimes professionnels (codes à 3 chiffres) a pu être réalisée. Les éléments pertinents sont les codes 853 – Infirmières et sages-femmes (cat. 2 – infirmiers), 861 – employés sociaux⁴⁷ (cat. 2 – infirmiers) ainsi que 854 – auxiliaires en soins infirmiers (cat. 3 – auxiliaires de soin). Tant le code 853 que le code 861 contiennent des catégories professionnelles non pertinentes pour l'étude. Nous n'avons cependant pas pu les en soustraire. Cela vaut également pour le code 854 qui, outre les auxiliaires de soin (cat. 3), contient probablement aussi les aides peu qualifiées (cat. 4) mais vraisemblablement aucun auxiliaire en gériatrie.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3 (+4)
-	853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen 861 Sozialpfleger, Sozialarbeiter	854 Helfer in der Krankenpflege

Lorraine

Pour la **Lorraine**, nous disposons de données de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) issues d'un recensement. Les données disponibles au sujet des différents métiers furent rassemblées dans les catégories des infirmiers et des auxiliaires de soin. Pour l'année 1999, les données englobent également des auxiliaires médicaux (dentaires) qui ne purent pas en être extraits.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
-	431A Cadres infirmiers et assimilés 431B Infirmiers psychiatriques 431C Puéricultrices 431D Infirmiers spécialisés 431F Infirmiers en soins généraux salariés	526A Aides-soignants 526C Auxiliaires de puériculture 526D Aides médico-psychologiques	525D Agents de services hospitaliers

Luxembourg

Pour le **Luxembourg**, nous avons eu recours à des données du Ministère de la Santé.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
Infirmiers gradués	Infirmiers Infirmiers en anesthésie et réanimation Infirmiers en pédiatrie Infirmiers psychiatriques	Aides-soignants Aides-soignants psychiatriques

Wallonie

A partir de l'année 2008, les données mobilisées pour caractériser les infirmiers et les auxiliaires de soin agréés sont issues du Service Public Fédéral (SPF) de santé publique. La limite de cette source est qu'elle comptabilise les professionnels exerçant leur métier du soin mais également le personnel agréé qui ne l'exerce pas (plus). D'après un rapport du SPF

⁴⁷ Le code 861 comprend les infirmiers en gériatrie.

portant sur les infirmiers⁴⁸ (2010), on estime à près de 20% la part des professionnels concernés par cette situation. Parmi eux, la moitié est sans activité professionnelle et l'autre moitié exerce une autre profession. Après un échange entre l'IWAK et une experte du système de santé de Wallonie, cette proportion de 20% a été jugée inférieure à la réalité, et il a été proposé de relever le seuil à 30% dans ce rapport. Autrement dit, le nombre de professionnels du soin communiqué par le SPF a été diminué de 30%.

De plus, toujours selon cette source du SPF, d'une part, la déclinaison du nombre de professionnels par secteurs d'activités employeurs n'est pas disponible et, d'autre part, le personnel soignant en poste en Wallonie mais qui n'y résidant pas n'est pas pris en compte.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
-	Infirmiers	Aides-soignants

DG Belgique

Les chiffres de l'emploi pour la **Communauté germanophone de Belgique** furent transmis par le département de la Santé du Ministère de la CG. Ils émanent d'un sondage réalisé auprès des hôpitaux, établissements pour personnes âgées et services d'intervention à domicile et accueil de jour de la région dans le cadre d'un projet Interreg.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
Pflegepersonal - Kader	Krankenpfleger (Bachelor und Brevet) inklusive mit spezieller Ausbildung	Pflegehelfer Senioren- und Familienhelfer

Mobilité des frontaliers

Rhénanie-Palatinat et Sarre

Les données pour analyser la mobilité transfrontalière des salariés dans le domaine des soins proviennent des statistiques de la Bundesagentur für Arbeit (Agence fédérale pour l'emploi) sur les salariés assurés (données à la date de référence du 30/06). Pour identifier les « professions du soin » dans les statistiques, nous avons eu recours à la classification des professions de 1988 qui ne peut être évaluée que jusqu'au niveau des catégories professionnelles (à 3 positions) pour les données sur les salariés assurés habitant en Rhénanie-Palatinat ou en Sarre par pays d'origine. Les catégories professionnelles pertinentes sont la catégorie 853 –infirmiers, sages-femmes (cat. 2 – infirmiers) et la catégorie 854 - aides dans les soins aux malades (cat. 3 – auxiliaires de soin). Les infirmiers en gériatrie ne sont pas pris en compte car ce métier n'existe qu'en Allemagne. En revanche, les sages-femmes y sont intégrées. La catégorie professionnelle 854 englobe éventuellement, outre les auxiliaires de soin (cat. 3), des aides peu qualifiées (cat. 4).

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3 (+4)
-	853 Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	854 Helfer in der Krankenpflege

⁴⁸ <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19081602.pdf>.

Luxembourg

Les données permettant d'analyser la mobilité transfrontalière des salariés dans le domaine des soins proviennent des statistiques du Ministère de la Santé. Les données concernent des informations enregistrées au ministère de la Santé jusqu'au 31/12. Dans le secteur hospitalier, elles permettent de différencier les professions du soin par pays de résidence. Nous ne disposons pas de données comparables pour les établissements pour personnes âgées et pour les services d'intervention à domicile et l'accueil de jour.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
Infirmier gradué	Infirmier Infirmier en anesthésie et réanimation Infirmier en pédiatrie Infirmier psychiatrique	Aide-soignant Aide-soignant psychiatrique

Lorraine, Wallonie et DG Belgien

Il n'existe pas de données concernant les frontaliers dans les professions du soin pour ces régions.

Annexe 2 : Aperçu de la profession d’infirmier en Allemagne, en Belgique, en France et au Luxembourg (Source : CRD Eures Lorraine)

	Allemagne	Belgique	France	Luxembourg
	Gesundheits- und Krankenpfleger	Infirmier gradué / Infirmier hospitalier	Infirmier en soins généraux (infirmier de la fonction publique hospitalière)	Infirmier responsable de soins généraux
Définition de la profession	<p>Les Gesundheits-und Krankenpfleger s’occupent des personnes malades ou nécessitant des soins, prodiguent des soins sous la conduite d’un médecin, prêtent assistance lors d’examen, de traitements et suivent les dossiers des patients. Ils travaillent essentiellement dans des hôpitaux. Ils y travaillent dans différents services, comme la chirurgie, la médecine interne, psychiatrie, gynécologie, oncologie, orthopédie, soins ambulatoires. Ils sont également employés dans des centres de soin et des maisons de retraite et dans l’intervention à domicile .</p>	<p>En milieu hospitalier, les techniques sont similaires en France et en Belgique mais les infirmières en Belgique ont plus d’autonomie et de responsabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prise en charge globale du patient : repas, toilette, soins. Très peu de délégation à l’aide-soignante. On appelle ça le « nursing intégré ». -Les infirmières peuvent réaliser des tâches avancées pour les diagnostics infirmiers et les consultations (évaluation physiologique et psychologiques avancées). -Elles peuvent orienter les patients vers les spécialistes, elles ne sont pas obligées de passer obligatoirement par les médecins généralistes. -Forte implication dans la gestion des maladies chroniques : asthme, attaque cérébrale, diabète, cancer... 	<p>Dans la fonction publique hospitalière, les infirmiers en soins généraux appartiennent au corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés</p> <p>L’accès à ce corps est subordonné à la détention d’un titre de formation ou d’une autorisation d’exercice délivrée par l’autorité compétente.</p> <p>Lieu de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etablissements publics de santé, -Maisons de retraite publiques, -Etablissements publics relevant de l’aide sociale, -Etablissements publics pour mineurs ou adultes handicapés. 	<p>L’infirmier exerce son activité principalement dans les unités de soins des hôpitaux, les maisons pour personnes âgées, les services de soins et de maintien à domicile, les centres de réhabilitation, les centres médico-sociaux et la médecine scolaire, les cabinets médicaux ou de soins.</p>



	Allemagne	Belgique	France	Luxembourg
Formation	<p>La formation réglementée au niveau fédéral s'effectue dans les Berufsfachschulen (écoles professionnelles). Elle dure 3 ans. Elle comprend un enseignement théorique de 2 100 heures et un enseignement pratique de 2 500 heures. Des expérimentations prévoient des modules supplémentaires qui portent la durée de formation à trois ans et demi. La staatliche Prüfung se compose d'une partie théorique, pratique et orale. Il existe également la possibilité de combiner la formation en école professionnelle avec des études dans une Hochschule (Haute école). Lorsque l'étudiant a acquis le diplôme de Gesundheits- und Krankenpfleger, il doit, selon la Krankenpflegegesetz, demander une autorisation d'exercice.</p>	<p>Infirmier gradué (bachelier) Formation sur 3 ans, de type supérieur court, alliant aussi bien la théorie que la pratique, menant au diplôme d'infirmier bachelier (niveau graduat). Elle s'effectue dans les hautes écoles (catégorie paramédicale) et donne accès à la profession d'infirmier de soins généraux.</p> <p>Infirmier hospitalier (breveté) Formation de trois ans menant au brevet d'infirmier hospitalier, section soins infirmiers. A la différence du baccalauréat, les études d'infirmier breveté ne relèvent pas de l'enseignement supérieur mais de l'enseignement secondaire professionnel complémentaire. Permet essentiellement l'acquisition de connaissances pratiques.</p>	<p>3 années d'études pour obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier Depuis la rentrée 2009, les étudiants obtiennent leur diplôme sous la forme de 180 crédits européens et obtiennent le grade de licence. La formation a lieu dans des Instituts de formation aux soins infirmiers.</p>	<p>La formation d'infirmier est sanctionnée par un brevet de technicien supérieur, mention «infirmier». Ce diplôme remplace le diplôme d'Etat luxembourgeois d'infirmier. La formation à temps plein est organisée sur quatre ans. Elle comporte au moins 4.600 heures d'enseignement théorique et clinique, la durée de l'enseignement théorique représentant au moins un tiers et celle de l'enseignement clinique au moins la moitié de la durée minimale de formation.</p> <p>Les deux premières années avant le bac (12ème et 13ème infirmier) consistent en une formation plein temps à l'école en alternance avec des stages, et mènent au Diplôme de fin d'études secondaires techniques (régime technique, cycle supérieur, division des professions de santé et des professions sociales, section de la formation de l'infirmier/infirmière).</p> <p>Les 2 années de BTS (BTS1 et BTS2) en section technique supérieure en alternance avec des stages en entreprise mènent au Brevet de technicien supérieur Infirmier, mention infirmier responsable des soins généraux. La formation s'effectue au Lycée Technique pour Professions de Santé (3 sites à Luxembourg, Bascharage, Warzen).</p>



	Allemagne	Belgique	France	Luxembourg
Condi- tions d'admis- sion	<p>Mittlerer Bildungsabschluss (fin de la 10ème classe, 16 ans) ou formation équivalente (Realschulabschluss).</p> <p>Des élèves possédant un Haupt-schulabschluss (fin de la 9ème classe) peuvent être admis, dans la mesure où ils possèdent une formation professionnelle de minimum deux ans ou l'autorisation d'exercice comme aide soignant, ou ont suivi avec succès une formation d'aide soignant agréée au niveau du Land de minimum une année.</p>	<p>Infirmier gradué Il n'existe pas de concours pour entrer dans une école d'infirmier. Les études menant au graduat sont accessibles aux étudiants titulaires du CESS (Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur qui clôture les études secondaires), équivalent du baccalauréat français. Il faut avoir effectué une 6ème technique, générale, ou une 7ème professionnelle b ou c.</p> <p>Infirmier hospitalier (breveté) La formation menant au brevet est accessible aux étudiants titulaires du CESS (Certificat d'Enseignement Se-condaire Supérieur qui clôture les études secondaires), équivalent du bac-calauréat français. Il faut avoir effectué une 6ème professionnelle. Un candidat titulaire d'un titre d'aide-soignant, d'auxiliaire polyvalent (obtenu après 1998) ou d'aide familial, peut avoir accès à l'école d'infirmier breveté après un module de formation dans le cadre de l'enseignement de promotion sociale.</p> <p>Conditions d'admission pour les étrangers Les étudiants étrangers doivent faire homologuer le diplôme équivalent au CESS auprès du Service des équiva-lences de l'enseignement obligatoire. Il n'y a pas de concours d'entrée. Cepen-dant le nombre de places étant limité, les premiers inscrits sont prioritaires. Il est recommandé de contacter les écoles. Les études ont la réputation d'être plus pointues qu'en France.</p>	<p>Baccalauréat ou titre équivalent + réus-site à l'examen d'entrée.</p> <p>Les auxiliaires de puériculture et les aides-soignants justifiant de 3 ans d'ex-périence peuvent se présenter à un examen d'admission spécifique et béné-ficier d'une dispense de certaines unités de formation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •avoir réussi la classe de 11ème du régime technique, division pour profes-sions de santé et professions sociales • ou avoir réussi une classe de 11ème d'une autre division du régime tech-nique (admission sur dossier) • avoir réussi une classe de 3ème de l'enseignement secondaire <p>Le LTPS peut organiser une section francophone.</p>



	Allemagne	Belgique	France	Luxembourg
Tâches de l'infirmier	<p>Activités de soins : observation et suivi de l'état du patient, exécution d'une prescription médicale. Soins de plaies, ponctions, perfusions. Soins d'hygiène Collaboration avec les médecins Suivi de soins Organisation et administration Communication avec les patients et la famille</p> <p>Une commission réunissant les autorités du domaine médical a décidé, en octobre 2011, le transfert de certaines tâches des médecins aux Krankenpflegekräfte (et Altenpfleger) : perfusions, traitement de blessures et douleurs. Les diagnostics et leur contrôle restent la compétence exclusive des médecins.</p>	<p>Certains actes requièrent une prescription médicale, certains autres non</p> <p>-Traitements (par exemple : soins infirmiers et surveillance auprès des patients ayant une voie respiratoire artificielle, réanimation cardio pulmonaire avec des moyens invasifs, placement de perfusions, de cathéters, soins de plaies....) -Administration de médicaments -Techniques particulières (par exemple : soins infirmiers aux prématurés, enlèvement des plâtres -Activité de soins infirmiers liés à l'établissement du diagnostic et du traitement -Assistance lors de prestations médicales (gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie)</p> <p>Liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier -Utilisation d'appareils d'imagerie médicale -Analyse d'urine et de sang complet, -Préparation et administration de vaccins, en présence d'un médecin.</p>	<p>Assistance technique pour la réalisation des soins, spécifique au domaine d'activité (hygiène de la personne, prise de médicaments présentés sous forme non injectable, alimentation par sonde, pansements, recueil de données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée – urine, sang)</p> <p>Elaboration du projet de soins et du plan du traitement du patient Gestion des stocks de produits, dans son domaine</p> <p>En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, mise en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, soins d'urgence en attendant l'intervention d'un médecin.</p>	<p>1-Soins et actes que l'infirmier entreprend de façon autonome et sur initiative propre -Soins et actes relatifs à l'alimentation et l'hydratation (sonde gastrique, soins aux bénéficiaires en assistance nutritive,...) - Soins et actes relatifs à l'autonomie et au bien-être (douleur, souffrance, deuil). - Soins et actes relatifs à la communication et à la transmission des informations (écoute, soutien, facilitation de l'expression dans différentes situations). - Soins et actes relatifs à l'élimination (Soins aux personnes porteuses de sondes urinaires, de cathéters ...) A l'hygiène et les soins corporels, à la mobilité et la locomotion - Soins et actes relatifs à la respiration et à la surveillance et la sécurité.</p> <p>2-Soins et actes techniques relevant d'une prescription médicale et exécutoires en dehors de la présence du médecin -Investigation médicale (prélèvement de sang, de sécrétions) -Surveillance médicale (mesure de paramètres - cardiaques, respiratoires) -Soins et actes techniques relevant du traitement médical (préparation de médicaments, reconstitution et administration de substances médicamenteuses suivant prescription)</p> <p>3-Soins et actes techniques relevant d'une prescription médicale et exécutoires sous la condition qu'un médecin puisse intervenir dans un délai adapté à la situation 4- Soins et actes techniques que l'infirmier peut accomplir dans une situation d'urgence (investigation et traitement médical).</p>



	Allemagne	Belgique	France	Luxembourg
Possibilité de spécialisations	<p>Les Gesundheits- und Krankenpfleger peuvent évoluer en tant qu'infirmières en chef, ou dans les soins intensifs ou les services opératoires. Autre alternative : les soins ambulatoires (Ambulante Pflege)</p>	<p>Infirmier bachelier En cours d'études (au terme de la 2ème ou de la 3ème année), l'étudiant peut faire une spécialisation d'accoucheur en deux ans.</p> <p>Au bout des trois années, l'infirmier bachelier peut poursuivre des études pour devenir infirmier bachelier spécialisé (infirmier gradué spécialisé). Il s'agit d'une formation d'un an pour chaque spécialisation : pédiatrie, psychiatrie, santé communautaire, soins intensifs et aide médicale urgente, imagerie médicale et radiothérapie, aide opératoire, gériatrie. Cette formation, à la différence des études françaises d'infirmier (hormis le diplôme de puéricultrice) peut s'effectuer immédiatement après l'obtention du baccalauréat.</p> <p>Possibilité pour l'infirmier bachelier d'entrer à l'université et de faire une licence en sciences médico-sociales et hospitalières ou une licence en éducation à la santé</p> <p>En cours d'emploi : formations spécialisées de courte durée en promotion sociale menant au titre de cadre hospitalier ou certificat d'aptitude à l'enseignement.</p> <p>Infirmier hospitalier (breveté) Seules deux possibilités de spécialisation : soins généraux et santé mentale psychiatrie. La spécialisation (s'effectuant en un an) donne le titre d'infirmier hospitalier spécialisé. Un infirmier hospitalier breveté a la possibilité de devenir bachelier.</p>	<p>Infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice Formation de 18 mois pour les titulaires du diplôme d'Etat d'infirmière. Pas d'expérience professionnelle exigée. Tâches : Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence : -Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ; -Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ; -Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ; -Soins du nouveau-né en réanimation ; -Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.</p> <p>Infirmier de bloc opératoire (IBODE) Formation de 18 mois dans une école spécialisée. Condition : être infirmier diplômé d'Etat ou sage-femme depuis au moins 2 ans. Une infirmière de bloc opératoire peut évoluer vers les métiers de cadre de santé. Tâches : -Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ; -Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux. En per-opératoire : activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.</p> <p>Infirmier(ère) anesthésiste diplômé d'Etat Formation de 24 mois accessible aux</p>	<p>Infirmier en pédiatrie (2 ans) : BTS supplémentaire (4 semestres, 120 ECTS, 2 340 heures) après les études d'infirmier. L'infirmier en pédiatrie soigne, encadre l'enfant et accompagne les parents. Il travaille dans les services pédiatriques des hôpitaux (unités pour nouveaux nés, pour enfants et pour adolescents) dans des maternités, des crèches, des homes pour enfants.</p> <p>Infirmier psychiatrique (2 ans) : BTS supplémentaire (4 semestres, 120 ECTS, 2 389 heures)</p> <p>Assistant technique médical en chirurgie (2 ans) : BTS supplémentaire (4 semestres, 120 ECTS, 2 404 heures)</p> <p>Infirmier en anesthésie et réanimation (2 ans) : BTS supplémentaire (4 semestres, 123 ECTS, 3 209 heures)</p> <p>Sage-femme (2 ans) : BTS supplémentaire (4 semestres, 150 ECTS, 3 229 heures)</p> <p>Infirmier gradué -infirmier cadre : L'infirmier gradué exerce -dans les hôpitaux, en général comme responsable d'unité de soins, chef de service, directeur des soins. -dans les maisons de soins, de retraite ou autres établissements spécialisés de santé, en général comme responsable de soins -dans les administrations: l'infirmier cadre peut aussi exercer dans des administrations de santé comme responsable de foyers ou d'institutions</p>

		<p>personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmière et possédant une expérience professionnelle de 2 ans minimum</p> <p>Tâches :</p> <p>Sous contrôle et à l'initiative exclusive d'un médecin anesthésiste-réanimateur:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anesthésie générale du patient ; -Réanimation peropératoire. <p>Evolutions possibles :</p> <p>Passerelles courtes :</p> <p>Cadre de santé d'unité de soins</p> <p>Formateur(trice) en soins</p> <p>IDE et spécialité</p> <p>4 ans minimum d'exercice. Concours d'entrée. Formation de 10 mois.</p> <p>Cadre supérieur de santé :</p> <p>Etre issu d'une des trois filières : infirmier, rééducation, médico-technique</p> <p>Condition d'accès à la formation : 3 ans minimum d'exercice en qualité de cadre de santé, Concours sur titre</p> <p>Directeur(trice) des soins (passerelle longue) :</p> <p>Condition d'accès à la formation : 5 ans minimum d'exercice en qualité de cadre de santé</p> <p>Concours national sur épreuves</p> <p>Formation : 12 mois à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.</p>	<p>médico-sociales.</p> <p>Formation pour devenir infirmier cadre: La législation luxembourgeoise prévoit deux types de formation:</p> <p>I) être titulaire du diplôme d'Etat luxembourgeois d'infirmier, et avoir exercé la profession d'infirmier pendant au moins trois ans et effectuer une formation de cadre.</p> <p>II) faire des études d'infirmier gradué d'une durée minimale de trois ans (après le diplôme de fin d'études secondaires) ; le diplôme obtenu doit être reconnu par l'Etat où le candidat a fait ses études et habilitier les nationaux de ce pays à l'exercice de la profession, et justifier ensuite d'une quatrième année de formation au Luxembourg. Cette année de formation comporte un stage d'organisation hospitalière, un stage de formation pédagogique au Lycée Technique pour Professions de Santé ainsi que des cours théoriques.</p> <p>Lieu de formation :</p> <p>La formation d'infirmier cadre (initiale ou de spécialisation) n'est plus organisée au Luxembourg. La formation d'infirmier de type a) se fait dans une école de cadres, de niveau professionnel, par exemple en Allemagne ou en Belgique. La formation de type II, de niveau supérieur est organisée dans plusieurs pays européens dont la Belgique.</p>
--	--	---	---