

Direction Générale de la Santé, Genève

Laboratoire de Démographie (Faculté des Sciences Economiques et Sociales, Genève)

*Portrait démographique du  
personnel infirmier à Genève :  
population en danger ?*

Sheybani Chirine

Mémoire de Maîtrise en Démographie

présenté à Madame Claudine Sauvain-Dugerdil (Directrice du Labo Démo)

et Monsieur Blaise Martin (Médecin cantonal délégué, DGS)

janvier 2008

## *Remerciements*

*à M<sup>me</sup> Claudine Sauvain-Dugerdil et M. Blaise Martin pour leur encadrement,*

*à M<sup>mes</sup> Françoise Bonvallat, Françoise Cinter, Gabrielle Blumer et Marianne Kuffer (HEdS) pour leur aide précieuse et leur disponibilité,*

*à M<sup>me</sup> Brigitte Grillet (ASI), M<sup>mes</sup> Catherine Zumwald et Marie-Noëlle Favarger-Schmidt (FSASD),*

*à M. Damien Rochette (OCSTAT), M<sup>rs</sup> Philippe Guyon et Jacques Butel (HUG)*

*et à tout-es les infirmière-es qui ont pris le temps de répondre à mes questions et de partager avec moi un peu de leur quotidien.*

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Une problématique actuelle: la pénurie mondiale du personnel infirmier</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1 Disparités régionales et notion relative de pénurie</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1.1 Régions intra-européennes</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1.2 Migration et dépendance envers les pays étrangers</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 Origine de la pénurie dans les pays à fort revenu</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3 Conclusion intermédiaire: Comprendre la pénurie à travers le profil du personnel infirmier</b> .....	<b>9</b>
<b>2. La situation à Genève</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 La conjoncture genevoise</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1.1 Les données disponibles</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1.2 La formation infirmière à Genève</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1.3 Le marché du travail genevois dans le domaine de la santé</b> .....	<b>12</b>
<b>2.2 Le point de vue de quelques acteurs institutionnels</b> .....	<b>15</b>
<b>3. Socio-démographie de la population infirmière dans le canton de Genève</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1 Les données statistiques existantes pour le canton de Genève</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2 Exploitation de la base de données de la Direction Générale de la Santé</b> .....	<b>22</b>
<b>3.2.1 Données manquantes</b> .....	<b>22</b>
<b>3.2.2 Sélection des variables exploitables</b> .....	<b>25</b>
<b>3.3 Portrait statistique de la population infirmière active sur le canton de Genève</b> <b>27</b>	
<b>3.3.1 Caractéristiques générales de la population infirmière</b> .....	<b>27</b>
<b>3.3.2 Profil des infirmiers</b> .....	<b>31</b>
<b>3.3.3 Profil des infirmier-es français-es</b> .....	<b>32</b>
<b>3.3.3.1 Profil des infirmier-es frontalier-es</b> .....	<b>35</b>
<b>3.4 Typologie des infirmier-es exerçant sur le canton selon l'employeur</b> .....	<b>38</b>
<b>3.4.1 Données manquantes</b> .....	<b>38</b>
<b>3.4.2 Le sexe des personnels infirmiers</b> .....	<b>40</b>
<b>3.4.3 Les nationalités des personnels infirmiers</b> .....	<b>40</b>
<b>3.4.4 Les lieux de résidence des personnels infirmiers</b> .....	<b>41</b>
<b>3.4.5 L'âge au 1<sup>er</sup> diplôme et à la 1<sup>ère</sup> autorisation à Genève</b> .....	<b>42</b>
<b>3.5 Conclusion intermédiaire : Pourquoi autant d'infirmier-es français-es à Genève ?</b> .....	<b>44</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>45</b>

## **Introduction**

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre d'un stage de quatre mois à la Direction Générale de la Santé à Genève (Département de l'Economie et de la Santé). L'objet de ce stage était une analyse de leur base de données relatives aux autorisations de pratiquer délivrées aux infirmier-es, selon les attentes de cette direction générale.

Articulées autour de cette analyse statistique, nous proposons trois pistes de réflexion. La première se consacre à la notion de pénurie en soins infirmiers à l'échelle mondiale et régionale : nous voulons y démontrer qu'un personnel infirmier performant et en quantité suffisante est indispensable à n'importe quel système de santé de qualité. Ainsi, nous essayerons de voir si l'évolution des effectifs du personnel infirmier à Genève est capable de répondre aux besoins du canton. La seconde piste de réflexion se penche sur les caractéristiques d'un personnel infirmier : les critères qui garantissent la qualité de cette catégorie professionnelle, mais aussi ceux qui expliquent sa non reconnaissance sociale. Enfin, la troisième piste de réflexion s'intéresse à l'origine de la population infirmière active sur le canton : est-ce que Genève participe à la fuite des cerveaux du Sud vers le Nord (comme le fait le système de santé anglais, par exemple) ?

La première partie du travail introduira donc le cadre international de la pénurie en soins infirmiers tandis que la seconde partie présentera la situation pour le canton de Genève : la façon dont son système de santé est organisé, le positionnement de la catégorie infirmière et les enjeux qu'elle représente pour les acteurs clefs du domaine. Enfin, la troisième partie sera consacrée à l'analyse des données disponibles concernant le personnel infirmier du canton de Genève. Les variables démographiques de base de cette catégorie professionnelle y seront analysées et, au final, un profil du personnel infirmier pour les quatre principaux employeurs du canton sera produit.

# **1 Une problématique actuelle: la pénurie mondiale du personnel infirmier**

La pénurie du personnel infirmier est un phénomène global, dont les causes et les répercussions touchent à de nombreux domaines. Démographiquement parlant, on observe deux phénomènes. Au Nord, le vieillissement de la population demande toujours plus de soins et, plus particulièrement pour les individus en fin de vie. (A.Clemens-Carpiaux 2005; F.Paccaud 2000; D.Polton 2005.) Au Sud, l'augmentation de la population nécessite un service de santé toujours plus important. Or, la population infirmière est partout en sous-effectif et ne peut pas répondre à la demande croissante de soins. Le vieillissement de la main-d'œuvre infirmière, la perte d'attractivité de la profession, l'émancipation des femmes vis-à-vis de leur projet de carrière sont autant d'autres facteurs susceptibles d'expliquer cette carence en personnel infirmier dans le monde (Rapport CII/FIFN 2006).

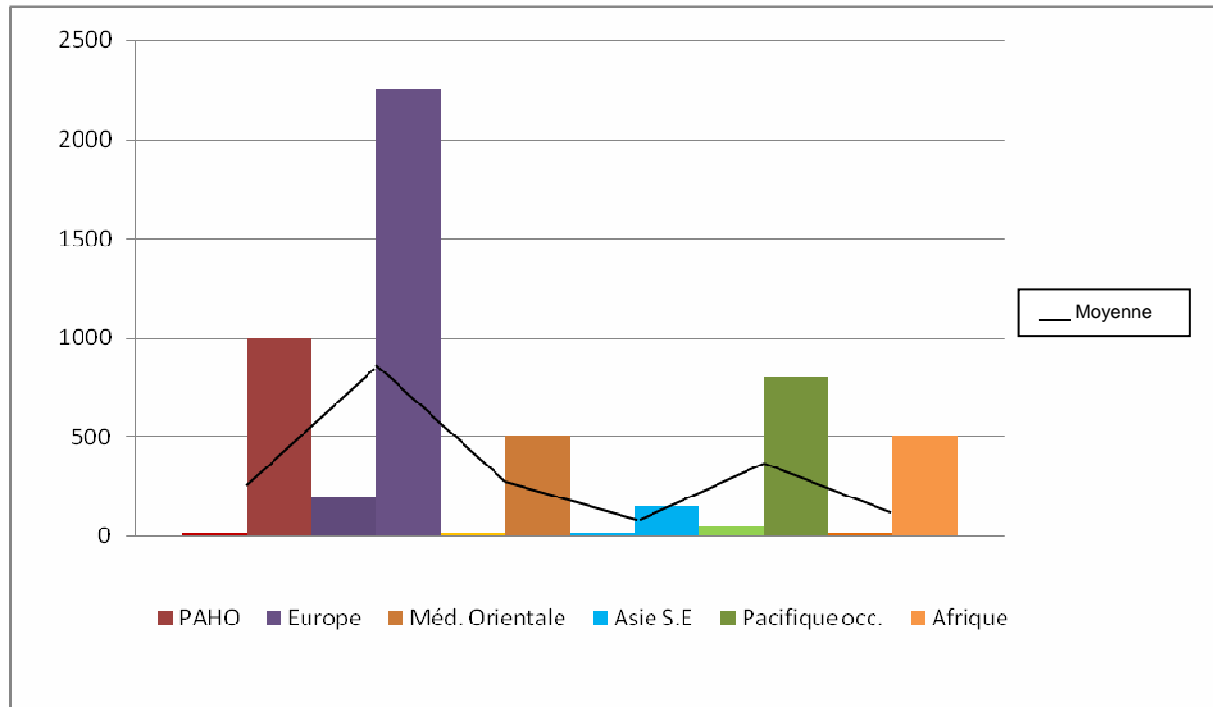
Cependant, le terme de pénurie est relatif. Les besoins en soins ne sont pas aussi aigus dans le Nord que dans le Sud. Aux États-Unis, l'état de manque est décrété pour un ratio infirmière:population de 773 sur 100'000, tandis qu'en Ouganda le même état de manque se chiffre à 6 infirmières pour 100'000 habitants. Il n'y a donc pas de définition universelle pour la notion "pénurie de soins infirmiers" mais le manque est bien réel et à l'échelle mondiale (Rapport CII 2004). La pénurie mondiale peut être comprise comme la conséquence de *"graves déséquilibres dans l'offre et la demande en personnel infirmier de nombreux pays"* (Rapport CII 2004). La demande en main-d'œuvre devient trop importante et croît trop rapidement par rapport aux capacités de l'offre, ceci tant pour les pays en voie de développement que pour les pays développés. La qualité de vie de chaque individu - qu'il soit jeune ou moins jeune - dépend notamment de la performance des systèmes de santé partout dans le monde. Il est primordial de détenir suffisamment de ressources et de savoir les organiser au mieux, afin de garantir des soins capables de répondre à la demande et aux exigences démographiques actuelles (Rapport OMS 2000).

Les besoins en soin ont une portée mondiale et font partie des défis du 21<sup>ème</sup> siècle. Les objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) en apportent la preuve. Adoptés en 2000 par 189 États membres des Nations Unies, leur but principal est de réduire la pauvreté d'ici à 2015. Sur les huit objectifs, trois concernent la santé. Le premier vise une réduction des deux tiers de la mortalité infantile et enfantine, le second une réduction des trois-quarts de la mortalité maternelle et le dernier un renversement de tendance pour la propagation du sida, de la tuberculose et du paludisme (Rapport CII/FIFN 2006). Pour réaliser ces trois objectifs "santé", un apport suffisant en main-d'œuvre infirmière est indispensable (Dr Lee Jong-Wook, Directeur Général de l'OMS). Par exemple pour la santé maternelle, les soins infirmiers sont essentiels. Si chaque naissance devenait assistée d'un personnel médical, cela réduirait déjà fortement la mortalité maternelle. Et, dans une plus large mesure, si le personnel médical se renforçait, cela faciliterait l'accès aux soins pour toute une population.

## **1.1 Disparités régionales et notion relative de pénurie**

Comme il est dit plus haut, la pénurie du personnel infirmier est un fait universel dont la définition varie selon le contexte. L'observation du ratio infirmière:population permet d'évaluer de façon plus objective l'ampleur de la pénurie. Il rend compte du nombre d'infirmières effectives pour un certain nombre d'individus dans une région donnée. Dans le rapport 2004 du CII, l'auteur compare le ratio moyen infirmière:population des principales régions de l'OMS. Le ratio moyen est, dans le cas d'une comparaison, un indicateur utile.

**Figure 1** Ratio infirmier-e:population (100'000hab). Minimum, maximum et moyenne des régions, 2003



*Source : OMS 2004.*

La figure 1 permet de voir clairement les disparités en matière de ratio moyen selon les régions de l'OMS (Rapport CII 2004). La région Europe obtient le ratio moyen le plus avantageux. Il est dix fois supérieur au ratio le plus faible, celui de la région Afrique et Asie du Sud-Est. La carence en main-d'œuvre infirmière est particulièrement marquée en Afrique, avec environ deux mille postes d'infirmières non pourvus (C. Dolea, B.Stilwell, P.Zurn 2006). Dans les pays en voie de développement, le phénomène de manque est en effet exacerbé par la mauvaise répartition géographique, les régions rurales étant excentrées et manquant particulièrement de personnel infirmier (Rapport CII/FIFN 2006). Enfin, depuis la fin des années 1990, la pénurie s'est aggravée dans cette région avec l'émigration toujours plus courante et soutenue des infirmières africaines vers les pays du Nord<sup>1</sup>.

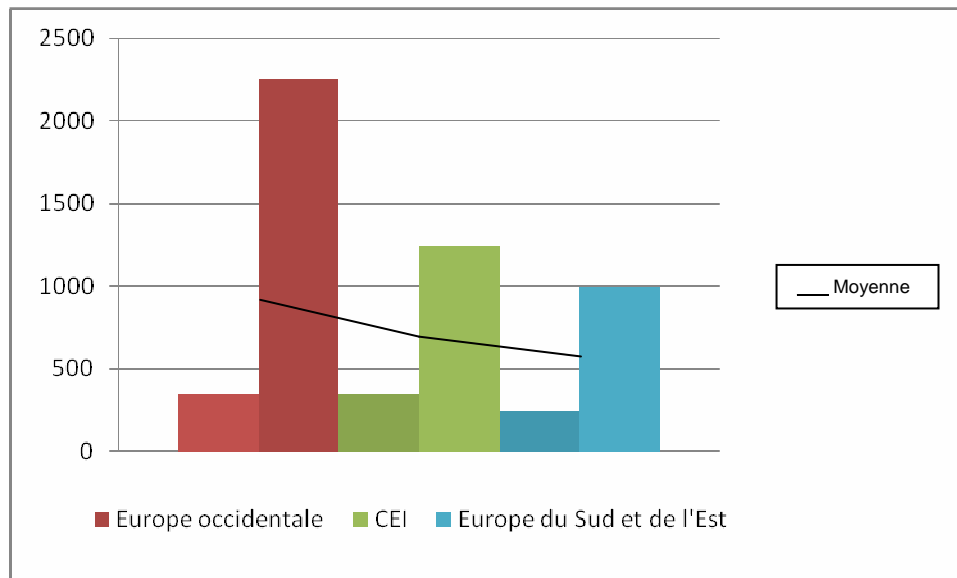
La région PAHO ("Pana American Health Organisation", continent américain) présente le deuxième meilleur ratio infirmière:population. Cependant, les écarts sont importants au sein de cette région. Le ratio moyen d'Amérique du Nord est en effet dix fois supérieur à celui d'Amérique du Sud et six fois à celui d'Amérique centrale. En Amérique du Sud, la cause de la pénurie ne provient pas forcément d'une indisponibilité du personnel infirmier. Elle est aussi et essentiellement financière. Certains pays mettent en jeu des moyens financiers limités pour le recrutement des infirmières et cette mesure a pour conséquence de diminuer le nombre de postes disponibles. Finalement, une partie des infirmières formées se retrouvent dans l'impossibilité d'obtenir un emploi (Rapport CII 2004).

<sup>1</sup> Voir la sous-partie Migration et dépendance envers les pays étrangers.

### **1.1.1 Régions intra-européennes**

La région Europe est aussi concernée par des écarts importants. Pour comprendre ces différences, la figure 2 distingue trois régions intra-européennes: Europe occidentale et Scandinavie, Communauté des États Indépendants (pays de l'ex-URSS) et enfin Europe du Sud et de l'Est.

**Figure 2** Ratio personnel infirmier-e:population (100'000hab). Minimum, maximum et moyenne des sous-régions européennes, 2003



*Source : OMS 2004.*

La figure 2 montre que la région Europe occidentale/Scandinavie jouit du meilleur ratio moyen avec presque 1000 infirmières pour 100'000 habitants. Il est beaucoup plus important que celui de la sous-région sud-ouest européenne. Cependant, au sein de cette région occidentale/Scandinavie, on observe un écart important entre le ratio maximum et le ratio minimum. Les pays nordiques disposent, en effet, d'un personnel infirmier bien mieux pourvu que certains pays du sud tels que l'Espagne, la Grèce ou le Portugal (Rapport CII 2004).

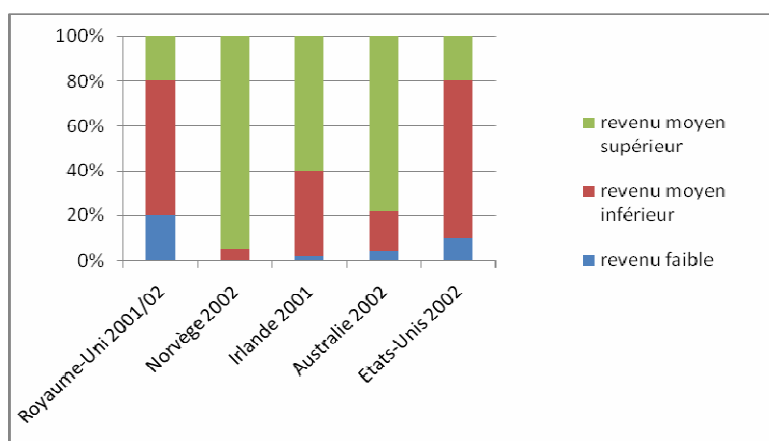
### **1.1.2 Migration et dépendance envers les pays étrangers**

La migration Sud-Nord du personnel infirmier est source de graves déséquilibres pour les pays en voie de développement. Privés du peu d'individus qualifiés qu'ils peuvent former, les systèmes de santé des pays du Sud se retrouvent dépourvus de leur capacité à répondre à une demande importante de soins (Rapport OMS 2000; Rapport CII 2004). Ce flux d'infirmières du Sud vers le Nord est encouragé par des facteurs d'attraction et de répulsion. Dans les pays de départ, les conditions de vie (instabilité politique et violence) et de travail sont loin d'être optimales, les salaires peu encourageants et les perspectives de carrière quasi inexistantes. Il est donc aisé pour les pays d'arrivée d'attirer la main-d'œuvre en lui promettant une meilleure qualité de vie, un salaire plus élevé, des conditions de travail plus agréables et des possibilités d'ascension professionnelle (F.Paccaud 2000). Notons que ces facteurs d'attraction ne se vérifient pas toujours une fois sur place. Cependant, le résultat de ce processus de répulsion-attraction est un déséquilibre mondial au niveau de la main-d'œuvre infirmière avec, au Sud, un besoin accru en soins et une carence importante en

ressources et, au Nord, la possibilité de combler le besoin à moindre coût en absence de migration de retour. Le seul avantage de cette situation pour les pays en voie de développement est le transfert financier que peut effectuer la personne émigrée à destination de sa famille restée sur place.

Cette situation est largement répandue, mais la dépendance en main-d'œuvre étrangère et sa provenance varie néanmoins selon les pays. A titre d'exemple, on constate que la grande majorité de la main-d'œuvre infirmière étrangère au Royaume-Uni et aux États-Unis est originaire d'Afrique sub-saharienne, du sous-continent indien ou encore des Philippines - c'est-à-dire de pays à faible revenu - tandis qu'en Australie ou en Norvège, les infirmier-es étrangèr-es proviennent d'autres pays développés (Rapport CII 2004).

**Figure 3** Flux d'infirmier-es vers certains pays développés, par niveau de développement des pays d'origine, 2003<sup>2</sup>



Source : d'après Buchan, 2004.

La figure 3 montre la variété des origines de la main-d'œuvre étrangère dans cinq pays développés. Le Royaume-Uni est le pays d'arrivée qui accueille le plus d'infirmier-es en provenance de pays à faible revenu. Le tableau 1 rend compte de l'ampleur croissante de cette migration vers le Royaume-Uni. C'est au tournant du millénaire que le flux Sud-Nord d'infirmier-es s'est véritablement intensifié, suivi de nombreuses fluctuations. Le tableau 1 montre qu'en seulement cinq ans, la population infirmière originaire des cinq pays d'Afrique sub-saharienne et émigrant le plus au Royaume-Uni a décuplé pour le Zimbabwe et émergé dans d'autres pays comme le Malawi. Cela illustre l'incroyable absorption par un pays à fort revenu de la main-d'œuvre infirmière africaine (J.Buchan, M.Kingma, F.M.Lorenzo 2006).

**Tableau 1** Départs annuels d'infirmier-es diplômé-es des pays d'Afrique sub-saharienne vers le Royaume-Uni, 1998-1999 à 2002-2003

	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
<b>Afrique du sud</b>	599	1460	1086	2114	1368
<b>Nigéria</b>	179	208	347	432	509
<b>Zimbabwe</b>	52	221	382	473	485
<b>Ghana</b>	40	74	140	195	251
<b>Malawi</b>	1	15	41	75	47

Source : Conseil des infirmières et sages-femmes, 2004.

<sup>2</sup> Reproduction d'une figure du Rapport CII: 2004, p.27.



## **1.2 Origine de la pénurie dans les pays à fort revenu**

Considérons à présent le cas particulier de la pénurie des pays à fort revenu. Dans les pays développés, les causes de la carence en personnel infirmier peuvent se généraliser en quatre points: le vieillissement de la population, celui de la main-d'œuvre, la perte d'attractivité de la profession et la mauvaise gestion du personnel. Le vieillissement de la population favorise la croissance des maladies chroniques et dégénératives. Ces individus qui atteignent des âges élevés extrêmes créent une nouvelle demande de soins. Il s'agit donc de leur offrir une assistance ajustée à leurs besoins, afin de leur permettre de vivre plus longtemps certes, mais surtout le plus décemment et le plus confortablement possible. Pour de nombreux pays dits à fort revenu (Europe occidentale et Amérique du Nord), le vieillissement (naturel mais aussi prématuré) du personnel infirmier constitue lui aussi un problème. La population infirmière de la "génération passée", qui quittera bientôt le marché du travail, n'est pas en mesure aujourd'hui d'être remplacée par la nouvelle génération.

La perte d'attractivité de la profession d'infirmièr-e est liée en partie à l'évolution du statut de la femme sur le marché du travail. Les femmes ont - dès le début des années 1990 - commencé à délaisser ce métier et leur nombre en formation s'est considérablement réduit. Leur désintérêt pour la profession d'infirmièr-e s'explique par de nombreuses raisons. L'émancipation des femmes a progressivement gagné le marché du travail. L'accès aux études supérieures et aux domaines jusqu'ici réservés aux hommes a provoqué d'importants changements dans les perspectives féminines d'avenir. Elles se sont retrouvées avec, entre leurs mains, la possibilité de prolonger leurs études et de prétendre à une carrière professionnelle au même titre (ou presque!) qu'un homme. Les opportunités de carrière hors de la profession d'infirmière - qui leur était traditionnellement affectée - se sont donc faites plus nombreuses (Rapport CII 2004). De nouveaux secteurs de l'emploi ont commencé à attirer les jeunes femmes. Or, contrairement au métier d'infirmièr-e - souvent réputé pour être mal reconnu et peu valorisé (F.Midy 2002) - ces nouvelles opportunités de carrière leur ont offert la possibilité de satisfaire leurs ambitions et leur désir de reconnaissance sociale.

Enfin, une mauvaise gestion du personnel infirmier vient compléter cette série de causes, expliquant l'amaigrissement de la population infirmière. Le recrutement et la fidélisation constituent les deux axes autour desquels s'articulent de nombreux problèmes. Pour atténuer ces difficultés, il faudrait motiver le personnel, de l'étudiant-e qui hésite dans ses choix d'orientation professionnelle à l'infirmièr-e qui exerce depuis un certain temps. Au final, la motivation du personnel a forcément un impact positif sur les taux de rotation, sur l'absentéisme, sur le nombre de candidats à la formation et sur les autres indicateurs que nous développerons plus bas (WHO 2004). La figure 1 permet de voir clairement les facteurs qui produisent un personnel infirmier performant.

### Qualité de l'environnement de pratique [1]

Un bon environnement de travail peut se résumer par une atmosphère peu stressante et non violente, avec un emploi du temps abordable et une charge de travail raisonnable. Des horaires de travail limités, agrémentés de moments de détente, permettent une qualité de services bien meilleure. Il est aussi important que l'infirmièr-e se sente à sa place sur son lieu de travail et qu'elle ne soit pas submergée par la charge de travail, la pression ou l'agressivité d'autrui (Rapport CII/FIFN 2006). Sans cela, son travail peut rapidement devenir une corvée qu'elle accomplirait à contrecœur.

La perte de motivation a des incidences aussi bien sur la santé mentale du personnel que sur l'organisation dans laquelle il exerce. Un mauvais environnement de pratique conduit le personnel infirmier à être moins performant, plus souvent absent et, au pire, à démissionner (Rapport CII/FIFN 2006).

## Valorisation de l'autonomie professionnelle et de l'engagement individuel [2]

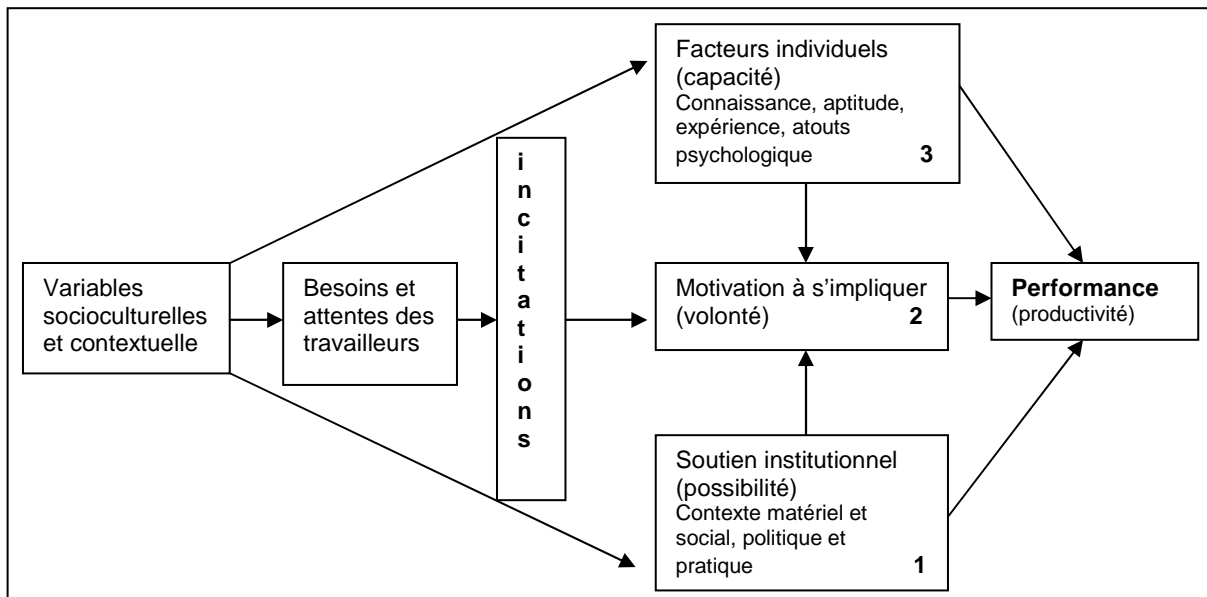
La motivation au travail dépend aussi de la reconnaissance qu'ont les autres de la profession. Il est primordial qu'une infirmière soit valorisée pour la tâche qu'elle accomplit. Le métier d'infirmière souffre de ce manque de reconnaissance et du statut d'infériorité qu'on lui assigne trop souvent (F.Midy 2002). Dans la même idée, la valorisation de l'infirmière au sein de sa profession est très importante. Elle doit pouvoir jouir de sa capacité de travailler, se savoir autonome et compétente. Sans cela, l'activité devient frustrante et sans intérêt. L'infirmière doit aussi pouvoir sentir qu'elle appartient à une équipe (principalement dans les infrastructures hospitalières) où son rôle est clairement défini et indispensable. En renforçant sa participation dans le groupe et en stimulant son engagement individuel (idée de leadership), l'organisation permet à l'infirmière d'éprouver une grande satisfaction personnelle (F.Midy 2003, Rapport CII/FIFN 2006).

## Compatibilité avec les attentes personnelles [3]

Les caractéristiques personnelles d'un individu déterminent en grande partie ses attentes professionnelles. Selon le genre, l'âge et la formation, les désirs et les ambitions ne sont pas les mêmes. Pour que la profession infirmière continue d'être attractive, pour qu'elle puisse recruter en suffisance et fidéliser son personnel, elle doit répondre à un certain nombre de critères.

Le personnel infirmier étant composé en très grande majorité de femmes, considérons le parcours de vie typique d'une infirmière. Une jeune diplômée qui vient de terminer sa formation s'intéresse de près à sa carrière. Elle n'a pas encore d'attaches personnelles ou de responsabilité maternelle et conjugale. Elle a envie de profiter au mieux de sa formation, d'obtenir un salaire satisfaisant et de se consacrer à sa profession. Pour cela, elle est prête à changer d'employeurs, de domaine et même de lieu de travail. Le métier d'infirmière doit donc rendre possibles ces projets de carrière, s'il veut espérer recruter un nombre satisfaisant de jeunes diplômées. Dans une deuxième partie de vie, l'infirmière voit ses priorités changer. Elle a envie de fonder une famille, de se consacrer à l'éducation de ses enfants, sans pour autant abandonner toute activité professionnelle. Sa carrière n'est plus une priorité, elle aspire à un emploi stable, aux horaires flexibles et compatibles avec son nouveau rôle de mère. A nouveau, la profession infirmière - pour retenir les jeunes mères qui pourraient être tentées de quitter leur emploi, faute de compatibilité - doit pouvoir offrir des conditions de travail aménagées pour convenir à une infirmière mère de famille. Or, le personnel infirmier est réputé pour avoir une espérance de vie professionnelle très courte. En Suisse, de nombreuses infirmières quittent en effet le marché du travail au bout de neuf années d'activité (ASI 2007). Ce départ précoce prouve que la profession ne sait pas retenir son personnel et qu'il est nécessaire de prendre des mesures pour faire revenir cette main-d'œuvre expérimentée sur le marché (Rapport CII/FIFN 2006).

## Schéma 1 Facteurs susceptibles de produire un personnel infirmier performant



Sources : d'après Kanungo et Mendonca, 1994.

### Attractivité salariale

L'attractivité salariale constitue le dernier élément - lié à une gestion efficace du personnel infirmier - que nous citerons ici. Les mesures financières (salaires, mais aussi primes, retraites, assurances, allocations, bourses, prêts, crèches gratuites et prises en charge de certains frais) exercent un impact important sur le recrutement et la fidélisation du personnel. Les candidates à la formation d'infirmière sont d'autant plus attirées par la profession si cette dernière leur promet un niveau de vie confortable. Déterminant à l'engagement, cet argument l'est aussi au cours de l'activité professionnelle. Les mesures financières garantissant une certaine sécurité motivent le personnel et encouragent ses performances. Elles constituent donc la garantie d'un personnel infirmier qualifié, motivé et fidèle (Rapport CII/FIFN 2006 ; C.Dolea, B.Stilwell, P.Zurn 2006).

### La mise en œuvre de ces mesures

Il faut tenir compte des coûts financiers qu'engendre l'application de nouvelles politiques de recrutement et de rétention du personnel. L'augmentation des salaires et autres mesures financières ne peuvent se faire que si l'organisation en possède les ressources nécessaires. Or, cela n'est pas toujours le cas dans tous les systèmes de santé. Quant aux mesures qui ne sont pas directement financières - telles que la mise en place d'horaires flexibles, le renforcement de l'autonomie professionnelle ou la création d'un esprit de groupe - elles doivent être validées et instaurées par la bureaucratie. Leur coût social est donc important au niveau des démarches administratives et le risque qu'elles ne soient jamais introduites est réel (C.Dolea, B.Stilwell, P.Zurn 2006). La preuve en est le nombre limité d'hôpitaux portant le label "hôpital aimant (*magnet hospital*)", aux États-Unis et au Royaume-Uni. Ces organisations aimantes ("*Magnet Institutions*")<sup>3</sup> - présentées en guise d'exemple dans le rapport de la CII de 2004 pour illustrer une gestion efficace du personnel infirmier - ont basé leur méthode sur une série de principes tels qu'un "style de gestion

---

<sup>3</sup> Cette idée est née aux États-Unis dans les années 1980. Un groupe de chercheurs s'était intéressé aux employeurs qui, malgré une situation de pénurie en main-d'œuvre infirmière, étaient capables de recruter et de fidéliser un personnel en quantité suffisante. Cette recherche a débouché sur une typologie de méthodes en gestion des ressources humaines garantissant une administration optimale du personnel infirmier, même en cas de pénurie.

empathique et encourageant la participation", des "cadres infirmières bien préparées et très qualifiées", des "horaires flexibles", des "possibilités d'avancement" et une "insistance sur la formation interne ou continue". Les hôpitaux américains qui ont repris ces principes dans l'administration de leur personnel ont pu constater l'efficacité de ces mesures (Rapport CII 2004).

### **1.3 Conclusion intermédiaire: Comprendre la pénurie à travers le profil du personnel infirmier**

La proportion de personnel infirmier et ses caractéristiques sont à mettre en relation avec les besoins en soins d'une population. Par conséquent, il n'existe pas de mesure absolue et universelle de la pénurie. En fait, les indicateurs généralement utilisés se contentent d'évaluer les ressources existantes et la capacité d'une organisation à gérer son personnel infirmier. Le Conseil International des Infirmières propose dans son rapport 2004 cinq indicateurs. Ils témoignent tous de la capacité d'une organisation à recruter, gérer et fidéliser un personnel adapté à un besoin. Le premier - le *taux de vacance des postes*, obtenu en calculant le nombre de postes non pourvus par rapport au nombre de postes disponibles - démontre à quel point une organisation est capable d'administrer et de combler ses places de travail. Cet indicateur peut cependant être biaisé (postes vacants que l'on occulte) et minimiser l'état de pénurie. Les *taux de rotation* et de *déperdition* - second indicateur, obtenu en calculant le rapport entre le nombre d'employés qui changent (ou quittent) leur poste et le nombre total d'employés - nous informent sur la stabilité professionnelle de la catégorie professionnelle. Plus ces taux sont élevés, plus ils expriment une situation où l'organisation peine à fidéliser son personnel. Le *taux de rotation* est à distinguer du *taux de déperdition*. Le premier concerne plus précisément la mobilité du personnel (y compris au sein d'une même entreprise) tandis que le second rend compte du nombre d'employés qui quittent l'organisation (retraite, licenciement). Le troisième indicateur évalue la fréquence du recours au personnel temporaire. Il illustre un choix stratégique et délibéré de la part de l'organisation mais peut aussi montrer la capacité de l'organisation à recruter du personnel fixe. Le nombre d'heures supplémentaires effectuées par le personnel constitue aussi un indicateur intéressant pour la gestion du personnel. Un nombre important d'heures supplémentaires peut être le reflet d'un manque d'effectifs qui peut résulter d'un choix délibéré de la part de l'organisation qui ne veut pas engager d'infirmières supplémentaires. Le dernier indicateur ne concerne plus directement l'organisation mais le nombre de candidates à la formation d'infirmières. Il est donc le reflet-même du pouvoir d'attraction de la profession (Rapport CII 2004; C.Dolea, B.Stilwell, P.Zurn 2006).

Ces cinq indicateurs permettent d'analyser la situation de la profession, sa capacité de réponse à la demande et son attractivité. L'évaluation d'une pénurie - quant à elle - reste, par son caractère relatif, difficilement mesurable. Ainsi, pour connaître la situation à Genève de cette catégorie professionnelle, il faut pouvoir en dresser le portrait : considérer l'accroissement de son personnel en fonction de l'augmentation des besoins en soins, évaluer la qualité de son environnement de pratique mais aussi celle des soins délivrés et, enfin, comprendre sa nature. La seconde partie nous introduit dans le monde de la profession infirmière, de sa formation à son domaine d'exercice, en passant par les acteurs institutionnels qui interviennent dans ce domaine.

## **2. La situation à Genève**

Les services de santé constituent un domaine dont l'importance et le besoin ne peuvent que s'accroître avec le vieillissement de la population et son augmentation. Il est donc indispensable d'avoir des moyens suffisamment grands pour assumer cette croissance.

Dès la fin des années 1990, la presse genevoise évoque de plus en plus une situation de pénurie en soins infirmiers pour le canton. On parle d'horaires ingérables, de salaires insuffisants, de conditions de travail épuisantes et de manque de reconnaissance sociale. La presse relate une charge excessive de travail confiée aux infirmier-es, qui pousse ces dernier-es à bâcler leurs tâches - tant elles sont nombreuses - et à négliger le contact avec les patients - tant ils sont nombreux -. On comprend alors que les retombées ont un impact direct sur la qualité des soins. L'essence-même du système de santé - qui repose sur une relation privilégiée entre le patient et la personne garante de sa survie dans les meilleures conditions possibles - semble bafouée.

De même au niveau suisse, la situation est présentée comme alarmante. Dans un article du quotidien *Le Temps*, l'auteur se demande comment le système de santé suisse est capable de tenir ses promesses alors qu'il manque sévèrement de ressources. Les chiffres qu'il présente sont en effet inquiétants et montrent qu'entre 1989 et 2000 les hôpitaux régionaux de Suisse ont diminué leur personnel de 14% contre une augmentation des patients de 17%. La gravité de la situation n'en est que plus accentuée par les estimations de l'Association Suisse des Infirmières qui rapportent, au tournant du millénaire, un manque de 2000 à 2500 postes d'infirmier-es, en particulier pour les branches spécialisées et les plus pénibles (soins intensifs, salle d'opération, néonatalogie ou anesthésie).

La médiocrité des salaires est elle aussi citée. Elle contribue au manque d'attractivité chez les jeunes et décourage le personnel infirmier en activité. Enfin, l'image de la profession est elle-même décrite négativement. Cité par *Le Temps*, Urs Weyermann (secrétaire général de l'ASI en 2000) se demande " (...) *qui voudrait aujourd'hui se lancer dans un métier éprouvant, mal payé et peu reconnu socialement, alors que les opportunités se multiplient dans d'autres professions?*" Un simple tour d'horizon de la presse genevoise depuis le début des années 1990 nous conduit donc à l'évidence que le contexte des soins infirmiers genevois - mais aussi suisse, dans une plus large mesure - est en crise. Les besoins en soins sont toujours plus importants et la profession perd de son attractivité.

### **2.1 La conjoncture genevoise**

Nous allons présenter ici le secteur des soins infirmiers genevois. Nous considérerons, dans un premier temps, le domaine de la formation puis, dans un deuxième temps, celui de l'activité professionnelle au regard des institutions.

#### **2.1.1 Les données disponibles**

Afin d'étayer cette partie consacrée au contexte genevois, certaines données nous ont été utiles. Elles concernent le profil des étudiant-es en formation et celui de la population active dans le domaine de la santé en général.

##### **Les données de la Haute Ecole de Santé (HEdS)**

Les données de la Haute École de Santé de Genève nous permettent de tracer un bref portrait chronologique allant de la volée 2003 à celle de 2007. Ces données concernent notamment l'âge, le sexe et l'origine de chaque candidat(e) mais aussi - en particulier pour la volée 2003 qui vient d'achever son parcours de formation - les perspectives professionnelles des jeunes diplômé(e)s.

## Les données de l'Office Cantonal de la Statistique (OCSTAT)

Les *Coups d'œil* de l'OCSTAT - disponibles en ligne sur leur site internet - révèlent une série de chiffres relatifs à l'emploi dans le domaine de la santé. Grâce à ceux-ci, nous avons pris connaissance des profils des individus qui travaillent dans le domaine de la santé.

### **2.1.2 La formation infirmière à Genève**

Le 1<sup>er</sup> novembre 1905 est créée l'*École et Association d'infirmières volontaires pour soigner à domicile les indigents*, appelée *Le Bon Secours*. C'est la Doctoresse Marguerite Champendal qui est à l'origine de cette fondation et qui en assume la présidence. Pendant la Première Guerre Mondiale, la formation dispensée par cette école sera interrompue mais elle reprendra dès la fin des hostilités. En juin 2004, l'*École du Bon Secours* changea à la fois de statut et de dénomination.<sup>4</sup> L'obtention du grade universitaire constitua, pour le monde de la formation infirmière, une avancée importante. Son attractivité s'améliora auprès des jeunes en quête d'un choix professionnel (D.Polton 2005). Ce nouveau statut lui permit d'être mieux considérée et de rendre la profession plus estimable (L.Com-Ruelle, F.Midy, Ph.Ulmann 2000 ; M.Nadot 2007). Le nombre des candidat-es à la formation passe en effet de 50 à 60 places (sur 80 disponibles) occupées en moyennes pour la période 1991 - 2000 à 80 places occupées pour 80 places disponibles dans les années suivantes.

Ce nouveau grade universitaire illustre l'évolution de la profession au cours du temps. Le métier d'infirmier-e a, en effet dans la pratique, énormément évolué depuis le XIXe siècle (F.MIDY: 2002). Son caractère religieux et l'expression du don de soi ne font plus partie de la définition "moderne" de la profession. Le métier d'infirmier-es est en effet une profession à part entière et non plus une activité féminine caritative. Cependant, sa représentation sociale reste chargée de stéréotypes et de clichés qui masquent son caractère scientifique. De nombreux professionnels de la branche veulent que l'identité double de l'infirmier-e - puisqu'elle est à la fois émotionnelle lorsqu'elle écoute, rassure et calme, mais aussi très technique lorsqu'il s'agit d'exécuter certains gestes - soit reconnue. Michel Nadot<sup>5</sup> estime que la profession a besoin de cette deuxième identité pour pouvoir avoir sa place parmi les sciences, mais aussi pour qu'elle cesse de souffrir de son rôle mal défini (M.Nadot 2006). Or, le grade universitaire de la formation semble aller dans ce même sens.

### Profil des volées 2003 à 2007

La volée 2003 comprend 63 étudiant(e)s dont la formation en soins infirmiers s'est achevée en septembre 2007 (sauf exceptions concernant les délais). Sur ces 63 individus, seuls neuf sont de sexe masculin. 15% des candidats étaient âgés de plus de 24 ans au moment de leur admission (tableau 2). Selon la Directrice, cette volée est un peu atypique au niveau de l'origine car elle comprend un nombre un peu plus élevé d'individus d'origine africaine. Le taux d'étudiants suisses s'élève donc à 37%, contre 25% de Français et 38% d'étrangers (comprenant autant d'Européens que d'Extra-Européens) (tableau 2). La volée 2004 comprend 98 candidat-es. Ils sont légèrement plus âgés que la volée précédente

---

<sup>4</sup> A Genève, depuis juin 2004, le centre de formation de la profession infirmière est devenu la "Haute École de Santé". L'étudiante qui aura suivi les trois années d'enseignement (éventuellement quatre, en cas d'année préparatoire) agrémentées de stages pratiques, obtient le titre d'infirmière diplômée HES (dès 2009, Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers). A la suite de ce cycle d'étude, les perspectives professionnelles sont nombreuses: organisme de prévention et de promotion de la santé, service de soins à domicile, centre de consultations ambulatoires, centre de rééducation et de réhabilitation, hôpital et EMS, école, entreprise, ou encore organisation internationale. Tout au long du parcours professionnel, les possibilités de suivre des formations continues sont proposées aux infirmières. Cela leur permet de maintenir leur niveau de capacité, de développer leur expertise dans certains secteurs et de varier leurs spécialités.

<sup>5</sup> Michel Nadot est infirmier, docteur en histoire et épistémologie, professeur d'histoire et d'épistémologie des sciences infirmières à la Hautes École de Santé de Fribourg et professeur associé en sciences infirmières à l'Université de Laval (Québec, Canada).

avec 18% d'admis-es de plus de 24 ans. Au niveau de leur origine, le taux de Suisse a fortement augmenté (passant de 37% pour 2003 à 70%) et celui des Français-es et des autres nationalités légèrement diminué. La volée 2005 (70 candidat-es) ne poursuit pas la même tendance. Le nombre d'individus suisses est nettement plus réduit (il n'atteint même pas la moitié des effectifs) et celui des Français-es et autres nationalités a, en contrepartie, augmenté (respectivement, 29% et 26%). Enfin, les candidats de la volée 2005 sont un peu plus vieux, avec 27% d'individus âgés de plus de 24 ans. La volée 2006 est la volée la plus "pleine" avec 110 candidat-es admis à l'Ecole. Les chiffres du tableau 2 montrent une certaine stabilisation par rapport aux années précédentes. Ils sont désormais un peu plus de la moitié à être de nationalité suisse (56%) contre 20% de Français-es. Les plus de 24 ans sont légèrement moins nombreux, avec 21% des effectifs. Enfin, la dernière volée en date (2007) comprend 79 candidats. Cette volée comprend presque autant de Suisses (65%) que celle de 2004 (70%).

On observe de grosses fluctuations entre la première et la dernière volée considérée (2003 et 2007). Globalement, le nombre d'étudiant(e)s de nationalité suisse a augmenté. Les chiffres montrent que le taux d'individus de nationalités autres que française ou suisse, a du même coup, diminué avec 17% en 2007 alors qu'il s'élevait à 38% en 2003. Quant aux candidats français, leur nombre s'est aussi réduit. L'âge d'admission augmente légèrement au fil de ces cinq années mais il est difficile d'établir une tendance objective sur un intervalle aussi réduit.

Tableau 2 Age d'admission et nationalité en % des volées 2003 à 2007. HEdS, 2007.

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>% &gt;24 ans</b>	15%	18%	27%	21%	20%
<b>% Suisses</b>	37%	70%	46%	56%	65%
<b>% Français</b>	25%	17%	29%	20%	18%
<b>% Autres nationalités</b>	38%	12%	26%	24%	17%
<b>Effectifs totaux</b>	63	98	70	110	79

*Source: Données concernant les admissions pour chaque année académique, 2003-2007 (HEdS).*

Les étudiant-es ont pour habitude de chercher une place de travail avant la fin de leur formation, afin de sortir de l'Ecole avec l'assurance d'un emploi à la clef. Il est intéressant de relever que, parmi les 38 étudiant(e)s de la volée 2003 ayant obtenu leur diplôme en septembre 2007 (les 25 autres bénéficiant d'un délai pour terminer leurs études), dix n'ont pas trouvé d'emploi à l'obtention de leur diplôme, bien que leur demande ait été déposée à temps au mois de mai et treize ont été engagés dans un autre canton (HEdS 2007). Comment expliquer que près d'un quart des jeunes diplômé-es n'ait pas de perspectives immédiates d'emploi à la fin de leur formation alors que Genève prétend souffrir d'un manque sérieux en personnel infirmier? La partie qui suit va nous permettre de mieux comprendre le marché du travail genevois dans le domaine de la santé.

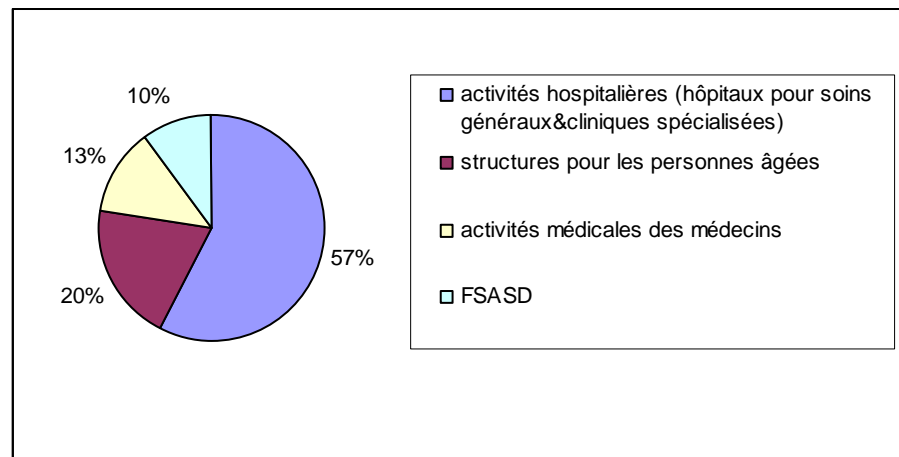
### **2.1.3 Le marché du travail genevois dans le domaine de la santé**

Afin de mieux comprendre le contexte dans lequel évolue la population infirmière, il convient de présenter brièvement le système de santé du canton de Genève. Les chiffres font état d'un domaine dynamique et important. Entre 1995 et 2005, 5'600 nouveaux emplois ont été créés dans ce secteur et la croissance de l'économie de la santé s'élève pour cette même période à plus de 24%, contre 10.3% pour l'ensemble de l'économie cantonale (Ocstat 2007).

Le domaine de la santé est divisé en plusieurs secteurs: celui de *l'industrie et du commerce pharmaceutiques*, de *l'administration des assurances*, des *organisations de promotion de la santé* et des *services de santé* (c'est-à-dire l'offre de soins). C'est dans ce

dernier secteur que la population infirmière exerce son activité. Il constitue, en termes d'emploi, la partie la plus importante du domaine de la santé en couvrant 86% du total des emplois. La figure 4 montre la distribution des emplois (toutes fonctions médicales confondues) au sein des services de santé genevois.

**Figure 4** Répartition des emplois au sein des services de santé genevois.  
Genève, 2005



*Source: Figure élaborée à partir des données de l'OCSTAT, 2005.*

La majorité des emplois se concentrent dans les activités hospitalières (57%), tandis que les structures pour personnes âgées (20%) se situent en deuxième place, devant les activités des médecins et celles de la Fondation des Services d'Aides et de Soins à Domicile (Fsasd). Cette seconde position montre le poids des services pour personnes âgées dans la répartition du personnel médical. La population âgée nécessite des besoins en ressources importants.



Les femmes sont majoritairement représentées dans le domaine de la santé et dans les services de santé. Elles y occupent respectivement 71% et 72.5% des postes disponibles. Ces chiffres sont d'autant plus parlants si nous les comparons au pourcentage d'emplois couverts par des femmes au sein de l'économie cantonale qui s'élève à 43.7%. Le tableau 3 illustre notamment cette prépondérance du sexe féminin dans le domaine de la santé et au sein des services de santé.

La part des postes occupés par des frontaliers est plus importante dans le domaine de la santé et dans les services de santé que dans l'ensemble des emplois du canton. Le tableau 3 montre que 15.2% des postes du canton sont occupés par des frontaliers contre 20.3% dans le domaine de la santé et 20.8 dans les services de santé.

Enfin, le travail en pourcentage est largement répandu dans le domaine de la santé et les services de santé. Il constitue un bon compromis pour les femmes qui désirent rester actives tout en étant mère de famille. Dans le domaine de la santé et les services de santé, presque la moitié des postes sont occupés à temps partiel (43% pour le premier et 46% pour le second), alors qu'au sein de l'économie cantonale, la part de travail en pourcentage n'est que de 25% (tableau 3).

**Tableau 3** Part des emplois occupés par les femmes, les Suisses, les frontalier-es et à temps plein, sur le total des emplois du canton de Genève, du domaine de la santé et des services de santé en 2005

	<b>Part (en %) des emplois occupés:</b>			
	<b>Par des femmes</b>	<b>Par des Suisses</b>	<b>Par des frontalier-es</b>	<b>à temps plein</b>
<b>Emplois totaux dans le canton de Genève</b>	43%	52.5%	15.2%	75%
<b>Dans le domaine de la santé</b>	71%	55%	20.3%	57%
<b>Dans les services de santé</b>	72.5%	53.2%	20.8%*	54%

*Source: Ocstat, 2007*

\*Le nombre de postes occupés par des frontaliers est particulièrement important dans les *structures pour personnes âgées* (27% des postes), les *cliniques spécialisées* (37%) et les *hôpitaux pour soins généraux* (24%).

## **2.2 Le point de vue de quelques acteurs institutionnels**

Considérons à présent les acteurs institutionnels qui interagissent de près ou de loin avec cette catégorie professionnelle. Au cours de ce travail, nous avons eu la chance de pouvoir rencontrer un certain nombre de ces acteurs, d'écouter leur point de vue et de comprendre leurs enjeux en rapport avec la population infirmière. La Haute École de Santé de Genève (HEdS), les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), la Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD) et l'Association Suisse des Infirmier-es (ASI) ont participé à ces entretiens. Nous avons demandé à nos interlocuteurs de nous parler de leur opinion concernant l'environnement de pratique du personnel infirmier à Genève (*Y-a-t'il un manque d'effectifs au sein de cette catégorie professionnelle ? Et si oui, quelles en sont les conséquences ?*) et nous nous sommes rendus compte à quel point les avis pouvaient diverger.

### **La Haute Ecole de Santé de Genève (HEdS)<sup>6</sup>**

Du point de vue de la formation, le terme de pénurie n'est pas approprié. Depuis trois ans maintenant, la Haute École de Santé de Genève reçoit autant de candidats à la formation qu'il y a de places disponibles. La profession a retrouvé un certain niveau d'attractivité qui fait que de nombreux jeunes sont désireux d'entreprendre ces études. Le nouveau grade universitaire de la formation d'infirmier-es n'est certainement pas étranger à cette amélioration de l'image du métier auprès des jeunes en quête de projets professionnels. Si l'on se positionne au niveau de la formation, on ne peut pas affirmer qu'il y ait une pénurie en personnel infirmier puisque leurs bancs d'école sont remplis.

Or il s'agit plutôt de la collaboration avec le monde professionnel qui semble poser problème. Malgré l'état de manque sur le marché du travail, ce dernier n'est pas facile d'accès pour la nouvelle génération. D'une part, la Haute École de Santé ne peut pas accueillir plus de candidat-es parce qu'il n'y a pas plus de places de stage disponibles et d'autre part, une fois leur formation terminée, 10 étudiant-es sur 38 - ayant déposé leur candidature dans les délais - se retrouvent sans emploi immédiat à l'obtention de leur diplôme.

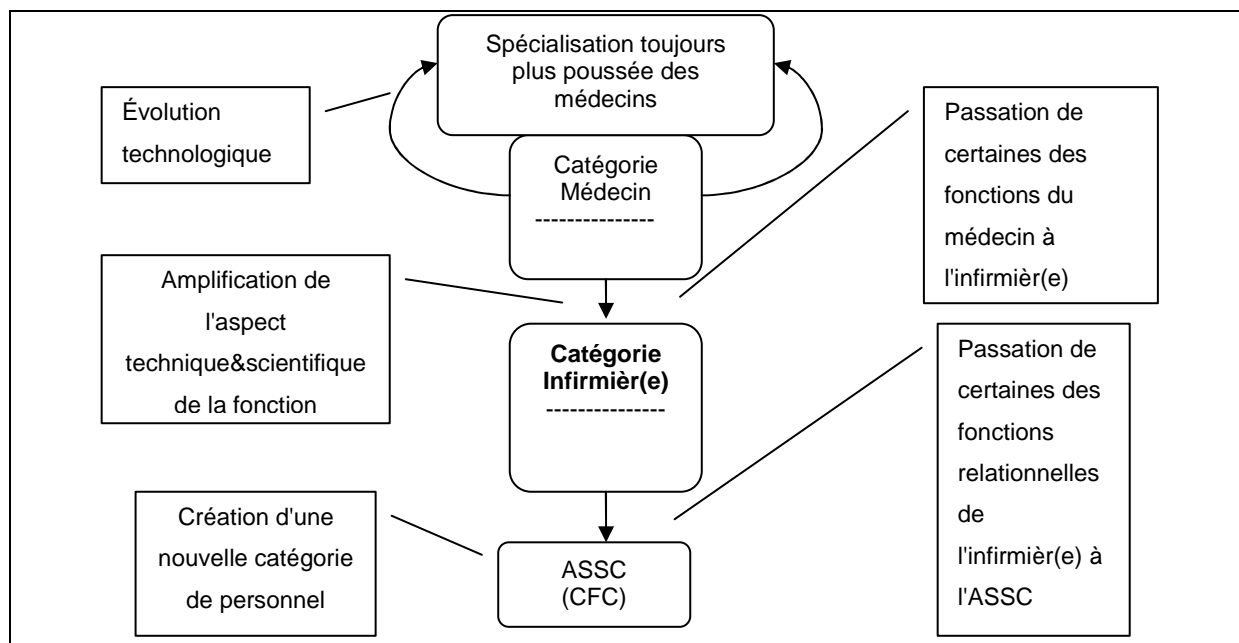
La formation infirmière se sent aussi menacée, notamment par la main-d'œuvre transfrontalière et la nouvelle catégorie d'aides-soignants (assistant-es en soins et santé communautaire, ASSC) qui semblent toutes les deux constituer une solution "superficielle" à la pénurie en personnel infirmier qui sévit dans le domaine de la santé à Genève. Dès lors, certains parlent de contexte de manque comme d'un mythe entretenu pour justifier la création de la catégorie des ASSC et maintenir une certaine attractivité de la profession.

Le schéma 2 illustre le positionnement de la catégorie infirmière parmi les autres grandes catégories de personnel de santé. Elle est envisagée comme prise entre la fonction des médecins et celle des assistant-es en soins et santé communautaire (ASSC). D'une part, avec la spécialisation toujours plus poussée de la pratique de la médecine, les médecins lèguent une partie de leurs fonctions aux infirmier-es pour s'adonner à leurs nouvelles activités; d'autre part, les ASSC reprennent une partie des tâches relationnelles confiées initialement aux infirmier-es puisque ces dernières ont une fonction de plus en plus scientifique. Or, les enseignants de la Haute Ecole de Santé ne sont pas satisfaits de cette situation. Contrairement à l'évolution verticale décrite sur ce schéma et projetée par les grands organismes de santé (comme l'OMS, par exemple), les professionnels de la formation infirmière aimeraient que la catégorie infirmière se développe à l'horizontal : c'est-à-dire que ses effectifs augmentent et que la profession conserve son aspect "contact avec le patient" tout en gagnant en scientificité. Le schéma 3 montre justement cette évolution désirée par le secteur de la formation.

---

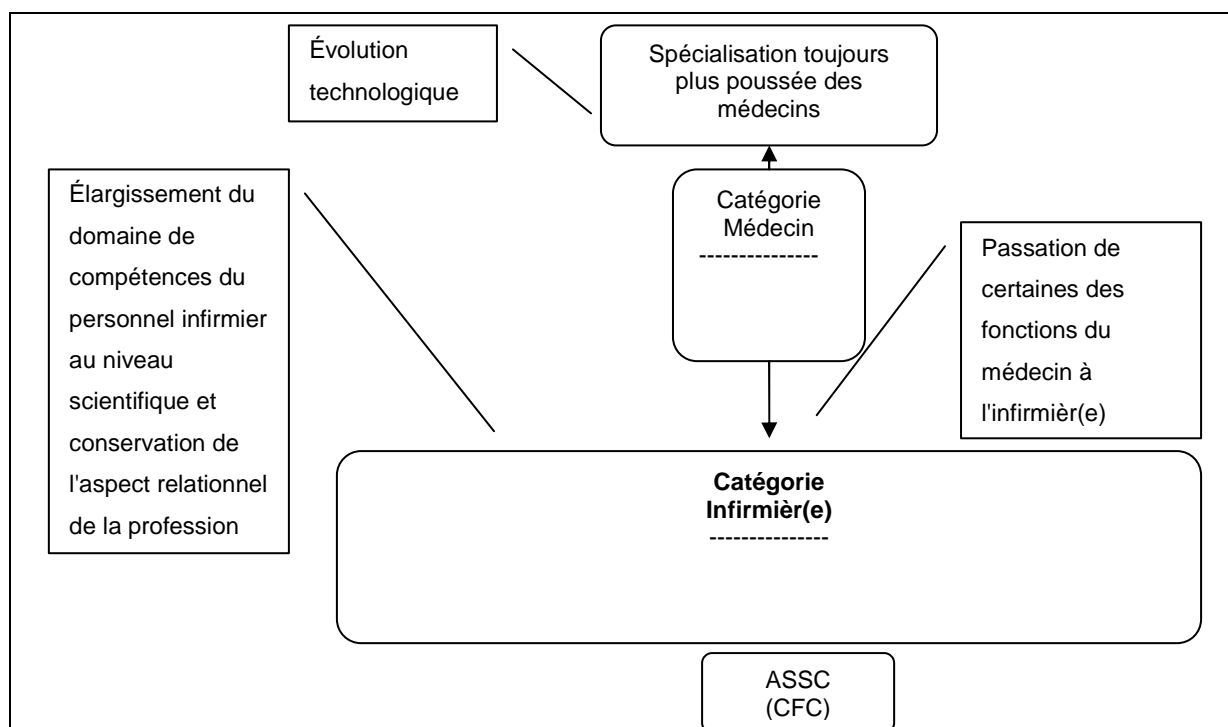
<sup>6</sup> Informations recueillies lors d'entretiens avec Madame BONVALLAT, directrice HEdS (le 22 août 2007), Madame CINTER, responsable de la filière soins infirmiers HEdS (le 25 septembre 2007) et Madame KUFFER, secrétaire de la filière soins infirmiers HEdS (le 25 septembre 2007).

**Schéma 2** Positionnement de la profession infirmière parmi les professionnels de la santé.



Source: HEdS Genève, 2007

**Schéma 3** Positionnement de la profession infirmière parmi les professionnels de la santé, du point de vue de la formation en particulier. HEdS Genève, 2007



Source: Schéma fait par l'auteur sur la base d'entretien avec la HEdS Genève, 2007

Du point de vue de l'enseignement professionnel, il n'y a donc pas de pénurie en personnel infirmier, mais un manque de coordination entre le monde de la formation et celui de l'activité professionnelle. La branche ne manque pas d'attractivité, elle constitue pour de nombreux jeunes une perspective professionnelle intéressante; seulement, les possibilités

d'entrer sur le marché semblent compliquées. Or, ce type de difficulté risque justement, à long terme, de ternir l'image de la profession infirmière.

### Les Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG) <sup>7</sup>

Lors de notre visite aux HUG, nous avons pu nous entretenir avec Messieurs Butel - infirmier chargé d'étude et rattaché à la direction des soins - et Guyon - directeur des ressources humaines -. Ces deux personnes présentèrent chacun une approche différente concernant notre thématique. M. Butel - infirmier de formation - aborda la question sous un angle sensiblement plus sociologique, en évoquant notamment l'instabilité de l'identité infirmière. Comme nous l'avons en effet mentionné plus haut, l'image de l'infirmier-e a beaucoup évolué. M. Butel nous rappela ainsi l'évolution du statut de l'infirmière, qui est passé de la religieuse dévouée dont la vocation et de porter secours aux pauvres et aux indigents à l'individu (masculin ou féminin) dont le métier est - en collaboration avec les autres personnels de santé - d'apporter des soins au patient.

Nous avons interrogé M. Butel sur la question de l'indisponibilité des places d'emploi à la fin des études. Nous avons pu comprendre que les étudiant-es qui viennent d'obtenir leur diplôme ont souvent des désirs très ciblés quant à leur futur domaine de pratique et que cela peut restreindre leurs chances de trouver facilement un premier emploi. A cela s'ajoute un autre élément. Une partie des postes aux HUG semblent être attribués plus facilement au personnel intérimaire qu'aux jeunes diplômé-es. Ce personnel temporaire serait en quelque sorte évalué durant une certaine période qui pourrait ensuite déboucher sur un engagement à poste fixe. Dans ce sens là, un-e jeune diplômé-e a plus de chances d'être engagé-e aux HUG s'il est entré dans le monde du travail par le biais du marché de l'emploi temporaire que s'il a postulé pour un emploi fixe immédiatement.

Le point de vue des ressources humaines - dont la fonction est de gérer au mieux leur personnel de soin en veillant à maintenir un certain équilibre entre la demande et l'offre de services - apporte encore des éléments nouveaux à notre problématique. Les HUG constituent l'employeur principal du personnel infirmier sur le canton et ils n'abordent pas la situation de la même façon que le centre de formation. Le recrutement se place ici au centre de leurs préoccupations. Selon eux, la situation actuelle fausse la perception de l'état de pénurie. Le domaine des services de santé genevois est en pleine réorganisation. Aujourd'hui, il fait face à un phénomène de plateau qui freine le rythme des engagements - en trois ans, les HUG ont en effet diminué de 50% leurs nouveaux engagements<sup>8</sup> - et incite une partie de la main-d'œuvre infirmière issue d'un pays étranger à y retourner. Or, ce phénomène de plateau, à long terme, risque d'entraîner un rétrécissement du bassin d'engagement, qui ne couvrira alors plus les besoins en ressources infirmières du canton de Genève.

Le processus de recrutement n'est pas régulier. Il s'affole à certains moments, lorsque les conjonctures politique et économique provoquent des changements. En 1999, les HUG ont procédé à un engagement massif d'infirmier-es françaises, dont l'avantage principal était leur expérience. Cet important recrutement à une période donnée engendra la formation d'une population infirmière étrangère homogène au niveau de l'âge, d'où un risque élevé de départ à la retraite groupé. Ce genre d'engagement ponctuel et de gros volume conduit à la formation de creux dans la population infirmière active. Or, ces creux peuvent aussi être appelés pénurie.

La position des ressources humaines des HUG est claire: ils ne manquent pas actuellement d'infirmier-es, mais la pénurie est à prévoir dans les années à venir avec le départ à la retraite d'une partie de la population issue du recrutement de la fin des années 90'. Il faut donc se préparer à pallier à ce manque de ressources annoncé et cet état de fait

---

<sup>7</sup> Informations recueillies lors d'entretiens avec Monsieur BUTEL, infirmier chargé d'étude rattaché à la direction des soins HUG (le 3 octobre 2007) et Monsieur GUYON, directeur des ressources humaines service gestion opérationnelle (le 3 octobre 2007).

<sup>8</sup> Constatations établies par M. Philippe GUYON (DRH, HUG).

justifie ou, tout du moins, apporte une explication au non-engagement d'une partie des jeunes diplômé-es. S'ils ne sont pas engagés aujourd'hui, c'est parce que le manque n'est pas pour maintenant ou les trois mois à venir mais pour dans une année environ.<sup>9</sup>

Au début de notre entretien, nous avons demandé à M. GUYON pourquoi, dans un contexte de pénurie à venir, les HUG n'offraient pas plus de places de stage pour les candidats en formation. Le directeur des ressources humaines nous a expliqué que les HUG ne pouvaient pas en ouvrir d'avantage. L'encadrement d'un stagiaire constitue un investissement important pour une institution. Un stagiaire demande du temps, de l'attention et un suivi conséquent. Or, pour les HUG, cet investissement semble être souvent fait à perte. Il n'est pas garanti que tous les stagiaires qu'ils forment - dans lesquels ils investissent - deviennent systématiquement leurs employés. C'est pourquoi prendre un nombre plus important de stagiaires n'est pas attractif pour les HUG mais au contraire constitue un investissement à perte.

Nous avons ensuite voulu savoir comment le service des ressources humaines des Hôpitaux Universitaires Genevois percevait cette part fort singulière et pourtant non négligeable de la population infirmière: le personnel intérimaire. M. Guyon nous rappela qu'aujourd'hui, de nombreux individus au sein du personnel infirmier genevois optent pour cette stratégie de l'emploi. D'abord élaboré comme un marché de soutien pour ceux qui peinaient à trouver un emploi, il est devenu progressivement un véritable marché parallèle et concurrentiel offrant, tant à l'employeur qu'à l'employé-e, de nombreux avantages: solution de secours pour celles et ceux qui n'ont pas trouvé d'emploi fixe, compromis pour celles et ceux qui n'ont pas envie de s'engager dans un poste fixe (en particulier chez les jeunes diplômé-es qui ont envie de bouger et de voyager et qui n'ont encore ni attaches ni responsabilités). De plus, c'est un marché où l'on peut choisir soi-même sa spécialisation - puisque ce n'est pas l'employeur qui nous assigne à un poste mais nous qui proposons nos services pour telle fonction - et aménager nos jours de vacances et de congé plus facilement. Quant aux avantages que cela représente pour l'employeur, il s'agit surtout de la flexibilité de l'employé-e intérimaire, de son faible coût et du peu d'engagement à long terme que cela constitue. Cependant, le travail en intérim ne présente pas que des points positifs. Au niveau de la qualité des soins et de l'environnement de pratique, les retombées sont mauvaises. Un-e infirmier-e intérimaire est marginalisé-e par rapport aux régulièr-es. Elle ne participe pas aux formations continues et s'intègre difficilement dans l'équipe de soins où elle exerce temporairement. La collaboration - voire la complicité et la complémentarité - qu'il peut y avoir au sein d'une équipe se voit forcément diminuer si le groupe est composé en partie de membres temporaires.

Au terme des ces deux entretiens, nous avons à nouveau abouti à l'idée qu'une meilleure collaboration entre la sphère de la formation et celle du travail ne pourrait être que bénéfique à la population infirmière. On pourrait en effet imaginer un partenariat plus régulé entre le centre de formation et l'employeur (en particulier les HUG, ici). Si chaque stage pouvait déboucher à la fin de la formation sur un engagement, l'investissement en vaudrait la peine pour l'employeur et le (la) futur-e diplômé-e ne se retrouverait pas sans emploi à la fin de ses études. Pour que cette entente fonctionne entre les deux domaines (formation et recrutement), il faudrait que certains éléments soient respectés: que l'employeur, par exemple, préfère engager un-e jeune diplômé-e dans lequel il a investi plutôt qu'un-e infirmier-e frontalièr-e expérimenté-e ou du personnel temporaire. Les critères d'engagement devraient donc être revus.

---

<sup>9</sup> Idem.

### La Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD) <sup>10</sup>

La Fasad emploie un personnel infirmier qui se déplace au chevet du patient. Lors de l'entretien que nous avons eu avec Mesdames Zumwald (Directrices des pratiques professionnelles) et Favarger-Schmidt (Responsable des ressources humaines), elles nous ont expliqué que cet exercice particulier de la pratique infirmière dépendait de certains critères, dont le principal est la maturité et l'expérience. En effet, la Fasad n'engage pas – en général – de jeunes diplômé-es mais plutôt des infirmier-es qui ont déjà travaillé durant deux ans dans une structure hospitalière. Elles ont aussi insisté sur le fait que la pratique du métier d'infirmier-e à domicile comporte des avantages et des inconvénients. Au niveau de la qualité de l'environnement de travail, les horaires sont agréables mais les infirmier-es doivent se déplacer au domicile du patient, ce qui rend leur organisation plus compliquée. Seul-es face au patient, elles sont aussi parfois confronté-es à des situations plus délicates qu'en milieu hospitalier. Enfin, nous avons compris que l'autonomie d'un-e infirmier-e à domicile est plus grande, mais que cela se paie par une perte des gestes techniques. La Fasad définit, en effet, leur fonction comme une délivrance des soins à domicile, subordonnée à la fonction du médecin. Selon nos interlocutrices, de nombreux gestes techniques acquis en structures hospitalières ne sont donc jamais utilisés à domicile. Quant à la durée de vie au travail d'une infirmier-e à domicile, elles nous ont expliqué que leur personnel se distinguait en deux groupes : celles et ceux qui abandonnent cet emploi au bout de six mois et celles et ceux qui - comme partout ailleurs dans la profession infirmière - pratiquent leur métier durant 7 à 9 ans.<sup>11</sup>

Toujours selon nos interlocutrices, le profil de la population bénéficiant de ces services à domicile a évolué avec le vieillissement de la population. La clientèle d'aujourd'hui n'est plus la même qu'il y a 20 ans. La Directrice de la Fasad constate une diminution du nombre de cas allant en institution. Aujourd'hui, nous a-t-elle expliqué, de nombreux individus en fin de vie préfèrent rester à la maison et bénéficier de ces services plutôt que d'être placés dans une structure hospitalière. L'infirmier-e visiteuse devient alors une infirmier-e hospitalier-e. La Fasad dénombre cinq profils différents de "clients", que Mesdames Zumwald et Favarger-Schmidt nous ont décrits. Le premier concerne les enfants de 0 à 18 ans gravement malades et qui nécessitent des soins d'accompagnement en fin de vie. Ils constituent 2% de cette population. Le second profil est formé de familles en crise. Il s'agit souvent de suppléance aux parents dépassés par les événements ou d'intervention en cas de haut risque de maltraitance. Ce profil constitue 10% de la population bénéficiant des services à domicile. Le troisième concerne les personnes en-dessous de l'âge de l'AVS et qui ont besoin d'une assistance chez eux. Ils représentent 12% de cette population. La quatrième et principale bénéficiaire des services à domicile (46%) est composée des individus âgés de 65 ans et plus, dont la dépendance est importante et les besoins massifs. Enfin, le dernier profil concerne la même tranche d'âge mais dont les besoins en soins sont plus légers. Ils constituent 30% de cette population.

Durant cet entretien, le thème de la pénurie a aussi été abordé. La Fasad constate notamment qu'il est aujourd'hui plus difficile de recruter du personnel à cause de la complexité de la tâche. Elle affirme manquer de personnel de qualité et voit dans la création du CFC en santé social (assistant en santé et soins communautaire) une solution supplémentaire à court terme, qui remplacerait celle du réservoir frontalier.

---

<sup>10</sup> Informations recueillies lors d'un entretien avec Mesdames ZUMWALD et FAVARGER-SCHMIDT, respectivement directrice du service des pratiques professionnelles et responsable des ressources humaines FSASD (le 19 septembre 2007).

<sup>11</sup> Nous ne disposons malheureusement pas de chiffres exacts pour étayer ces affirmations.

## L'ASI<sup>12</sup>

L'Association Suisse des Infirmier-es nous a permis d'affiner un peu plus notre perception du monde infirmier. Lors de notre entretien, Madame Grillet – Directrice de l'Asi – nous a appris que, depuis quelques années, le nombre de plaintes, de conflits de travail et de mobbing était en augmentation. Le point de vue qu'elle a exprimé lors de cette rencontre nous a clairement montré que la population infirmière à Genève est en « une situation de danger »: celles et ceux qui ne sont pas "bons" (c'est-à-dire jeunes, performants et malléables) sont des personnes qui encourent le risque de sortir de la population infirmière. Il n'y a pas de sécurité de l'emploi. Ainsi, pour remédier à cette défaillance dans la défense du métier infirmier, l'association estime que la création d'un syndicat serait nécessaire. Quant à la problématique de la pénurie, l'association affirme qu'il n'y en a pas – grâce au réservoir frontalier – mais qu'un sérieux déséquilibre sévit dans la région du bassin lémanique et qu'il serait urgent de le réguler.

Enfin, à la fin de notre entretien, Madame Grillet conclut en affirmant que les financements publics investis dans la profession infirmière ne sont pas assez conséquents pour lui assurer, notamment, une formation continue convenable et une défense adéquate.

---

<sup>12</sup> Informations recueillies lors d'un entretien avec Madame GRILLET, Directrice ASI (le 3 septembre 2007).

### **3. Socio-démographie de la population infirmière dans le canton de Genève**

L'analyse de la base de données des autorisations de pratiquer délivrées aux infirmier-es constitue l'objectif de ce stage à la Direction Générale de la Santé. Cette base de données n'a pas été initialement élaborée à des fins statistiques. Sa fonction première est en effet l'enregistrement du personnel infirmier à Genève, dans le but de lui fournir une autorisation de pratiquer la profession et, si nécessaire, de lui faire parvenir des communications.

#### **3.1 Les données statistiques existantes pour le canton de Genève**

Le canton de Genève dispose d'une source de données relative à la population infirmière. Il s'agit de la base de données de la Direction Générale de la Santé. Tout-es les infirmier-es actives sur le territoire genevois devrait y figurer, sans exception. L'autorité a cependant toléré que les HUG ne lui déclare pas ses infirmier-es systématiquement et s'assure de leurs compétences de façon indépendante, par des processus hiérarchiques internes. Une seconde source de données (la base de données des HUG) aurait donc été utile pour compléter la première. Elle n'a cependant pas pu être utilisée pour cette étude.

Au niveau des données statistiques auxquelles nous avons eu accès, la difficulté réside surtout dans leur accessibilité, leur lecture et leur exploitation.

##### **La base de données de la Direction Générale de la Santé**

Cette base de données constitue le support de notre analyse statistique de la population infirmière du canton de Genève. Elle est cependant difficilement exploitable dans son intégralité. Elle rassemble les caractéristiques professionnelles et personnelles des infirmier(e)s exerçant ou ayant exercé sur le Canton de Genève, excepté-es les infirmier-es des hôpitaux universitaires genevois qui n'y figurent systématiquement qu'à partir de juillet 2007. Elle révèle les principales caractéristiques de l'individu (sexe, date de naissance, nationalité, lieu de résidence), celles de ses diplômes (date d'obtention et origine), de ses autorisations de pratiquer et de ses emplois (types d'employeurs). Cependant, cette dernière information n'est disponible que lorsque l'autorisation est liée à l'employeur, c'est-à-dire le plus souvent pour les infirmier-es étranger-es ou détenteurs (trices) d'un permis de séjour B.

Une partie de ces données n'a pas été systématiquement communiquée à l'Etat pour tous les individus présents dans la base (en particulier les données concernant les sorties d'observation). Ce nombre important de valeurs manquantes nous a contraints, dès le début, à restreindre l'étendue de notre analyse à quelques variables judicieusement sélectionnées (pour le choix des variables, voir plus loin).

##### **La base de données des HUG**

Après avoir obtenu l'accord du service des ressources humaines des HUG quant à l'exploitation de la base de données de leur personnel infirmier et après avoir renouvelé à deux reprises notre demande (l'autorisation ne donnant aucune suite), nous avons été obligé de poursuivre l'analyse statistique sans les données des HUG. Or, cette infrastructure hospitalière représente le principal employeur des infirmier-es sur le canton de Genève et le fait de ne pas pouvoir disposer de sa base de données a diminué les ambitions de ce travail. Nous avons finalement reçu, un mois avant la fin du travail, quelques résultats statistiques décrivant le personnel infirmier des hôpitaux universitaires genevois.



## **3.2 Exploitation de la base de données de la Direction Générale de la Santé**

Cette partie est consacrée à l'analyse statistique de la base de données relative aux autorisations de pratiquer délivrées aux infirmier-es. Dans un premier temps, nous avons exploré la base de données afin d'identifier son contenu et de préparer les données pour le traitement statistique. Pour pouvoir être exploitée, la base a, en effet, demandé beaucoup de travail dont une partie par le responsable de stage qui a mis au point un nouveau fichier « nettoyé ». La base nous a été fournie sous la forme de trois fichiers Excel (praticiens, diplôme et employeur) avec pour lien entre ces trois fichiers le numéro d'identification personnel rattaché à chaque infirmier-e. Dès le départ, notre analyse a donc été purement anonyme. Avant de lier les trois fichiers, nous nous sommes rendus compte que la base comportait une multitude d'individus dédoublés (parfois, le même individu apparaissait huit fois) et que cela risquait de compliquer sérieusement l'analyse statistique. Nous avons donc éliminé tous ces doublons, en veillant à conserver le plus d'informations possibles, afin de pouvoir produire une base de données exploitable.

Après plus de deux mois de travail avec le responsable de stage, la base était enfin prête. A l'aide de SPSS, nous avons pu véritablement prendre connaissances de nos variables, les tester et sélectionner celles qui allaient nous être utiles. Nous avons fait une première sélection en retenant celles qui seraient exploitables (dont le principal critère était le nombre réduit de données manquantes) et une seconde pour déterminer celles qui allaient être intéressantes pour notre analyse. Suite à cette sélection, nous avons procédé à une série de recodages et de créations de variables dérivées des données initiales. Enfin, nous avons pu nous concentrer sur l'exploitation statistique.

### **3.2.1 Données manquantes**

Nous avons volontairement omis l'année 2007 de notre analyse. En effet, ce n'est qu'à partir de juillet 2007 que l'obligation pour les infirmier-es des HUG de figurer dans cette base de données a été mise en œuvre. Ainsi, l'année 2007 comprend un enregistrement massif de ces infirmier-es qui biaise les résultats statistiques. De plus, cette présence non systématique des infirmier-es travaillant pour les HUG doit être soulignée afin que l'analyse puisse s'y adapter.

La base ne dispose pas de données exhaustives concernant les sorties d'observation : nous ne pouvons pas connaître le statut actuel de chaque infirmier-es et par là qui est décédé, qui a cessé de travailler ou qui a migré dans un autre canton ou pays. C'est pourquoi notre analyse se limitera à une observation principalement descriptive de la population enregistrée.

Les quelques variables exploitables (dont les variables démographiques de base) présentent une proportion extrêmement élevée de données manquantes avant les années 1990 (tableau 4). Au fil du temps, la saisie de la date de naissance des individus et de leur sexe dans la base de données est devenue plus régulière. Ainsi, les groupes d'âge à l'obtention du diplôme, ceux à l'obtention de la première autorisation et le sexe présentent moins de valeurs manquantes dès le début des années 1990. Les autres variables (nationalité, lieu de résidence, premier employeur, pays de délivrance et nature du diplôme) ont encore un taux de données manquantes élevé, au début des années 2000 : 11% pour la nationalité, 7% pour le lieu de résidence, 14% pour le premier employeur, 10% pour le pays de délivrance du diplôme et 10% pour la nature du diplôme.

Les années 2004 à 2006 présentent un pourcentage de valeurs manquantes à nouveau élevé : la date de naissance et le sexe de 35% des individus enregistrés durant ces trois années sont inconnus ; la nationalité, le pays de délivrance et la nature du diplôme sont aussi inconnus pour 41% des individus ; et enfin, le lieu de résidence et le nom du premier employeur manquent pour respectivement 11% et 23% des individus enregistrés. A partir de 2006, les données manquantes sont tellement importantes qu'on peut se demander s'il n'y a pas eu de problèmes techniques ou de changement au niveau des règles de l'Etat

concernant les informations à enregistrer. En effet, la proportion de données manquantes s'élève à plus de 90% pour toutes les variables, excepté le lieu de résidence et le nom du premier employeur. Les valeurs de l'année 2006 et de celles qui précèdent 1990 ne sont pas significativement exploitables. Notre période d'observation s'étendra donc entre 1991 et 2005, ce qui représente 3424 autorisations.

**Tableau 4** Valeurs manquantes (en %) des variables utilisées sur le total de chaque période.

<b>VARIABLES</b>	<b>Avant 85</b>	<b>86-88</b>	<b>89-91</b>	<b>92-94</b>	<b>95-97</b>	<b>98-00</b>	<b>01-03</b>	<b>04-06</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>Total des données manquantes pour chaque variable</b>	<b>Valeurs manquantes du système</b>
<b>Sexe</b>	37.4%	19.4%	9.9%	2.6%	0.2%	0.3%	0.1%	35.2%	0.4%	0.7%	94%	100%	42.5%	121
<b>Nationalité</b>	52.2%	33.9%	23.2%	18.7%	22.6%	16.3%	10.6%	41%	14.3%	5.9%	94%	100%	52.2%	121
<b>Lieu de résidence</b>	31.9%	12.1%	10.3%	12.6%	13.5%	13.9%	7.1%	10.8%	8.9%	7.2%	15.6%	93.8%	39.8%	121
<b>Premier employeur</b>	73%	52.2%	38.6%	31.7%	23.2%	14.6%	14.1%	22.8%	27.4%	15.7%	25.8%	2.4%	31.1%	121
<b>Pays de délivrance du diplôme</b>	52.5%	34.1%	23.5%	18.7%	22.6%	16.3%	10.3%	41.5%	14.7%	6.9%	94.3%	100%	52.3%	121
<b>Nature du diplôme</b>	52.2%	33.9%	23.2%	18.5%	22.6%	16.2%	10.1%	40.9%	13.9%	5.9%	94%	100%	52.2%	121
<b>Groupe d'âge au 1<sup>er</sup> diplôme</b>	37.7%	19.4%	9.9%	2.6%	0.2%	0.3%	0.3%	35.2%	0.4%	0.7%	94%	100%	42.6%	121
<b>Groupe d'âge à la 1<sup>ère</sup> autorisation</b>	37.4%	19.4%	9.9%	2.6%	0.2%	0.3%	0.1%	35.2%	0.4%	0.7%	94%	100%	42.5%	121
<b>TOTAUX</b>	<b>2162</b>	<b>634</b>	<b>669</b>	<b>540</b>	<b>548</b>	<b>692</b>	<b>889</b>	<b>898</b>	<b>259</b>	<b>306</b>	<b>333</b>	<b>2756</b>	<b>9909</b>	<b>121</b>

Les tableaux suivants montrent que les fluctuations au niveau de la saisie, en plus d'être temporelles, sont aussi dépendantes des nationalités, du lieu de résidence et du sexe des individus enregistrés. Le tableau 5 montre que les principales différences entre les Suisses et les Français-es au niveau de la saisie des informations concernent le nom du premier employeur et le domicile privé. Concernant le nom du premier employeur, les données ont été plus systématiquement saisies pour les infirmier-es français-es (7.6% de valeurs manquantes) par rapport aux infirmier-es suisses (35.2% de valeurs manquantes). En effet, une autorisation délivrée à un-e infirmier-e non suisse est normalement liée à l'employeur qui désire l'engager. Par contre, au niveau du domicile privé, l'information est plus systématiquement saisie pour les Suisses (2.4% de données manquantes) que pour les Français-es (10.1%).

Le sexe, la date de naissance, la nature du diplôme et le pays de délivrance du diplôme (moins de 0.5% de données manquantes pour les nationalités suisses et françaises) figurent systématiquement pour tous les individus 1991 et 2005. L'observation de ces cinq variables sera donc pertinente.

Tableau 5 Données manquantes (en %) des variables utilisées selon la nationalité, entre 1991 et 2005.

<u>VARIABLES</u>		Suisses	Français-es	Européen-nes et autres	
Sexe		0%	0%	0%	
Lieu de résidence		2.4%	10.1%	11.9%	
Premier employeur		35.2%	7.6%	25.1%	
Pays de délivrance du diplôme		0.4%	0.2%	0.7%	
Nature du diplôme		0%	0%	0%	
Groupe d'âge au 1 <sup>er</sup> diplôme		0.2%	0%	0%	
Groupe d'âge à la 1 <sup>ère</sup> autorisation		0%	0%	0%	
Total des individus enregistrés entre 91 et 05	dont la nationalité est connue	<b>1024</b>	<b>1568</b>	<b>303</b>	<b>3424</b>
	dont la nationalité est inconnue	<b>529</b>			

Le lieu de résidence est une variable qui pose problème car, pour les infirmier-es frontalièr-es, l'adresse privée légalement rentrée dans la base de données doit être l'adresse de l'employeur en Suisse. Cependant, nous avons pu constater de nombreuses adresses privées en France voisine. Il est donc possible que les critères légalement utiles et requis concernant l'adresse privée des frontalièr-es aient changé au cours du temps. Les dates précises de ces changements sont cependant difficiles à obtenir.

Le tableau 6 montre qu'il n'y a pas de saisies différenciées au niveau du sexe et de la date de naissance, entre les habitant-es de Suisse et celles et ceux de la zone frontalière. Par contre, les autres informations (nom du premier employeur, nationalité, nature et pays de délivrance du diplôme) sont en général moins bien saisies pour les habitant-es suisses.

Tableau 6 Données manquantes (en %) des variables utilisées selon le lieu de résidence, entre 1991 et 2005.

<u>VARIABLES</u>		Genève et les autres cantons suisses	Frontalièr-es	
Sexe		0.9%	1.1%	
Nationalité		13%	10.8%	
Premier employeur		24.5%	8.6%	
Pays de délivrance du diplôme		12.8%	10.8%	
Nature du diplôme		12.8%	10.8%	
Groupe d'âge au 1 <sup>er</sup> diplôme		1%	1.1%	
Groupe d'âge à la 1 <sup>ère</sup> autorisation		0.9%	1.1%	
Total des individus enregistrés entre 91 et 05	dont le domicile est connu	<b>2518</b>	<b>544</b>	<b>3424</b>
	dont le domicile est inconnu	<b>362</b>		

Pour les deux sexes, la date de naissance a été systématiquement rentrée lors des enregistrements de 1991 à 2005. Le tableau 7 montre que les informations qui concernent les femmes sont légèrement plus significatives que celles des hommes, excepté pour le nom du premier employeur et le domicile privé (où le taux de données manquantes est plus fort pour le sexe féminin).

Tableau 7 Données manquantes (en %) des variables utilisées selon le sexe, entre 1991 et 2005.

<u>VARIABLES</u>		<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	
Nationalité		18.3%	13.9%	
Lieu de résidence		9.2%	10.7%	
Premier employeur		19.3%	20.6%	
Pays de délivrance du diplôme		18.1%	13.7%	
Nature du diplôme		18.1%	13.7%	
Groupe d'âge au 1 <sup>er</sup> diplôme		0.4%	0%	
Groupe d'âge à la 1 <sup>ère</sup> autorisation		0%	0%	
Total des individus enregistrés entre 91 et 05	dont le sexe est connu	<b>487</b>	<b>2900</b>	<b>3424</b>
	dont le sexe est inconnu	<b>37</b>		

### **3.2.2 Sélection des variables exploitables**

Nous avons choisi de classer nos différentes variables sélectionnées en trois groupes: les caractéristiques de l'infirmièr-e, celles du diplôme et enfin celle de l'employeur.

#### Caractéristiques de l'infirmièr-e

Dans cette catégorie sont regroupées les variables qui nous informent sur les caractéristiques personnelles de l'infirmièr-e. Nous disposons des variables "sexe", "nationalité" et "date de naissance" pour la plupart des infirmière-s présent-es dans cette base. Au niveau de ces données personnelles, la base nous donne aussi des informations sur l'adresse privées des infirmière-s. Grâce à celles-ci, nous avons pu repérer les frontalièr-es. Rappelons toutefois qu'une part du personnel frontalier n'a pas donné son adresse privée lors de son enregistrement mais celle de son employeur.

- Recodage de la variable "nationalité"

La variable "nationalité" a été recodée de trois manières différentes. La première réunit toutes les nationalités présentes dans la base en 14 catégories: Suisse, France métropolitaine, France d'outre-mer, Communauté Économique Européenne des 15, CEE des 25 et CEE des 27, Ex-Yougoslavie, Autre Europe, Afrique, Amérique latine, Canada, Amérique du Nord, Asie et Océanie. La seconde réunit ses mêmes nationalités en quatre catégories générales : Suisse, France (métropolitaine et d'outre-mer), Europe et Autre. Enfin, la troisième – pour répondre à une demande du service – contient les même quatre catégories mais isole la Belgique (en tant que pays francophone de proximité) de l'Europe.

- Recodage de la variable "numéro de code postal"

La variable "numéro de code postal" du lieu de résidence nous a permis de distinguer le lieu de résidence des infirmière-s enregistrées dans la base. Elle a été recodée en cinq catégories : Genève, Vaud, Suisse autre, frontaliers; puis en deux catégories : Genève et le reste de la Suisse, et la région française frontalière. Les infirmière-s frontalièr-es sont cependant plus difficilement repérable car, comme nous l'avons expliqué plus haut, la DGS enregistrerait jusqu'à récemment (pour ces infirmière-s en question) l'adresse de leur employeur en Suisse et non celle de leur domicile privé en France (bien que cette information figure sur le « papier » délivré à la DGS par les infirmière-s frontalièr-es lors de leur enregistrement).

## Caractéristiques du diplôme

Dans cette catégorie, ce sont les caractéristiques du diplôme de l'infirmier-e autorisé-e qui sont regroupées : sa nature, sa date d'obtention et son pays de délivrance.

- Création des variables « diplôme », « date d'obtention du diplôme » et « pays de délivrance du diplôme »

Chaque individu présent dans la base de données peut être à l'origine associé à plusieurs types de diplômes différents: "Attestation du diplôme", "Infirmier - diplôme étranger", "Infirmier - diplôme suisse", "Infirmier - reconnaissance du diplôme", "Infirmier niveau I - diplôme suisse", "Diplôme étranger" et "Ne plus utiliser attestation reconnaissance du diplôme". De nombreux individus associés à un diplôme suisse sont aussi associés à un autre label "Ne plus utiliser attestation reconnaissance du diplôme". Nous avons découvert que ces infirmier-es ne détiennent en réalité pas de diplôme suisse et que l'information "diplôme suisse" qui leur est attribuée est une erreur. A partir de ces constatations, nous avons créé une nouvelle variable "diplôme" combinant les diverses informations définissant la véritable nature du premier diplôme. Nous avons créé trois catégories de diplôme distinctes: les "diplômes suisses", les "diplôme étrangers" et les "reconnaisances de diplôme". Après avoir repéré tous les diplômes suisses qui n'apparaissaient pas comme tels dans la base, nous les avons classés dans la catégorie "diplôme étranger" (avec les "Diplôme étranger" et les "Infirmier - diplôme étranger"). Dans la catégorie "diplôme suisse", nous avons réuni les "Infirmier - diplôme suisse", les "Infirmier niveau I - diplôme suisse" (titre obsolète aujourd'hui) et les « Attestation du diplôme » (qui sont en fait un papier que l'infirmier-e peut obtenir directement à la sortie de l'école et avant la version imprimée du diplôme). Enfin, la troisième catégorie est constituée des "Infirmier - reconnaissance du diplôme".

Des informations concernant la date d'obtention du diplôme figurent aussi dans la base de données. Étant donné qu'un individu peut être rattaché à plusieurs types de diplômes, il peut aussi avoir plusieurs dates d'obtention du diplôme. Nous avons donc créé une nouvelle variable "date du diplôme", comprenant la véritable date du premier diplôme. Pour créer cette variable concernant la date d'obtention du diplôme, nous avons repéré la date effective pour chaque diplôme: pour les diplômes suisses, la seule date présente dans la base était correcte; pour les diplômes étrangers, nous avons le choix entre trois dates et la plus ancienne était l'originale dont nous avons besoin. Grâce à cette variable, l'âge au premier diplôme a pu être produit.

Enfin, chaque individu présente aussi plusieurs modalités qui expliquent les pays de délivrance du diplôme. Nous avons donc créé une nouvelle variable "pays de délivrance". Pour ce faire, nous avons sélectionné pour chaque individu rattaché à un diplôme, le pays de délivrance original. Au final, nous avons obtenu ce à quoi nous aspirions: un diplôme, une date et un pays de délivrance pour chaque individu.

## Caractéristiques des employeurs

Enfin, la base nous informe sur l'autorisation de pratiquer octroyée aux infirmier-es. Il s'agit d'ailleurs de la raison de son existence. Ainsi, nous disposons de la date à laquelle chaque individu a obtenu pour la première fois à Genève une autorisation de pratiquer et pour quel employeur. Grâce à cette information, nous pouvons connaître la fréquence des autorisations délivrées à Genève depuis le début du XXème siècle et l'âge auquel les individus l'ont obtenue. Ainsi, nous pouvons observer la nature du premier emploi des infirmier-es à Genève.

- Recodage de la variable "employeur"

Nous avons classé toutes les infrastructures employant des infirmier-es et figurant dans la base de deux façons différentes. Le premier regroupement consiste à répartir les employeurs en 15 catégories: intérim, HUG, cliniques privées, EMS, FSASD, cabinet

médical, groupe médical, permanence, foyer pour handicapés, association, Etat, enseignement professionnel, laboratoire, infirmier-e d'entreprise et autre ; et le second en six catégories : intérim, HUG, cliniques privées, EMS, FSASD et autre.

### **3.3 Portrait statistique de la population infirmière active sur le canton de Genève**

L'objectif est d'établir à partir des données existantes un portrait statistique du personnel infirmier qui travaille sur le canton de Genève. La première étape de l'exploration statistique vise donc à identifier les personnes qui composent la population infirmière genevoise. La seconde étape de l'analyse statistique tâche de rattacher à chaque grand type d'employeurs un profil infirmier, afin de connaître un peu mieux quelles sont les ressources en soins mobilisées par chaque infrastructure hospitalière. Au final, nous obtiendrons une vision globale de l'état de la population infirmière à Genève.

#### **3.3.1 Caractéristiques générales de la population infirmière**

Dans cette partie, nous examinons les caractéristiques de la population infirmière présente dans la base de données entre 1991 et 2005, selon le sexe, la nationalité, les âges d'obtention du diplôme et de la première autorisation à Genève et les pays de délivrance du diplôme.

##### ***3.3.1.1 Fréquence des autorisations de pratiquer***

La première autorisation date de 1928. Le tableau 8 montre une augmentation régulière mais importante du nombre d'autorisations délivrées au fil du temps. Les chiffres indiquent que c'est au tout début des années 1990 que la population infirmière présente dans la base obtient la moitié de sa taille « totale » (établie en 2005). Cela signifie qu'entre le début des années 1990 et 2005, le même nombre d'autorisations a été accordé qu'entre 1928 et la fin des années 1980.

Tableau 8 Fréquence des autorisations délivrées. Genève, avant 1951-2005

	<b>Freq</b>	<b>% valide</b>	<b>% cumulé</b>
<b>1950 et avant</b>	140	2.1	2.1
<b>1951-1960</b>	249	3.7	5.8
<b>1961-1970</b>	393	5.9	11.7
<b>1971-1980</b>	705	10.5	22.2
<b>1981-1985</b>	675	10.1	32.3
<b>1986-1990</b>	1113	16.6	48.9
<b>1991-1995</b>	917	13.7	62.6
<b>1996-2000</b>	1053	15.7	78.3
<b>2001-2005</b>	1454	21.7	100.0
<b>Sous-total</b>	6699	100.0	
<b>Valeurs manquantes</b>	3210		
<b>Total</b>	9909		

### 3.3.1.2 Le sexe de la population infirmière

La profession infirmière est réputée pour être principalement féminine. Ce ne sont, en effet, quasiment que des femmes qui demandent et reçoivent l'autorisation de pratiquer ce métier. Ces données concernant le sexe – qui ont commencé à être systématiquement rentrées dans la base dès le début des années 1990 – montrent qu'en 15 ans, la profession s'est progressivement ouverte aux hommes. La part d'infirmiers à Genève reste cependant très bas (16.2% pour 2001-2005) par rapport au nombre de femmes autorisées dans la profession (83.8%).

Tableau 9 Répartition temporelle des hommes et des femmes infirmier-es sur le canton de Genève. (en % et nombre total). Genève, 1991-2005

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	Total
<b>Hommes</b>	13.2%	12.9%	16.2%	14.4%
<b>Femmes</b>	86.8%	87.1%	83.8%	85.6%
<b>Total</b>	887	1050	1450	3387
	100%	100%	100%	100%

### 3.3.1.3 Les nationalités de la population infirmière

La population infirmière qui travaille sur le canton de Genève est réputée pour être plus française que suisse. Entre 1991 et 2005, le canton de Genève a autorisé 35.4% d'infirmier-es de nationalité suisse contre 54.2% d'infirmier-es de nationalité française. Les individus de nationalité française sont donc plus nombreux que les Suisses au sein de la population infirmière genevoise enregistrée entre 1991 et 2005.

La répartition des individus d'origine européenne et autres connaît quelques fluctuations dues au nombre réduit de leurs effectifs. L'entrée en vigueur des Accords Bilatéraux I en 2002 n'a pas modifié le taux d'infirmier-es européen-nes à Genève (il a même diminué). Les chiffres montrent que, au début des années 2000, la plus forte augmentation au niveau des proportions concerne les autorisations délivrées à des individus de nationalité française. Leur taux passe de 52.1% du total des autorisations en 1996-2000 à 60.2% pour 2001-2005. Les Accords Bilatéraux n'ont donc pas provoqué d'accroissement massif, du moins immédiatement, du nombre d'infirmier-es européen-nes à Genève, excepté pour le cas des Français-es.

Tableau 10 Répartition temporelle des origines de la population infirmière du canton de Genève (en % et nombre total). Genève, 1991-2005

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	total
<b>Suisse</b>	43.4%	37.5%	29.5%	35.4%
<b>France</b>	45.7%	52.1%	60.2%	54.2%
<b>Europe et autres</b>	10.9%	10.4%	10.3%	10.5%
<b>Total</b>	725	845	1305	2895
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

### 3.3.1.4 Les pays de délivrance du diplôme

Puisque la population infirmière à Genève est de plus en plus française, le diplôme suisse d'infirmier-e doit être en perte de vitesse par rapport au diplôme français, à moins que les individus de nationalité française ne viennent se former en Suisse avant d'y travailler.

Toutes périodes confondues, les porteurs (ses) d'un diplôme suisse (29.6%) ou français (55.6%) sont majoritaires au sein de la population infirmière enregistrée à Genève entre 1991 et 2005. Durant ces 15 dernières années, le nombre de diplômes délivrés en France a augmenté, au détriment du nombre de diplômes suisses. On remarque la même inversion des taux que pour les nationalités suisses et françaises, question que nous abordons en détail dans la partie consacrée au profil relatif des infirmier-es français-es travaillant sur le canton genevois. Le tableau 11 montre que les porteurs (ses) d'un diplôme suisse sont en minorité à Genève par rapport aux diplômé-es français-es. Autrement dit, le diplôme français en soins infirmiers est le plus courant au sein de la profession infirmière qui travaille sur le canton de Genève.

Parmi les 20% de diplômés d'autres origines, six pays se dégagent légèrement des autres : deux pays en partie francophones (Belgique et Canada), trois dont le passé migratoire est intimement lié à la Suisse (Espagne, Portugal et ex-Yougoslavie) et enfin le Royaume-Uni. Depuis la moitié des années 1990, les détenteurs d'un diplôme belge sont un peu plus nombreux, devenant le troisième pays d'origine du diplôme. Durant les années 1990 les diplômé-es de l'ex-Yougoslavie sont eux aussi un peu plus nombreux (ses) à être autorisé-es à Genève, ce qui est directement lié à la guerre dans les Balkans. Enfin, les flux des diplômé-es au Canada, au Royaume-Uni, au Portugal et en Espagne connaissent quelques fluctuations dues à leur petit nombre.

Cette répartition de l'origine des diplômes de la population infirmière qui travaille sur le canton montre, en tout cas, que Genève ne participe pas à la fuite des cerveaux du Sud vers le Nord : en effet, la grande majorité des infirmier-es formé-es à l'étranger proviennent de pays dits « développés ».

Enfin, selon le responsable de stage, le taux élevé d'infirmier-es français-es à Genève perturbe la philosophie professionnelle du milieu. En effet, la conception du métier d'infirmier-e et de son rôle dans le domaine de la santé varie selon le pays de formation : les infirmier-es diplômé-es en France ont été formé-es pour être des chef-fes de groupes tandis que les infirmier-es diplômé-es en Suisse ont développé au cours de leur formation une vision compréhensive du patient, axée sur l'idée d'aide et d'assistance au patient.<sup>13</sup> Toute la difficulté réside donc l'idée de conserver une philosophie propre au pays d'exercice de l'activité.

Tableau 11 Répartition temporelle de l'origine des diplômes de la population infirmière travaillant sur le canton de Genève (en % et nombre total). Genève, 1991-2005

Pays de délivrance	1991-1995	1996-2000	2001-2005	Total
<b>Suisse</b>	32.1%	28.9%	28.5%	29.6%
<b>France</b>	49.2%	55%	59.6%	55.6%
<b>Belgique</b>	1.4%	1.7%	3%	2.2%
<b>Espagne</b>	2.2%	1.2%	0.4%	1.1%
<b>Royaume-Uni</b>	1.9%	0.6%	0.7%	1%
<b>Canada</b>	1%	1.3%	0.5%	0.8%
<b>Portugal</b>	1.4%	1.2%	0.6%	1%
<b>RFY</b>	1%	1.8%	0.5%	1%
<b>Reste de l'Europe et autres</b>	9.8%	8.3%	6.2%	7.7%
<b>Total</b>	725	865	1303	2893
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

<sup>13</sup> Explications apportées par le responsable de stage, lors d'une discussion à ce sujet.



### **3.3.1.5 L'âge médian au premier diplôme des infirmier-es**

L'âge médian au premier diplôme correspond à l'âge auquel 50% de la population infirmière enregistrée durant la période considérée a obtenu son premier diplôme. Pour la période 1991-1995 ainsi que pour la période 1996-2000, il s'élève à 23 ans. Enfin, pour la dernière période, l'âge médian a vieilli d'un an et s'élève à 24 ans. Ces deux âges (23 et 24 ans) sont des âges « classiques » à l'obtention d'un premier diplôme universitaire ou (post-études secondaires). L'élévation de l'âge médian pour la période 2001-2005 est peut-être due au « diplôme passerelle », instauré en 1998 (et qui a pris fin en 2005) pour permettre aux assistant-es infirmier-es – dont le titre, jamais reconnu par les droits de pratique, allait disparaître – de passer le diplôme d'infirmier-e et d'obtenir l'autorisation de pratiquer la profession d'infirmier-e. Ainsi, entre 1998 et 2005, un nombre important d'individus – non repérables dans la base mais cependant légèrement plus âgés que la normale – passèrent leur diplôme d'infirmier-e et obtinrent leur première autorisation de pratique à Genève.

### **3.3.1.6 L'âge médian à la première autorisation à Genève**

L'âge médian à la première autorisation sur le canton de Genève est de dix ans plus âgé que l'âge au premier diplôme. Pour la période 1991-1995, il s'élève à 33 ans, puis 34 ans pour la période suivante et il rajeunit, en 2001-2005, à 32 ans. Les infirmier-es diplômés-es ne commencent donc pas à travailler en privé dès l'obtention de leur diplôme. Nous avons demandé à une responsable à la HEdS de nous donner les raisons de cette entrée tardive des infirmier-es dans la vie active, par rapport à leur âge d'obtention du diplôme : en fait, de nombreux (ses) infirmier-es tout juste diplômé-es ne désirent pas tout de suite s'installer et trouver un emploi à Genève mais préfèrent voyager et tenter une expérience professionnelle à l'étranger. Surtout, une partie des infirmier-es enregistré-es dans la base n'en sont pas à leur premier emploi sur le canton. Ils (elles) ont en effet déjà souvent travaillé aux HUG et, dans ce cas là, leur première autorisation a été délivrée par l'infrastructure hospitalière en question et non par la DGS. Or, comme nous l'avons déjà expliqué, la base de données dont nous disposons ne contient pas cette information.

L'âge médian de 32 ans pour la période 2001-2005 est étonnant. Est-ce que cette petite diminution de l'âge constitue le début d'une nouvelle tendance de volonté de s'insérer plus rapidement après la fin des études dans le système de santé genevois ? Les prochaines années nous le diront.

### 3.3.2 Profil des infirmiers

Les infirmières et infirmiers qui travaillent sur le canton de Genève se distinguent au niveau de leurs proportions, nous l'avons déjà vu. Au niveau de leur nationalité, la même tendance est repérable chez les deux sexes : une augmentation sérieuse des proportions de professionnel-es en soins infirmiers de nationalité française à Genève, associée à une diminution tout aussi sérieuse des professionnel-les helvétiques. Parties de plus haut (plus de 60%), la chute des infirmières suisses (42%, puis 38% et enfin 30%) a été plus nette que celle des infirmiers suisses : avant 1990, ils constituaient les 44% du total des infirmiers, puis leur taux chute est passé de 40% à 25%.

Figure 5 Répartition temporelle selon la nationalité des infirmières qui travaillent sur le canton de Genève. Genève, 1991-2005

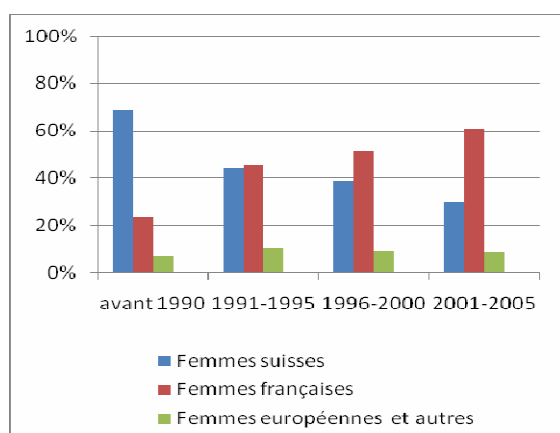
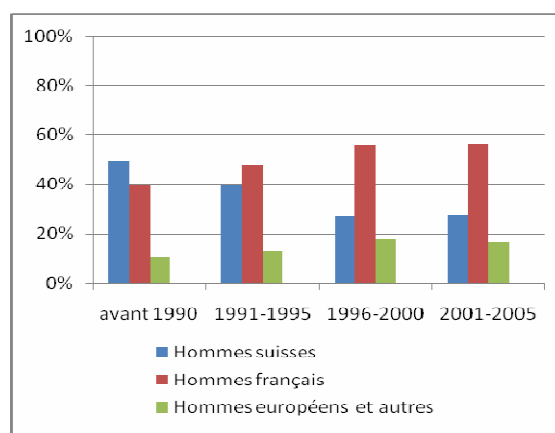
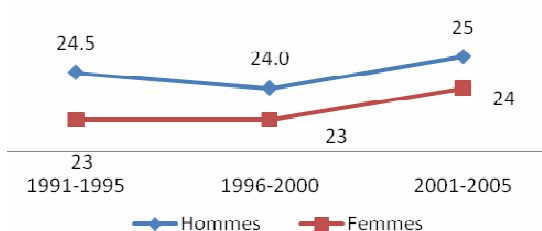


Figure 6 Répartition temporelle selon la nationalité des infirmiers qui travaillent sur le canton de Genève. Genève, 1991-2005



Les hommes et les femmes, au sein de la profession infirmière à Genève, se distinguent par leur âge à l'obtention du premier diplôme. Précisons, avant toute chose, que la durée des études en soins infirmiers est la même en 1991 qu'en 2005 (HEdS 2007). En 15 ans, l'âge médian d'obtention du diplôme pour des candidates femmes est passé de 23 à 24 ans (âges dits classiques, voire même jeunes). Pour les hommes, l'âge médian est légèrement plus élevé que celui de leurs camarades féminines et connaît quelques fluctuations dues au nombre réduit de leurs effectifs. Quant aux candidates au titre d'infirmière, leur âge médian à l'obtention de leur premier diplôme a vieilli d'un an en 15 ans.

Figure 7 Evolution de l'âge médian au 1er diplôme en soins infirmiers selon le sexe du candidat-e. Genève, 1991-2005

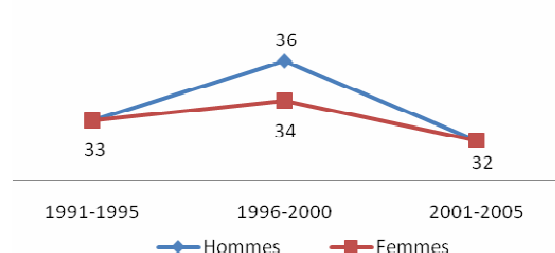


En 15 ans, l'âge médian d'obtention du diplôme pour des candidates femmes est passé de 23 à 24 ans (âges dits classiques, voire même jeunes). Pour les hommes, l'âge médian est légèrement plus élevé que celui de leurs camarades féminines et connaît quelques fluctuations dues au nombre réduit de leurs effectifs. Quant aux candidates au titre d'infirmière, leur âge médian à l'obtention de leur premier diplôme a vieilli d'un an en 15 ans.

L'âge médian à la première autorisation

délivrée à Genève présente aussi des fluctuations entre 1991 et 2005, qui sont plus visibles chez les hommes que chez les femmes : en 15 ans, l'âge médian masculin à l'obtention de la première autorisation sur le canton est passé de 33 ans à 36 ans puis 32 ans. Ces différences importantes entre les périodes sont probablement exacerbées par le nombre réduit d'effectifs masculins. On retrouve cette même tendance (vieillessement

Figure 8 Evolution de l'âge médian à la 1ère autorisation à Genève selon le sexe du praticien-ne. Genève, 1991-2005



« temporaire » de l'âge médian pour 1996-2000) chez les infirmières, qui sous-entend, pour cette période, un engagement important d'infirmier-es déjà âgé-es. L'explication la plus plausible est qu'une partie de ces individus enregistrés entre 1996 et 2000 n'en est pas à sa première autorisation de pratiquer, mais qu'elle a déjà exercé la profession aux HUG, dans un autre canton ou à l'étranger. En 2001-2005, la moitié des hommes et la moitié des femmes obtiennent leur première autorisation à Genève à nouveau à un âge normal (comparativement à la période précédente). Il est même légèrement plus jeune (32 ans pour les deux sexes). Au cours d'une discussion à ce propos avec la responsable des admissions de la HEdS à Genève<sup>14</sup>, nous en avons conclu que le marché du travail dans le domaine des soins infirmiers à Genève devenait peut-être progressivement plus accessible à des « jeunes » professionnel-les qui ne partent plus à l'étranger ou dans un autre canton à la recherche d'un premier emploi. Cependant, seules les prochaines années pourront nous le confirmer.

### **3.3.3 Profil des infirmier-es français-es**

Actuellement, les infirmier-es français-es occupent la majorité des postes sur le canton de Genève. Ils (elles) constituent, pour 2001-2005, 60% (tableau 10) de la population infirmière du canton contre 30% de Suisses et 10% d'Européen-es et autres. Le profil des infirmier-es suisses se différencie légèrement de celui des Français-es et des Européen-nes au niveau du sexe, bien que cette différence semble s'estomper avec le temps. La population infirmière de nationalité suisse est globalement moins masculine (11.6%) que la population infirmière française (13.8%). Le nombre d'infirmiers suisses a cependant augmenté plus fortement, pour ces dernières années, que le nombre d'infirmiers français. Ainsi, en 2001-2005, il y a proportionnellement autant d'hommes infirmiers parmi les Suisses que parmi les Français-es autorisé-es (près de 15%). Même si les effectifs de la catégorie « nationalité européenne et autres » sont nettement plus réduits et que cela rend l'observation moins pertinente, les résultats montrent tout de même une proportion d'hommes plus importante que pour les Suisses ou les Français (presqu'un quart du personnel est masculin). En effet, les hommes sont souvent plus nombreux que les femmes à migrer.

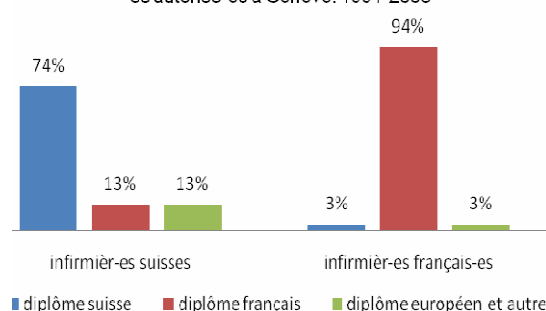
**Tableau 12 Répartition temporelle des infirmiers suisses, français et européens**  
(en % sur le total des individus enregistrés). Genève, 1991-2005

Nationalité		1991-1995	1996-2000	2001-2005	total
<b>Suisse</b>	<b>Hommes</b>	10.8%	8.6%	14.8%	11.6%
	<b>Total</b>	315	324	385	1024
		100%	100%	100%	100%
<b>Française</b>	<b>Hommes</b>	12.4%	12.9%	14.9%	13.8%
	<b>Total</b>	331	451	786	1568
		100%	100%	100%	100%
<b>européenne et autre</b>	<b>Hommes</b>	13.9%	20%	24.5%	20.8%
	<b>Total</b>	79	90	134	303
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

<sup>14</sup> Gabrielle Blumer

Pour la majorité des cas, les candidat-es au diplôme d'infirmièr-e obtiennent leur titre dans leur pays d'origine avant de venir travailler sur le canton de Genève. Les chiffres

Figure 9 Répartition des diplômes suisses, français et européens (et autres) parmi les infirmier-es suisses et français-es autorisé-es à Genève. 1991-2005



montrent que la France est le principal pays formateur de la population infirmière qui travaille à Genève : un peu plus de 13% des infirmier-es suisses et 94% des infirmier-es français-es autorisé-es entre 1991 et 2005 ont obtenu leur diplôme en soins infirmiers en France. La proportion d'infirmier-es suisses formé-es à l'étranger est donc importante (plus d'un quart du total des infirmier-es suisses) : Est-ce dû au manque de places pour la formation ? Le tableau 13 montre, cependant, que ce taux a sensiblement diminué pour la dernière période

2001-2005. Cette diminution – si les prochaines années vont dans le même sens – peut exprimer l'augmentation de la performance (et des moyens) du système suisse de formation en soins infirmiers.

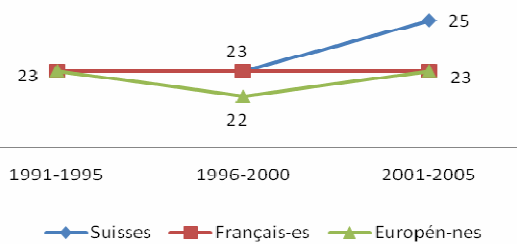
Les Français-es autorisé-es à Genève ne sont pas aussi nombreux (ses) que les Suisses à obtenir leur diplôme à l'étranger. Seuls 6% d'entre eux, toutes périodes confondues, ont suivi leur formation en Suisse ou à l'étranger. Les 94% des infirmier-es travaillant à Genève qui sont de nationalité française et diplômé-es en France représentent, pour leur pays d'origine, un investissement à perte. Les infirmier-es d'origine européenne (dont le nombre est beaucoup plus réduit que les infirmier-es suisses et français-es) sont eux (elles) aussi formé-es en grande partie dans leur pays d'origine avant de venir travailler sur le canton de Genève (tableau 14). Ce taux est cependant moins important que pour les infirmier-es français-es. Ils (elles) sont en effet un peu plus nombreux (ses) à suivre leur formation en soins infirmiers en Suisse.

Tableau 13 Répartition temporelle des infirmier-es suisses, français-es et européen-nes selon le pays de délivrance de leur diplôme (en % et nombre total). Genève, 1991-2005

Nationalité	Pays de délivrance du diplôme	1991-1995	1996-2000	2001-2005	Total
Suisse	Suisse	66.3%	71.5%	81.9%	73.8%
	France	16.2%	13.3%	11.3%	13.4%
	Europe et autres	17.5%	15.2%	6.8%	12.8%
	Total	315	323	382	1020
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
France	Suisse	3.3%	2.4%	3.4%	3.1%
	France	92.1%	95.6%	93.1%	93.6%
	Europe et autres	4.6%	2.0%	3.5%	3.3%
	Total	331	451	783	1565
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Europe et autres	Suisse	16.6%	8.9%	22.6%	17.0%
	France	1.3%	2.2%	2.3%	2.0%
	Europe et autres	82.1%	88.9%	75.1%	81.0%
	Total	78	90	133	301
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

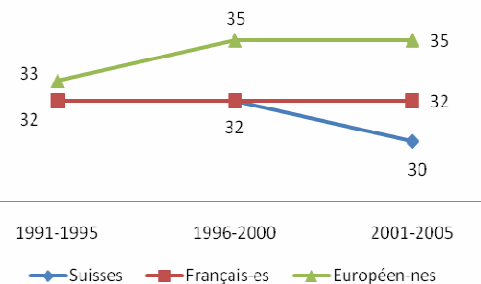
Les âges médian suisse et français ne présentent pas la même évolution sur ces 15 années d'observation : en 1991-1995, l'âge médian suisse est le même que celui des Français-es et autres. Par la suite, les candidat-es suisses qui obtiennent leur diplôme d'infirmièr-es vieillissent de deux ans (en 2001-2005), tandis que l'âge des candidats français reste stable à 23 ans. L'âge de la dernière catégorie de nationalité est difficilement comparable aux deux autres, tant les effectifs sont réduits.

Figure 10 Evolution de l'âge médian à l'obtention du 1er diplôme selon la nationalité des candidat-es. Genève, 1991-2005



en tenant compte du fait que les effectifs de cette catégorie sont plus réduits que pour les deux autres, la figure 11 montre que l'âge médian des Européen-n-es enregistré-es à Genève est plus vieux que celui des Suisses et des Français-es et que cette différence va en s'accroissant. En effet, les Européen-n-es (contrairement aux Français-es) ont un comportement « d'étranger-es » sur le marché du travail : leur arrivée sur ce marché est relativement plus tardive que pour les natifs (ves), car ils (elles) ont pu travailler dans leur pays d'origine avant de migrer en Suisse. Ainsi, leur âge à la première autorisation à Genève est légèrement plus vieux que celui des Suisses, mais aussi des Français-es qui se comportent, sur le marché de l'emploi dans le domaine des soins infirmiers à Genève, comme des natifs (ves).

Figure 11 Evolution de l'âge médian à la 1ère autorisation à Genève selon la nationalité des infirmier-es. Genève, 1991-2005



Excepté pour la dernière période, les Français-es commencent à travailler sur le canton au même âge que les infirmier-es suisses. Bien que l'explication semble évidente, nous avons interrogé une responsable à la HEdS à propos de cette ressemblance entre les Suisses et les Français-es, au niveau de l'âge à la première autorisation à Genève : en fait, elle montre que la majorité des infirmier-es français-es débutent leur carrière en soins infirmiers directement à Genève, sans jamais travailler dans le pays qui les a formés (si leur âge à la première autorisation s'élève tout de même à plus de 30 ans, cela est dû – comme pour les infirmier-es suisses – au nombre important d'individus qui débute leur carrière aux HUG, sans figurer dans la base de données de la DGS). L'attractivité salariale de Genève pour les Français-es est en effet sans équivoque.

Alors qu'en 2001-2005, 50% des Français-es obtiennent toujours leur première autorisation à l'âge de 32 ans, celui des Suisses est passé à 30 ans. Est-ce le début d'une nouvelle tendance où les Suisses commenceraient plus tôt à travailler à Genève, c'est-à-dire trouveraient plus facilement un premier emploi à Genève, évitant ainsi un départ pour l'étranger ou pour un autre canton? La période 2001-2005 montre un début de distinction entre les infirmier-es suisses et français-es au niveau de l'âge à la première autorisation à Genève, mais il est difficile d'en dégager déjà une tendance.

### **3.3.3.1 Profil des infirmier-es frontalier-es**

Les infirmier-es qui travaillent sur le canton de Genève sont connu-es pour être en grande partie frontalier-es. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, la part des frontalier-es dans le domaine de la santé est plus importante que dans les autres secteurs de l'emploi à Genève. Cependant, ces infirmier-es frontalier-es avaient l'obligation jusqu'à récemment de communiquer au centre des droits de pratique une adresse en Suisse (et non en France). Ainsi, la population frontalière est vraisemblablement sous-évaluée : le tableau 14 ne montre que 18% de frontalier-es travaillant sur le canton de Genève. Néanmoins, leurs proportions ont doublé entre les périodes 1996-2000 et 2001-2005.

**Tableau 14** Répartition temporelle des lieux de résidence des infirmier-es travaillant sur le canton de Genève (en % et nombre total). Genève, 1991-2005

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	total
<b>Genève et autres cantons suisses*</b>	87.7%	87.1%	75.6%	82.2%
<b>Région frontalière française</b>	12.3%	12.9%	24.6%	17.8%
<b>Total</b>	808	908	1346	3062
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

\* NB : Les infirmier-es autorisé-es à Genève et qui habitent le canton correspondent à 95% du total des infirmier-es qui habitent en Suisse tout en travaillant à Genève.

Les deux nationalités majoritaires, pour les infirmier-es résidant en Suisse ou en France voisine, sont logiquement la nationalité suisse et française. Les effectifs des frontalier-es étant réduits, les résultats qui les concernent risquent de ne pas être très significatifs.

Les chiffres montrent en tout cas qu'un peu plus de 15% des frontalier-es sont de nationalité suisse. Ce choix, pour un-e infirmier-e suisse, de vivre en France voisine tout en travaillant à Genève est stratégique : il découle d'un calcul coûts-bénéfices qui tient compte des avantages et des inconvénients liés aux coûts de la vie, aux salaires, aux déplacements mais aussi aux conditions de travail entre la France et la Suisse. Cependant, pour ces cinq dernières années, les infirmier-es de nationalité suisse autorisé-es à Genève sont moins nombreux (ses) à s'installer en France voisine (10% contre 30% les périodes précédentes). Les infirmier-es concerné-es le confirment<sup>15</sup> : le coût de cette stratégie commence en effet à devenir plus important que les bénéfices que l'on peut en retirer : « *le prix de l'essence n'a jamais été aussi fort* », « *c'est de plus en plus difficile de circuler dans (et en direction de) Genève* » et, par la force des choses, le niveau de vie de la région française frontalière s'aligne progressivement sur celui du niveau de la région genevoise. Cette diminution du nombre d'expatrié-es suisses vers la France voisine constitue peut-être l'amorce d'un certain essoufflement de la stratégie « frontalière », qui se ressent d'abord chez les Suisses qui font le choix de changer de pays de domicile et ensuite, plus tard, chez les Français-es frontalier-es qui verront moins d'avantages à venir travailler sur Genève.<sup>16</sup>

Parallèlement à cela, le nombre d'infirmier-es français-es autorisé-e et domicilié-es à Genève est en augmentation depuis le début des années 1990. Bien sûr, il faut se méfier de cette augmentation qui contient un nombre important d'infirmier-es français-es habitant la France voisine mais dont l'adresse officielle de correspondance pour l'Etat se trouve à

---

<sup>15</sup> Constat établi au cours d'un entretien avec une infirmière de nationalité suisse et une infirmière de nationalité française mais résidant toutes les deux en France voisine et employées dans le domaine des soins infirmiers à Genève, mercredi 5 décembre 2007.

<sup>16</sup> Idem.

Genève (le plus souvent, il s'agit de celle de leur employeur). Quoiqu'il en soit, les chiffres montrent que partout (en France comme en Suisse), le nombre d'infirmier-es français-es autorisé-es à Genève est en augmentation et dépasse nettement les infirmier-es suisses pour ces dix dernières années.

**Tableau 15 Répartition temporelle des infirmier-es résidant en Suisse et en France voisine selon la nationalité. Genève, 1991-2005**

Lieu du domicile	Nationalité	1991-1995	1996-2000	2001-2005	total
<b>Genève et les autres cantons suisses</b>	<b>Suisse</b>	50.4%	41.8%	36.2%	41.6%
	<b>Française</b>	38.4%	47.4%	51.2%	46.7%
	<b>européenne et autres</b>	11.2%	10.8%	12.6%	11.7%
	<b>Total</b>	568 100.0%	684 100.0%	939 100.0%	2191 100.0%
<b>Région française frontalière</b>	<b>Suisse</b>	32.1%	31.1%	9.6%	17.9%
	<b>France</b>	66.7%	66.0%	88.0%	79.8%
	<b>Europe et autres</b>	1.2%	2.9%	2.4%	2.3%
	<b>Total</b>	81 100.0%	103 100.0%	301 100.0%	485 100.0%

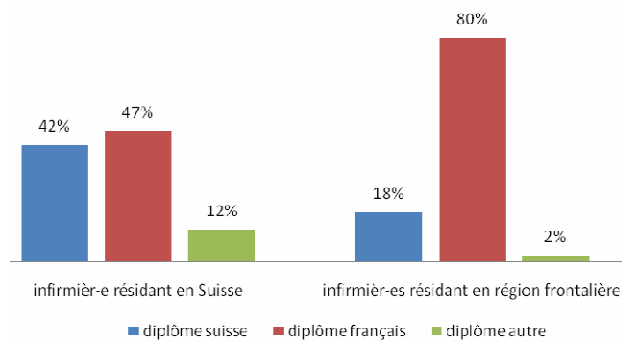
Le personnel infirmier frontalier se distinguent des résidents genevois (ou autres cantons suisses) par une proportion globalement moins élevée d'infirmiers : les chiffres montrent 13.8% pour la région frontalière contre 14.6% d'hommes pour Genève et les autres cantons suisses.

**Tableau 16 Répartition temporelle des infirmiers résidant en Suisse et en France voisine. Genève. 1991-2005**

Lieu du domicile		1991-1995	1996-2000	2001-2005	total
<b>Genève et les autres cantons suisses</b>	<b>Hommes</b>	14.1%	12.1%	17.2%	14.6%
	<b>Total</b>	686 100.0%	791 100.0%	1018 100.0%	2518 100.0%
<b>Région française frontalière</b>	<b>Hommes</b>	9.5%	16.2%	14.1%	13.8%
	<b>Total</b>	95 100.0%	117 100.0%	326 100.0%	544 100.0%

## Les pays de délivrance des diplômes, pour les individus résidant en Suisse ou en France

Figure 12 Répartition des diplômes suisses, français et autres parmi les infirmier-es autorisé-es à Genève et résidant en Suisse ou en région frontalière. Genève, 1991-2005



voisine, ne réservent aucune surprise. 80% des frontalièr-es ont obtenu leur diplôme en France, tandis que seul 42% des résidants suisses l'ont obtenu en Suisse. Ils sont donc plus nombreux à avoir suivi leur formation en soins infirmiers en France (47%), tandis que seulement 18% des frontalièr-es ont été formé-es en Suisse. La France voisine constitue réellement un réservoir en main-d'œuvre infirmière pour la région genevoise et occupe une grande partie de son marché du travail dans le domaine des soins infirmiers. La figure 12

montre à quel point le diplôme suisse en soins infirmiers est minoritaire, au profit du diplôme français, sur le canton de Genève.



### **3.4 Typologie des infirmier-es exerçant sur le canton selon l'employeur**

Nous avons fait le choix de sélectionner, parmi tous les employeurs des infirmier-es du canton de Genève, les quatre principales infrastructures. Si les données concernant les HUG avaient pu être disponibles, cette institution aurait évidemment fait partie de la sélection.

Les cliniques privées, les Ems, la Fasad et les bureaux de placement emploient à eux seuls environ 75% (soient 3048 individus) de la population infirmière enregistrée dans la base de la DGS. Les 25% restant se répartissent entre les cabinets et groupes médicaux, les entreprises (en tant qu'infirmier-es d'entreprise), les foyers pour handicapé-es, les permanences et les laboratoires d'analyse. Notons que nous observons ici le premier employeur (celui qui est rattaché à la première autorisation) des infirmier-es qui arrivent sur le marché du travail genevois.

Les cliniques privées genevoises se placent en première position : il s'agit de l'employeur qui, pour chaque période entre 1991 et 2005, a engagé le plus d'infirmier-es dans le cadre de leur premier emploi enregistré à Genève (27.2%, toutes périodes confondues). Elles sont suivies de près par les Ems (23.8%). Les résultats montrent que les bureaux de placement ont engagé, durant cette période, un peu plus d'infirmier-es que la Fasad : 13.4% contre 11.9%. Le travail temporaire constitue pour les infirmier-es qui travaillent sur le canton de Genève une destination de plus en plus courante au fil du temps : en 1991-1995, seuls 5% des individus optent pour ce type d'emploi, puis leur proportion passe à 10.2% pour 1996-2000 et, enfin, à 21.2% pour la dernière période considérée, dépassant ainsi les effectifs engagés à la Fasad. Au final, le tableau 17 montre que le travail temporaire est le troisième choix de destination professionnelle des infirmier-es à Genève.

**Tableau 17** Fréquence des autorisations délivrées selon le type d'employeur du personnel infirmier. Genève, 1991-2005

		Infrastructures hospitalières								Valeurs manquantes pour chaque période		Total pour chaque période	
		Cliniques privées		EMS		FSASD		Bureaux de placement		En %	En nombre	En %	En nombre
<b>Fréquence des autorisations par périodes</b>	1991-1995	24.9%		22.6%		12.2%		4.9%		35.5%	291	100%	820
	1996-2000	29.3%		26.9%		13.8%		10.2%		19.8%	186	100%	940
	2001-2005	27.1%		22.4%		10.4%		21.2%		18.9%	244	100%	1288
	<u>Total</u>	27.2%	828	23.8%	726	11.9%	364	13.4%	409	23.7%	721	100%	3048

#### **3.4.1 Données manquantes**

La destination professionnelle des infirmier-es enregistré-es entre 1991 et 2005 est inconnue pour 23.7% d'entre eux (elles) (tableau 17). La suite de l'analyse se fera donc sur les individus pour lesquels nous connaissons le premier employeur insitutionnel qui les a engagé-es sur le canton de Genève (soit 2327 infirmier-es).

La saisie des nationalités présente des fluctuations en fonction de l'employeur. Les Ems et les bureaux de placement sont ceux qui ont le plus fort taux de valeurs manquantes : respectivement 20% et 15% de leur employé-es engagé-es entre 1991 et 2005 sont de nationalité inconnue dans la base de données de la DGS, tandis que la Fasad et les cliniques privées genevoises présentent des taux inférieurs à 10%. La saisie du domicile privé varie aussi selon l'infrastructure hospitalière. Les infirmier-es engagé-es par une clinique privée ou un Ems ont moins souvent communiqué une adresse au centre des droits de pratique de la DGS (14.3% et 15.3% de valeurs manquantes), alors que pour la Fasad et

les bureaux de placement, cette information figure presque systématiquement pour tout-es les infirmier-es enregistré-es (5.5% et 3.9% de valeurs manquantes). La date d'obtention du premier diplôme (dont nous déduisons l'âge au premier diplôme) manque surtout pour les infirmière-s engagé-es par un bureau de placement (14.4% de données manquantes), un peu moins pour les cliniques privées (9.5%) et la Fasad (7.1%) et presque pas pour les Ems (2%). Enfin, l'âge à la première autorisation est connu pour quasiment tout-es les infirmier-es enregistré-es.

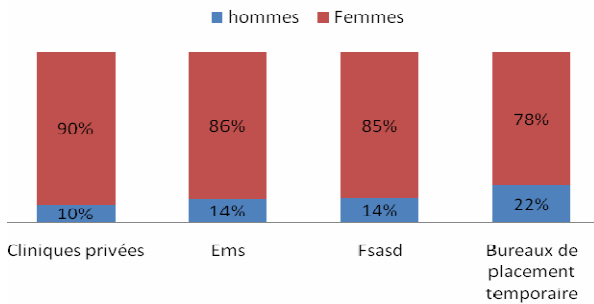
**Tableau 18 Répartition des infirmier-es engagé-es dans chacune des quatre infrastructures hospitalières, selon le sexe, la nationalité, le lieu de résidence et l'âge au 1<sup>er</sup> diplôme et à la 1<sup>ère</sup> autorisation. Genève, 1991-2005**

			Infrastructures hospitalières						Total pour chaque catégorie de variable			
			Cliniques privées		EMS		FSASD		Bureaux de placement		En %	En nombre
<b>Sexe</b>	Hommes		10.4%		13.9%		14.3%		22%		14.1%	329
	Femmes		89.6%		86.0%		85.4%		77.8%		85.7%	1995
	<u>Valeurs manquantes</u>		0%		0.1%		0.3%		0.2%		0.2%	3
	<u>Total</u>		100%	828	100%	726	100%	364	100%	409	100%	2327
<b>Nationalité</b>	Suisse		13.8%		16.9%		32.4%		41.8%		22.6%	526
	Française		70.5%		53.2%		52.7%		35.7%		56.2%	1308
	Européenne et autres		6.3%		9.7%		7.8%		7.8%		7.8%	182
	<u>Valeurs manquantes</u>		9.4%		20.2%		7.1%		14.7%		13.4%	311
	<u>Total</u>		100%	828	100%	726	100%	364	100%	409	100%	2327
<b>Lieu de résidence</b>	Suisse		62.6%		68.3%		73.6%		82.4%		69.6%	1619
	Région frontalière		23.2%		16.4%		20.9%		13.7%		19.0%	443
	<u>Valeurs manquantes</u>		14.3%		15.3%		5.5%		3.9%		11.4%	265
	<u>Total</u>		100%	828	100%	726	100%	364	100%	409	100%	2327
<b>Age</b>	au 1 <sup>er</sup> diplôme	Pour le 1 <sup>er</sup> tier des infirmier-es	22 ans		22 ans		22 ans		23 ans		30.9%	717
		Pour le 2 <sup>ème</sup> tier des infirmier-es	24 ans		25 ans		24 ans		26 ans		61.5%	1432
		<u>Valeurs manquantes</u>	9.5%		2.0%		7.1%		14.4%		7.6%	178
		<u>Total</u>	100%	828	100%	726	100%	364	100%	409	100%	2327
	à la 1 <sup>ère</sup> autorisation à Genève	Pour le 1 <sup>er</sup> tier des infirmier-es	26 ans		34 ans		32 ans		27 ans		33.3%	775
		Pour le 2 <sup>ème</sup> tier des infirmier-es	32 ans		43 ans		38 ans		34 ans		66.6%	1550
		<u>Valeurs manquantes</u>	0%		0.1%		0.3%		0.2%		0.1%	2
		<u>Total</u>	100%	828	100%	726	100%	364	100%	409	100%	2327

### 3.4.2 Le sexe des personnels infirmiers

Nous l'avons déjà vu, l'exercice des soins infirmiers est une pratique principalement

Figure 13 Répartition des infirmier-es selon le sexe pour chacune des quatre infrastructures. Genève, 1991-2005



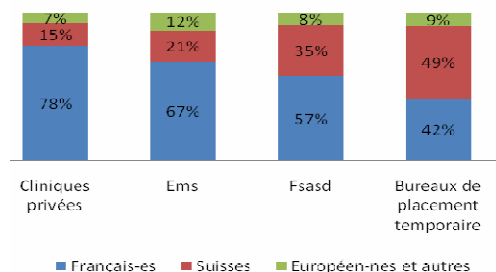
féminine. Les chiffres (tableau 18) montrent cependant que la proportion d'hommes n'est pas la même dans chacune des quatre infrastructures observées mais qu'elle varie entre 10% (cliniques privées) et 22% (bureaux de placement temporaire). Les bureaux de placement semblent donc attirer un peu plus d'hommes que les trois autres destinations professionnelles. Les infirmiers se sentiraient-ils plus à l'aise en tant que personnel temporaire, dans un domaine principalement féminin ? Cette proportion d'hommes plus

élevée qu'ailleurs montre en tout cas que ce mode de travail (où l'engagement et l'intégration sont minimales) semble convenir aux hommes, un peu plus qu'un engagement à poste fixe qui sous-entendrait un effort supplémentaire d'intégration.

### 3.4.3 Les nationalités des personnels infirmiers

Les observations précédentes nous ont permis de voir que la population infirmière qui exerce sur le canton était principalement française. La figure 14 montre que ce sont les

Figure 14 Répartition des infirmier-es selon la nationalité pour chacune des quatre infrastructures. Genève, 1991-2005



cliniques privées qui emploient le plus d'infirmier-es français-es à Genève : 78% de leur personnel engagé entre 1991 et 2005, dans le cadre de leur premier emploi sur le canton genevois, sont de nationalité française. 15% seulement de leur personnel est suisse. Les Ems et la Fsasd dépassent eux aussi la barre des 50% au niveau de leurs proportions de Français-es engagé-es. Seuls les bureaux de placement temporaire engagent un peu plus de Suisses que de Français-es.

Ainsi, le seul « domaine » où le personnel infirmier suisse est majoritaire à Genève est celui du travail temporaire, qui sous-entend une intégration moins poussée et une certaine marginalisation par rapport aux employé-es fixes. Pour tous les postes fixes, les chiffres montrent une écrasante majorité de Français-es. Est-ce que postuler sur le marché du travail temporaire est une stratégie de la part des infirmier-es suisses pour détourner la concurrence des Français-es (dont les exigences salariales ne sont pas les mêmes et les contrats à durée déterminée valent « moins chers ») qui sévit sur le marché du travail « fixe » ?

Pour tenter de comprendre pourquoi la proportion d'infirmier-es suisses est plus grande sur le marché du travail temporaire qu'ailleurs dans le domaine de la santé à Genève, nous avons rencontré une infirmière de nationalité suisse et travaillant dans le temporaire<sup>17</sup>. Notons que son témoignage nous éclaire sur le choix de travailler en temps que personnel temporaire au cours d'une carrière et non pas seulement dans le cadre d'un premier emploi au sein du domaine des soins infirmiers genevois. Cette infirmière a d'abord

<sup>17</sup> Entretien du vendredi 7 décembre 2007, l'infirmière préfère garder l'anonymat.

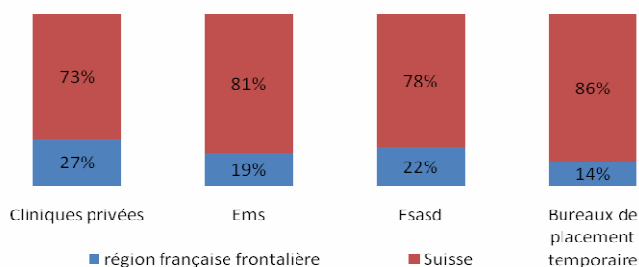
travaillé durant 15 ans un Ems genevois. Au fur et à mesure que le temps passait, son ambiance de travail se dégradait. Lors de notre entretien, elle me parla du manque de « *reconnaissance sociale* », mais aussi du « *copinage* ». Elle m'expliqua, en effet, que la grande majorité du personnel de cet Ems genevois était français et lui faisait comprendre qu'elle ne l'était pas. Elle me raconta que certaines de ses collègues suisses furent renvoyées pour « *laisser leur place à des Françaises qui coûtent moins cher* » et que d'autres furent poussées à bout par les infirmières françaises (formation de clan, critiques incessantes, marginalisation) au point de finir par démissionner. Il y a un an, elle décida elle-même de quitter l'Ems dans lequel elle travaillait depuis de nombreuses années, parce qu'elle ne supportait plus cette ambiance, qu'elle ne « *tenait plus le coup* », était « *usée à tout juste 40 ans* » et « *désillusionnée par cette profession qui avait été une vocation pour (moi) elle* ». Sa démission s'accompagna d'une dépression et de découragement face à la suite de sa carrière professionnelle parce qu'elle « *ne savait faire que ça : infirmière* ». Ainsi, le travail temporaire apparut comme une solution alternative au poste fixe qu'elle ne supportait plus. Or, même si ce nouveau mode de travail lui permet d'éviter la « *mauvaise ambiance où les Français-es se croient chez eux (elles)* », elle le trouve cependant pénible et difficilement gérable pour une femme de 40 ans. Elle attend chaque jour que le téléphone sonne pour lui donner du travail et, lorsqu'il ne sonne pas, elle se sent inactive. Cette situation de perpétuelle incertitude (*Travaillerai-je ou non demain ?*) la pousse au « *fainéantisme* » : ces journées sont « *bloquées pour d'éventuels remplacements à la dernière minute* ». De plus, ce mode de travail s'éloigne encore plus de l'image qu'elle avait de la profession : « *il n'y a plus d'ambiance de travail, d'équipe qu'on retrouve quotidiennement et avec qui on travaille. La boîte de placement nous envoie deux, trois jours, parfois une semaine, des fois trois mois dans une institution et après on repart.* ». Le travail temporaire va à l'encontre de certains points qu'elle estimait (au début de sa carrière et aujourd'hui encore) essentiels au métier d'infirmière : le contact suivi avec les autres (patients et collègues), la collaboration et l'investissement personnel. Aujourd'hui, elle a l'impression de « *ne plus exercer le même métier, tant tout a changé* ». Enfin, elle m'a expliqué que, même jeune diplômée, elle n'aurait pas fait ce choix de travailler en intérimaire, qu'elle comprenait « *ces jeunes qui voulaient se sentir plus libres vis-à-vis de leur emploi, mais qu'elle, elle avait toujours voulu travailler au sein d'une équipe, participer à un travail de groupe sur du long terme* ».

Son témoignage nous permet de comprendre que le travail temporaire est parfois un choix de la part de ceux (celles) qui n'ont pas envie de s'installer tout de suite, mais souvent un moyen (pour les Suisses en particulier) de trouver un emploi dans un contexte difficile.

### 3.4.4 Les lieux de résidence des personnels infirmiers

Même si, pour chacune des quatre infrastructures sélectionnées, la majorité du personnel est de nationalité française (sauf pour les bureaux de placement), la figure 15 nous montre que ce même personnel habite, pour la plus grande partie, à Genève ou dans un autre canton suisse. Nous savons évidemment que ces résultats ne sont pas très significatifs puisque de nombreux (ses) infirmier-es français-es résidant en France n'indiquent pas l'adresse de leur domicile privé mais celle de leur employeur. Quoiqu'il en soit, on retrouve toujours moins de frontalier-es (comme l'on trouvait moins de Français-es) « engagé-es » par un bureau de placement temporaire.

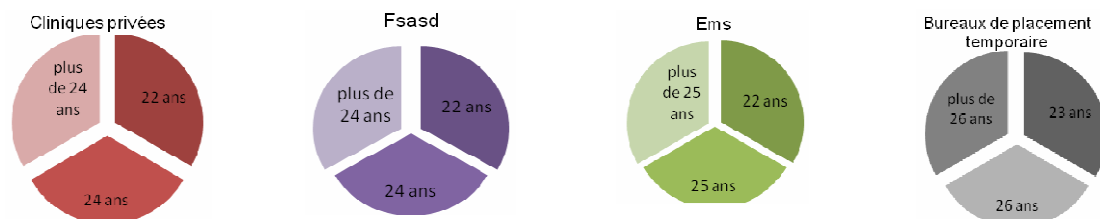
Figure 15 Répartition des infirmier-es selon leur lieu de résidence pour chacune des quatre infrastructures. Genève, 1991-2005



### 3.4.5 L'âge au 1<sup>er</sup> diplôme et à la 1<sup>ère</sup> autorisation à Genève

On remarque quelques différences au niveau de l'âge à l'obtention du premier diplôme selon la destination professionnelle de l'infirmier-e (tableau 18), en particulier entre les individus engagés par un bureau de placement et les autres. A 22 ans, un tiers de celles et ceux qui débute leur carrière dans une clinique privée, un Ems ou à la Fasad, ont déjà obtenu leur diplôme ; un autre tiers entre 24 et 25 ans et le dernier tiers à plus de 25 ans. Les plus vieux diplômé-es (qui se distinguent légèrement des autres) sont celles et ceux qui entrent dans la vie active par le biais d'un bureau de placement (un tiers de ces individus ont plus de 26 ans à l'obtention de leur diplôme).

**Figure 16** Age à l'obtention du premier diplôme pour un tiers et deux tiers du personnel infirmier de chacune des quatre infrastructures hospitalières. Genève, 1991-2005



Au niveau de l'âge à la première autorisation à Genève, les infirmier-es de chacune des quatre infrastructures observées se distinguent nettement plus. Celles et ceux pour qui la première autorisation est délivrée en vue d'un engagement dans un Ems sont plus âgé-es que les autres : un tiers d'entre eux (elles) ont obtenu leur première autorisation à plus de 43 ans. Le travail en clinique privée et par le biais d'un bureau de placement constitue plus souvent un premier choix professionnel pour les infirmier-es : la figure 17 montre justement qu'en général, les individus engagés par ces deux infrastructures sont un peu plus jeunes. Il s'agit pourtant, en tout cas dans la base de données, de l'âge à la première autorisation délivrée à Genève. La seule explication possible est qu'en fait, les infirmier-es un peu plus âgé-es n'en sont pas à leur premier emploi, soit parce qu'elles ont travaillé avant aux HUG (information indisponible), soit parce qu'elles viennent de l'étranger (information aussi indisponible). En effet, le travail en Ems (selon le responsable de stage) et à la Fasad (selon Madame Zumwald – Directrice du service des soins de la Fasad – et Madame Favarger-Schmidt – responsable des Ressources Humaines à la Fasad) constitue rarement un choix de première destination professionnelle.

**Figure 17** Age à la 1<sup>ère</sup> autorisation à Genève pour un tiers et deux tiers du personnel infirmier de chacune des quatre infrastructures hospitalière. Genève, 1991-2005



Le personnel infirmier des cliniques privées genevoises se distingue surtout par sa proportion particulièrement élevée de Français-es : elle dépasse en effet celles des quatre autres employeurs, avec 70% des effectifs totaux. Les individus qui composent ce personnel sont aussi plus jeunes que dans les autres infrastructures hospitalières et les hommes moins nombreux (10%).

Le personnel infirmier des Ems genevois se distingue par son âge avancé : un tiers des individus qui le compose a été engagé à plus de 43 ans. Comme nous l'avons vu plus haut, le travail en Ems constitue rarement un premier choix de destination professionnelle pour un-e infirmier-e. Le personnel des Ems comprend aussi la plus grande proportion d'étranger-es (10%, Français-es non compris-es) et un nombre réduit d'hommes (14%, légèrement plus qu'en cliniques privées).

Le personnel infirmier de la Fasad est lui aussi assez âgé (un tiers a été engagé à plus de 38 ans), mais pas autant que celui des Ems : comme Mesdames Zumwald (Directrice des pratiques professionnelles à la Fasad) et Favarger-Schmidt (Responsable des ressources humaines pour la même institution) nous l'avait expliqué, travailler à la Fasad nécessite une expérience préalable dans une structure hospitalière. Ainsi, la fonction d'infirmier-e est domicile est, elle aussi, rarement un premier choix de destination professionnelle. Le personnel infirmier de la Fasad comporte un peu plus d'hommes (14.3%) que les cliniques privées et Ems, mais surtout plus d'individus de nationalité suisse (32.4%).

Enfin, le personnel temporaire dans le domaine de la santé à Genève se distingue des trois autres par sa proportion bien plus élevée d'individus suisses : 42% des infirmier-es qui exercent leur profession en intérimaires sont des Suisses. Les hommes y sont aussi plus nombreux qu'ailleurs (22%). Les individus qui passent par un bureau de placement ont obtenu leur diplôme légèrement plus âgés que les autres (un tiers à plus de 26 ans), tandis que leur âge à la première autorisation à Genève est quasiment la même que dans une clinique privée. Cette constatation montre que le travail temporaire constitue pour de nombreux (ses) infirmier-es – et en particulier des Suisses – un premier choix de destination professionnelle. Nous nous sommes entretenues avec la responsable des admissions de la HEdS<sup>18</sup> à propos de ce choix professionnel. Elle nous a expliqué que le travail temporaire sous-entendait pour un-e infirmier-e une plus grande liberté au niveau son engagement professionnel : l'opportunité d'aménager sa vie professionnelle (prendre le temps de voyager sans contraintes par rapport à son emploi) et enfin celle de jouir d'une responsabilité réduite vis-à-vis de ses charges professionnelles. Elle a cependant insisté sur le fait qu'un personnel temporaire pouvait nuire à la qualité des soins de l'infrastructure qui l'emploie. A cause de sa responsabilité réduite et de son intégration minimale dans une équipe de travail, le personnel temporaire ne peut pas délivrer les mêmes soins qu'un personnel fixe et intégré, qui s'investit dans son domaine de pratique et suit régulièrement des formations continues au sein de l'infrastructure qui l'emploie. Lors de notre entretien avec M.Butel<sup>19</sup>, nous avons en effet compris que le personnel temporaire présentait des avantages pour l'institution qui l'employait : il demande moins d'investissement (pas de formation continue) et coûte moins cher (puisque leur contrat est à durée déterminée). A ce propos, M.Butel nous avait d'ailleurs expliqué que certains postes aux HUG étaient « réservés » au personnel temporaire, mais que ce dernier pouvait espérer – après un certain temps (une sorte de période « test ») – obtenir un engagement à poste fixe.

Nous avons eu la chance de rencontrer une jeune infirmière qui a vécu ce scénario au début de sa carrière en soins infirmiers<sup>20</sup>. A la fin de ses études, l'infirmière en question avait « *envie de pratiquer sa profession* » mais aussi « *de voyager avant de s'installer* ». Ainsi, le travail temporaire lui était apparu comme « *une bonne solution* », qui lui permettait d'exercer son métier sans trop d'engagements professionnels. Pendant deux ans, elle travailla aux HUG en tant que personnel temporaire. Durant cette période, elle prit le temps

---

<sup>18</sup> Madame Gabrielle BLUMER.

<sup>19</sup> Infirmier chargé d'études rattaché à la direction des soins des HUG (3 octobre 2007).

<sup>20</sup> Entretien du jeudi 6 décembre 2007, l'infirmière préfère garder l'anonymat.

de voyager (cinq mois en Nouvelle-Calédonie) et, au bout de dix mois de travail intérimaire, elle postula aux HUG. Un an après, ils l'engagèrent pour un poste fixe et, au cours de son entretien d'embauche, elle comprit que « *le fait d'avoir travaillé en intérim chez eux était un plus pour (mon) son engagement car (je) elle connaissait déjà leur système de fonctionnement* ». Ce témoignage va dans le sens des propos tenus par M. Butel, à savoir que le travail temporaire peut être une stratégie qui facilite (en tout cas pour les jeunes diplômé-es) leur entrée dans le monde du travail, mais qui arrange aussi l'infrastructure qui les emploie.

### **3.5 Conclusion intermédiaire : Pourquoi autant d'infirmier-es français-es à Genève ?**

A travers cette analyse descriptive de la population infirmière genevoise, son aspect singulier nous est apparu clairement : la plupart des professionnel-les qui la composent sont de nationalité française et le marché du travail temporaire est le seul domaine où la proportion de Suisses est un peu plus importante.

A Genève, la proportion d'emplois disponibles s'élève à 115% par rapport à la population active (OCSTAT 2006) : cela signifie que l'offre d'emploi sur le canton est supérieure à la demande. Ainsi, il est normal de retrouver – dans quelque secteur de l'emploi que ce soit – une part d'actifs non suisses (et pour la plupart français, puisque ce sont nos voisins les plus proches). Cependant, dans le domaine des soins infirmiers, nous avons vu que la proportions d'individus français dépassent nettement les 15% « habituels ».

Deux alternatives sont envisageables pour expliquer cette forte proportion de Français-es au sein du personnel infirmier genevois : Soit la préférence nationale n'a jamais été réellement respectée à Genève et les infirmier-es français-es sont depuis longtemps préféré-es aux Suisses, soit les Français-es n'ont jamais été vraiment en concurrence avec des Suisses sur le marché du travail, dans le domaine des soins infirmiers à Genève – ceci sous-entendant donc que la Suisse (et Genève en particulier) ne forme pas assez d'infirmier-es pour répondre aux besoins du canton, au point qu'il faille puiser les ressources nécessaires en France voisine – , et ce malgré l'augmentation du nombre de diplômé-es à la HEdS de Genève depuis 2003.

## Conclusion

La base de données des autorisations de pratiquer de la Direction Générale de la Santé détient de nombreuses informations concernant les infirmier-es qui exercent sur le canton, et cela nous a permis de produire quelques résultats intéressants. Cependant, les lacunes y sont aussi très nombreuses. Les fautes de frappe, les non-sens et le manque de rigueur au niveau de la saisie ont rendu le travail plus compliqué et nous ont contraints à limiter notre analyse à quelques variables. Nous nous demandons notamment pourquoi les années 2006 et 2007 comportent autant de données manquantes : comment se fait-il que plus de 90% pour l'année 2006, et même 100% pour le début de l'année 2007, des variables démographiques de base – soit le sexe, la nationalité et la date de naissance – n'ont pas été saisies dans la base de données?

Pour que cette base soit plus lisible et exploitable, la saisie des données devrait être beaucoup plus rigoureuse : il faudrait définir notamment des catégories pour chaque information (*Exemple : pour la variable migration, ne pas entrer dans la base « a migré » pour un individu et pour l'autre « est parti » ou « a quitté la Suisse », mais employer un terme uniforme pour chaque information*), que chaque information soit aussi saisie pour chaque individu, en particulier pour les données de base (*Exemple : que le sexe, la date de naissance et la nationalité soient au moins connus pour tous les individus enregistrés*) mais aussi pour les autres variables qui figurent dans la base et que, toutes les informations rentrées aient un sens. Enfin, il faudrait pouvoir fusionner cette base de données avec celle des HUG, afin d'obtenir une base complète contenant tout-es les infirmier-es actifs (ves) sur le canton de Genève. Cette base complète produirait certainement des résultats légèrement différents car, comme nous l'avons vu, les HUG constitue souvent le premier employeur dans la santé des jeunes diplômé-es.

Certes, la première fonction de cette base de données n'est pas l'exploitation statistique mais le recensement de tout-es les infirmier-es qui travaillent sur le canton, dans le but de leur délivrer une autorisation de pratiquer et par la suite, de pouvoir leur communiquer certaines informations. Cependant, si elle pouvait être améliorée, elle nous permettrait de connaître parfaitement le personnel infirmier genevois.

L'analyse de la fréquence des autorisations délivrées aux infirmier-es nous a montré un accroissement certain des effectifs au sein du personnel infirmier genevois. Cependant, nous nous sommes rendu compte que cette évolution ne suffit pas à satisfaire la demande en soins de plus en plus forte, émise par la population à Genève. Les entretiens que nous avons eus avec plusieurs infirmier-es nous l'ont confirmé : l'une d'elle avait en effet expliqué qu' *« elles (nous) ne sont (sommes) que deux pour 30 patients dans le service. Alors, elles (nous) sont (sommes) obligées de passer moins de temps avec chacun, de courir en permanence et, souvent, de ne pas prendre de pause. Les proches des malades leur (nous) reprochent de ne pas être assez présentes à leur chevet, de ne pas venir assez vite, mais elles (nous) font (faisons) ce qu'elles (nous) peuvent (pouvons) et parfois, c'est vrai qu'elles (on) ont (a) l'impression de négliger le côté social de leur (notre) métier. »*<sup>21</sup>.

Ce déséquilibre entre la demande et l'offre en soins infirmiers a forcément des répercussions sur l'environnement de pratique de l'infirmier-e mais aussi sur la qualité des soins qu'elle délivre. Nous avons en effet constaté cette détérioration à Genève : lors de notre entretien avec Madame Grillet (Directrice de l'Asi), nous avons compris que les conditions de travail de cette catégorie professionnelle n'étaient pas toujours faciles, que celles et ceux qui ne continuent pas à être performant-es dans ce contexte qui ne s'y prête guère sont des personnes qui encourent « le risque » de sortir de la population infirmière. La Directrice de l'Asi nous a aussi rendus sensibles aux besoins du personnel infirmier pour améliorer son environnement de pratique : augmentation des effectifs, aménagements des

---

<sup>21</sup> Entretien du jeudi 6 décembre 2007, l'infirmière préfère garder l'anonymat.



horaires de travail, investissements financiers publics conséquents (notamment au niveau de la formation) et création d'une défense adéquate de ses droits.

Quelques points positifs nous sont aussi apparus au cours de notre analyse statistique. Par exemple, nous avons constaté un âge médian à l'obtention de la première autorisation légèrement plus jeune pour les années les plus récentes et, après une discussion avec une responsable de la HEdS, nous en avons conclu que le marché du travail genevois dans le domaine des soins infirmiers devenait peut-être progressivement plus accessible aux jeunes professionnel-les.

Enfin, nous avons pu constater que Genève ne participait en tout cas pas à la fuite des cerveaux du Sud vers le Nord. En effet, les résultats nous ont montré que la grande majorité des professionnel-les étrangèr-es qui exercent leur activité à Genève sont originaires d'un autre pays développé (France, Belgique, Espagne, Royaume-Uni, Canada et Portugal). Enfin, les chiffres nous ont évidemment montré que les Français-es étaient majoritaires au sein du personnel infirmier genevois. Nous avons vu que leur comportement au sein du personnel infirmier genevois correspondait plus à un comportement de natifs que d'étrangers : leur âge à la première autorisation à Genève, notamment, est quasiment la même que celui des individus suisses, tandis que les étrangèr-es sont nettement plus âgé-es (la migration induisant normalement une arrivée tardive sur le marché du travail du pays d'accueil). En analysant le profil des personnels infirmiers pour les cliniques privées, les Ems, la Fasad et les bureaux de placement temporaire, nous nous sommes rendus compte que ce dernier « type d'employeur » était le seul où les Suisses sont majoritaires (42% contre 36% de Français-es). Ce résultat montre donc à quel point les infirmier-es suisses ne sont pas intégrés-es au sein du personnel infirmier genevois : la grande majorité des postes fixes sont occupés par des professionnel-les français-es. Nous nous sommes donc interrogés sur les causes ce déséquilibre qui sévit à Genève : Existe-t-il une concurrence déloyale entre les Suisses et les Français-es sur le marché du travail genevois, en particulier dans le domaine des soins infirmiers ? La Suisse ne forme-t-elle pas suffisamment de professionnel-les ? En analysant les données d'admission à la HEdS de Genève, nous avons pourtant vu une augmentation des individus de nationalité suisse (leur proportion est passée de 37% en 2003 à 65% pour l'année 2007) : Est-ce que ces jeunes diplômé-es à Genève restent ensuite sur ce canton pour y exercer leur profession ? Nous avons en tout cas vu qu'une grande partie des diplômé-es de septembre 2007 avaient directement cherché (et trouvé) un emploi sur Vaud ou en Valais.

## Figures, tableaux et schémas

### Figures

- Figure 1 : Ratio infirmier-e :population (100'000 hab). Minimum, maximum et moyenne des régions, 2003 ..... p.6
- Figure 2 : Ratio infirmier-e :population (100'000 hab). Minimum, maximum et moyenne des sous-régions européennes, 2003 ..... p.4
- Figure 3 : Flux d'infirmier-es vers certains pays développés, par niveau de développement des pays d'origine, 2003 ..... p.5
- Figure 4 : Répartition des emplois au sein des services de santé genevois, 2005 ..... p.13
- Figure 5 : Répartition temporelle selon la nationalité des infirmières qui travaillent sur le canton de Genève, 1991-2005 ..... p.31
- Figure 6 : Répartition temporelle selon la nationalité des infirmiers qui travaillent sur le canton de Genève, 1991-2005 ..... p.31
- Figure 7 : Evolution de l'âge médian au 1<sup>er</sup> diplôme en soins infirmiers selon le sexe du candidat-e, 1991-2005 ..... p.31
- Figure 8 : Evolution de l'âge médian à la 1<sup>ère</sup> autorisation à Genève selon le sexe du praticien-ne, 1991-2005 ..... p.31
- Figure 9 : Répartition des diplômes suisses, français et européens (et autres) parmi les infirmier-es suisses et français-es autorisé-es à Genève, 1991-2005 ..... p.33
- Figure 10 : Evolution de l'âge médian à l'obtention du 1<sup>er</sup> diplôme selon la nationalité des candidat-es, 1991-2005 ..... p.34
- Figure 11 : Evolution de l'âge médian à la 1<sup>ère</sup> autorisation à Genève selon la nationalité des infirmier-es, 1991-2005 ..... p.34
- Figure 12 : Répartition des diplômes suisses, français et autres parmi les infirmier-es autorisé-es à Genève et résidant en Suisse ou en région frontalière, 1991-2005 ..... p.37
- Figure 13 : Répartition des infirmier-es selon le sexe pour chacune des quatre infrastructures, 1991-2005 ..... p.40
- Figure 14 : Répartition des infirmier-es selon la nationalité pour chacune des quatre infrastructures, 1991-2005 ..... p.40
- Figure 15 : Répartition des infirmier-es selon leur lieu de résidence pour chacune des quatre infrastructures, 1991-2005 ..... p.41

Figure 16 : Age à l'obtention du 1<sup>er</sup> diplôme pour le personnel infirmier de chacune des quatre infrastructures, 1991-2005 ..... p.42

Figure 17 : Age à la 1<sup>ère</sup> autorisation à Genève pour le personnel infirmier de chacune des quatre infrastructures, 1991-2005 ..... p.42

## **Tableaux**

Tableau 1 : Départs annuels d'infirmièr-es diplômé-es des pays d'Afrique sub-saharienne vers le Royaume-Uni, 1998-1999 à 2002-2003 ..... p.5

Tableau 2 : Age d'admission à la formation d'infirmièr-e (HEdS) et nationalité en % des volées 2003 à 2007 ..... p.12

Tableau 3 : Part des emplois occupés par les femmes, les Suisses, les frontalier-es et à temps plein sur le total des emplois du canton de Genève, du domaine de la santé et des services de santé, 2005 ..... p.14

Tableau 4 : Valeurs manquantes (en %) des variables utilisées sur le total de chaque période, avant 1985 à 2007 ..... p.23

Tableau 5 : Données manquantes (en %) des variables utilisées selon la nationalité, entre 1991 et 2005 ..... p.24

Tableau 6 : Données manquantes (en %) des variables utilisées selon le lieu de résidence, entre 1991 et 2005 ..... p.24

Tableau 7 : Données manquantes (en %) des variables utilisées selon le sexe, entre 1991 et 2005 ..... p.25

Tableau 8 : Fréquence des autorisations délivrées à Genève, avant 1951 à 2005 ..... p.27

Tableau 9 : Répartition temporelle des hommes et des femmes infirmièr-es sur le canton de Genève (en % et nombre total), 1991-2005 ..... p.28

Tableau 10 : Répartition temporelle des origines de la population infirmière du canton de Genève (en % et nombre total), 1991-2005 ..... p.28

Tableau 11 : Répartition temporelle de l'origine des diplômés de la population infirmière travaillant sur le canton de Genève (en % et nombre total), 1991-2005 ..... p.29

Tableau 12 : Répartition temporelle des infirmiers suisses, français et européens (en % sur le total des individus enregistrés), 1991-2005 ..... p.32

Tableau 13 : Répartition temporelle des infirmièr-es suisses, français-es et européen-nes selon le pays de délivrance de leur diplôme (en % et nombre total), 1991-2005 ..... p.33

Tableau 14 : Répartition temporelle des lieux de résidence des infirmier-es travaillant sur le canton de Genève (en % et nombre total), 1991-2005 ..... p.35

Tableau 15 : Répartition temporelle des infirmier-es résidant en Suisse et en France voisine selon la nationalité, 1991-2005 ..... p.36

Tableau 16 : Répartition temporelle des infirmiers résidant en Suisse et en France voisine, 1991-2005 ..... p.36

Tableau 17 : Fréquence des autorisations délivrées selon le type d'employeur du personnel infirmier, 1991-2005 ..... p.38

Tableau 18 : Répartition des infirmier-es engagé-es dans chacune des quatre infrastructures hospitalières, selon le sexe, la nationalité, le lieu de résidence et l'âge au 1<sup>er</sup> diplôme et à la 1<sup>ère</sup> autorisation à Genève, 1991-2005 ..... p.39

### **Schémas**

Schéma 1 : Facteurs susceptibles de produire un personnel infirmier performant ..... p.8

Schéma 2 : Positionnement de la profession infirmière parmi les professionnels de la santé..... p.16

Schéma 3 : Positionnement de la profession infirmière parmi les professionnels de la santé, du point de vue de la formation en particulier ..... p.16

## **Contacts**

### ***Haute Ecole de Santé de Genève (HEdS)***

- Mme Françoise BONVALLAT: Directrice ;
- Mme Gabrielle BLUMER: responsable des admissions ;
- Mme Françoise CINTER: responsable de la filière soins infirmiers ;
- Mme Marianne KUFFER: secrétaire de la filière soins infirmiers.

### ***Association Suisse des Infirmières (ASI)***

- Mme Brigitte GRILLET: directrice de l'ASI

### ***Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD)***

- M. Michel MANSEY: Directeur ;
- Mme Catherine ZUMWALD: responsable des pratiques professionnelles ;
- Mme Marie-Noëlle FAVARGER-SCHMIDT: responsable des ressources humaines.

### ***Office Cantonal de la Statistique (OCSTAT)***

- M. Damien ROCHETTE: responsable du domaine socio-sanitaire.

### ***Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG)***

- M. Philippe GUYON: Directeur des ressources humaines, service gestion opérationnelle ;
- M. Jacques BUTEL: infirmier chargé d'études rattaché à la direction des soins.

## BIBLIOGRAPHIE

### Articles et recherches

- Yann BOURGUEIL, Julien MOUSQUES, Ayden TAJAHMADI, "Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de la santé? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France", *Biblio 1635*, IRDES, Paris, juin 2006.
- James BUCHAN, Mireille KINGMA, F.Marilyn LORENZO, "Tendances des migrations internationales d'infirmières et conséquences politiques", *Initiative globale sur l'état des soins infirmiers*, thème n°5, Rapport CII, Genève, 2006.
- Anita CLEMENS-CARPIAUX, "La gestion du soin dans le management hospitalier: Approche d'indicateurs d'activité infirmière en Belgique et en France", *Recherche en soins infirmiers*, n°81, Bruxelles, juin 2005.
- Céline COLLEVILLE, Agnès HOCHART, "Les infirmiers francs-comtois travaillant en Suisse. Étude exploratoire", ORS de Franche-Comté, Besançon, mars 2004.
- Laure COM-RUELLE, Fabienne MIDY, Philippe ULMANN, "La profession infirmière en mutation. Éléments de réflexion à partir d'exemples européens", *Biblio 1318*, CREDES, Paris, octobre 2000.
- Madeleine ESTRYN-BEHAR, "Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant", *Étude presst-next*, partie 1, INRS, Paris, janvier 2004.
- Geneviève HELLER, Jérôme PEDROLETTI, Alexia STANTZOS, Georges NICOLET, "L'histoire des soins infirmiers continue...", *L'Écrit*, n°32, Département universitaire de psychiatrie adulte (service des soins infirmiers), Lausanne, octobre 2000.
- Fabienne MIDY, "Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans. Propos d'infirmières", *Mémoire dans le cadre d'une formation en sociologie*, CREDES, Paris, juin 2003.
- Fabienne MIDY, "Les infirmières: image d'une profession", *Document de travail réalisé dans le cadre d'une formation d'initiation à la sociologie*, CREDES, Paris, juin 2002.
- Rémy MARQUIER, "Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale", *Études et Résultats*, n°393, DREES, avril 2005.
- Michel NADOT, "Au commencement était le "prendre soin"", *Soins*, n°700, Suisse, novembre 2005, p.37-40.
- Michel NADOT, "Données de soins infirmiers/Conséquences et utilité", *Discours au Kinderspital à Berne*, HEdS-Fribourg (Centre de recherche et prestations), 2005.
- Michel NADOT, "La profession infirmière au XXI<sup>e</sup> siècle: Défis et réalités", *1<sup>er</sup> Congrès international de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de St.Joseph*, Beyrouth, 4-5-6 mai 2006 (retranscription du discours).
- Michel NADOT, "Leviers et obstacles à l'activité du chercheur en sciences infirmières", *Soins*, n°717, Suisse, juillet-août 2007, p.35-38.
- F.PACCAUD, "Évolution future des services de santé: analyse de quelques tendances plausibles", *Médecine&Hygiène*, n°2319, Lausanne, 25.10.2000.
- Dominique POLTON, "Démographies professionnelles dans le secteur médico-social: l'exemple des infirmières", *Revue hospitalière de France*, n°503, Paris, mars-avril 2005.
- Pascal ZURN, Carmen DOLEA, Barbara STILWELL pour l'OMS (Département des ressources humaines pour la santé), "Recruter et fidéliser le personnel infirmier: une question de motivation", *Initiative globale sur l'état des soins infirmiers*, thème n°4, Rapport CII, Genève, 2006.

## Rapports et études

- "Communiqué de presse du 12 septembre 2005", *Secrétariat général (service de la communication)*, HUG, Genève, septembre 2005.
- "Étude franco-genevoise sur les formations professionnelles et les besoins en personnels soignants", *Comité régional franco-genevois*, mars 2004.
- « Extension de l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) et révision des mesures d'accompagnement », Bureau de l'intégration DFAE/DFE, juin 2005.
- "Human resources for health: report by the Secretariat", *Executive Board EB 114/17*, WHO, avril 2004.
- "La population active à Genève, en 2000", *Coup d'œil n°17*, OCSTAT, janvier 2004.
- "L'emploi dans le domaine de la santé", *Coup d'œil n°32*, OCSTAT, août 2007.
- « L'effet de la libre circulation des ressortissants de l'UE15/AELE sur le marché suisse du travail », *La Vie économique* (revue de politique économique), juin 2007.
- "La pénurie mondiale d'infirmières diplômées: aperçu des questions et solution", *Initiative mondiale pour la révision des soins infirmiers*, Rapport CII préparé par James BUCHAN et Lynn CALMAN, Genève, 2004.
- "La pénurie mondiale de personnel infirmier: domaine d'action prioritaire", *Initiative globale sur l'état des soins infirmiers*, Rapport CII/FIFN, Genève, 2006.
- "Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers", *Position éthique 2*, ASI, Berne, mai 2007.
- "Les frontaliers à Genève: un choix d'indicateurs", *Tableaux de bord*, OCSTAT, 1<sup>er</sup> semestre 2007.
- "Rapport annuel de l'OMS 2000: pour un système de santé plus performant" (résumé), *OMS*, Genève, 2000.
- « Suisse-UE : l'extension de l'accord sur la libre circulation des personnes aux nouveaux pays membres de l'UE et le renforcement des mesures d'accompagnement contre le dumping salarial », Office Fédéral des Migrations ODM, 2004.
- "Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros), conception générale", *CSSS*, Suisse, août 1995.
- "Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2005", *Statistiques de la Sécurité Sociale*, Office Fédéral des Assurances Sociales, Berne, 2006.
- "Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2005 (résultats définitifs)", *Actualités OFS*, Office Fédéral de la Statistique, Neuchâtel, mars 2007.
- "40'700 frontaliers actifs à Genève à fin 2004", *Communiqué de presse n°16*, OCSTAT, 17 mai 2005.

## Articles de presse

- Cyril BELLIVIER, "La fuite du personnel de santé français vers Genève s'accroît", *Tribune de Genève*, 11 octobre 2001, p.31.
- Emmanuelle MICHEL, "Les infirmières radicalisent leur lutte pour la survie de leur métier", *Le Temps*, n°828, Genève, 6 octobre 2000.
- Lise WYLER, "La pénurie d'infirmiers se fait toujours sentir à Genève", *Tribune de Genève*, 26 mars 2003, p.41.

### **Sources internet**

- [www.icn.ch](http://www.icn.ch) (août – décembre 2007)
- [www.fnib.be](http://www.fnib.be) (août – décembre 2007)
- <http://jama.ama-assn.org/> (août – décembre 2007)
- [www.who.int](http://www.who.int) (août - septembre 2007)
- [www.sbk-asi.ch/](http://www.sbk-asi.ch/) (août 2007)
- [www.heds-ge.ch/](http://www.heds-ge.ch/) (août – décembre 2007)
- [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com) (août – septembre 2007)
- [www.geneve.ch/statistique/publications](http://www.geneve.ch/statistique/publications)
- [www.statistique.admin.ch/](http://www.statistique.admin.ch/)



## Annexe technique

*Présentation des variables : nom, type, label et valeur*

NOM	TYPE	LABEL	VALEUR
« sexe »	numérique	<i>Sexe des individus</i>	1=homme ; 2=femmes
« anneeNaiss »	date	<i>Année de naissance</i>	—
« nationa_r »	numérique	<i>Nationalités recodées en 14 catégories</i>	1=Suisse ; 2=France métropolitaine ; 3=France d'outre-mer ; 4=CEE15 ; 5=CEE25 ; 6=CEE27 ; 7=Ex-Yougoslavie ; 8=Autre Europe ; 9=Afrique ; 10=Amérique latine ; 11=Canada ; 12=Amérique du Nord ; 13=Asie ; 14=Océanie.
« nationa_r2 »	numérique	<i>Nationalités recodées en 4 catégories</i>	1=Suisse ; 2=France, 3=Europe ; 4=Autre.
« nationa_r3 »	numérique	<i>Nationalités recodées en 4 catégories, Belgique isolée</i>	1=Suisse ; 2=France, 3=Europe ; 4=autre ; 5=Belgique.
« resid_R »	numérique	<i>Lieux de résidence recodés en 5 catégories</i>	1=Genève ; 2=Vaud ; 3=zone frontalière ; 4=Suisse autre ; 5=autre.
« resid_R2 »	numérique	<i>Lieu de résidence recodés en 3 catégories</i>	1=Suisse ; 2=zone frontalière ; 3=autres.
« diplome_def »	numérique	<i>Nature du diplôme</i>	1=étranger ; 2=suisse ; 3=reconnaissance du diplôme.
« datediplome_def »	Date	<i>Date d'obtention du premier diplôme</i>	
« paysdiplome_def »	numérique	<i>Pays de délivrance du diplôme recodés en 11 catégories</i>	1=Suisse ; 2=France ; 3=Belgique ; 4=Espagne ; 5=Royaume-Uni ; 6=Canada ; 7=Portugal ;

			8=RFY (ex-Yougoslavie) ; 9=Haïti ; 10=Europe ; 11=Autre.
« AgeAuDiplome »	numérique	<i>Age à l'obtention du premier diplôme</i>	
« groupe_AgeAuDiplome »	numérique	<i>Groupe d'âge à l'obtention du premier diplôme</i>	1=19 ans et moins ; 2=20-24 ans ; 3=25-29 ans ; 4=30-34 ans ; 5=35-39 ans ; 6=40-44 ans ; 7=45-49 ans ; 8=50-54 ans ; 9=55-59 ans ; 10=60 ans et plus.
« autorisation_annee »	Date	<i>Années de délivrance des premières autorisations</i>	
« autorisationDER_annee »	Date	<i>Années de délivrance des dernières autorisations</i>	
« auto_regroupement1 »	numérique	<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en 8 périodes (de 10 ans, dès 1950)</i>	1=1949 et avant ; 2=1950-1959 ; 3=1960-1969 ; 4=1970-1979 ; 5=1980-1989 ; 6=1990-1999 ; 7=2000-2006 ; 8=2007.
« auto_regroupement2 »	numérique	<i>Années de délivrance des autorisations recodées en 6 périodes (de 10 ans, dès 1980)</i>	1=1979 et avant ; 2=1980-1989 ; 3=1990-1999 ; 4=2000-2004 ; 5=2005-2006 ; 6=2007.
« auto_regroupement3 »	numérique	<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en 8 périodes (de cinq ans, dès 1980)</i>	1=1979 et avant ; 2=1980-1984 ; 3=1985-1989 ; 4=1990-1994 ; 5=1995-1999 ; 6=2000-2004 ; 7=2005-2006 ; 8=2007.
« auto_regroupement4 »	numérique	<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en 6 périodes (de deux ans, dès 1998)</i>	1=1997 et avant ; 2=1998-1999 ; 3=2000-2001 ; 4=2002-2003 ; 5=2004-2006 ; 6=2007.
« auto_regroupement5 »	numérique	<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en 9 périodes (de trois ans, dès 1986)</i>	1=1985 et avant ; 2=1986-1988 ; 3=1989-1991 ; 4=1992-1994 ; 5=1995-1997 ; 6=1998-2000 ;

			7=2001-2003 ; 8=2004-2006 ; 9=2007.
« auto_regroupement6 »	numérique	<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en 15 périodes (de dix puis trois ans, dès 1950)</i>	1=1949 et avant ; 2=1950-1959 ; 3=1960-1969 ; 4=1970-1979 ; 5=1980-1983 ; 6=1984-1986 ; 7=1987-1989 ; 8=1990-1992 ; 9=1993-1995 ; 10=1996-1998 ; 11=1999-2001 ; 12=2002-2004 ; 13=2005-2006 ; 14=2007.
« auto_regroupement7 »	numérique	<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en 5 périodes (d'une année, dès 2004)</i>	1=2003 et avant ; 2=2004 ; 3=2005 ; 4=2006 ; 5=2007.
« auto_regroupement8 »		<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en 4 périodes (de cinq ans, de 1991 à 2005)</i>	1=1990 et avant ; 2=1991-1995 ; 3=1996-2000 ; 4=2001-2005.
« auto_regroupement9 »		<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en 9 périodes (de dix et cinq ans, de 1951 à 2005)</i>	1=1950 et avant ; 2=1951-1960 ; 3=1961-1970 ; 4=1971-1980 ; 5=1981-1985 ; 6=1986-1990 ; 7=1991-1995 ; 8=1996-2000 ; 9=2001-2005.
« auto_regroupement10 »		<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en une période (jusqu'en 2005)</i>	1=jusqu'en 2005.
« auto_regroupement11 »		<i>Années de délivrance des premières autorisations recodées en 2 périodes (jusqu'en 2005)</i>	1=1990 et avant ; 2=1991-2005.
« AgeAuto »	numérique	<i>Age à la première autorisation</i>	
« groupe_AgeAuto »	numérique	<i>Groupe d'âge à la première autorisation</i>	1=19 ans et moins ; 2=20-24 ans ; 3=25-29 ans ; 4=30-34 ans ; 5=35-39 ans ; 6=40-44 ans ; 7=45-49 ans ; 8=50-54 ans ; 9=55-59 ans ; 10=60 ans et plus.

« employeur1_r »	numérique	<i>Nom du premier employeur recodé en 15 catégories</i>	1=intérim ; 2=HUG ; 3=cliniques privée ; 4=cabinet médical ; 5=groupe médical ; 6=permanence ; 7=EMS ; 8=foyer pour handicapés ; 9=association ; 10=FSASD ; 11=Etat ; 12=enseignement professionnel ; 13=laboratoire d'analyse ; 14=infirmièr-es d'entreprise ; 15=autre.
« employeur2_r »	numérique	<i>Nom du dernier employeur recodé en 15 catégories</i>	1=intérim ; 2=HUG ; 3=cliniques privée ; 4=cabinet médical ; 5=groupe médical ; 6=permanence ; 7=EMS ; 8=foyer pour handicapés ; 9=association ; 10=FSASD ; 11=Etat ; 12=enseignement professionnel ; 13=laboratoire d'analyse ; 14=infirmièr-es d'entreprise ; 15=autre.
« employeur1_r2 »	numérique	<i>Nom du premier employeur recodé en 6 catégories</i>	1=intérim ; 2=HUG ; 3=cliniques privée ; 4=EMS ; 5=FSASD ; 6=autre.
« employeur2_r2 »	numérique	<i>Nom du dernier employeur recodé en 6 catégories</i>	1=intérim ; 2=HUG ; 3=cliniques privée ; 4=EMS ; 5=FSASD ; 6=autre.
« DateNaiss »	Numérique	<i>Date de naissance des individus</i>	—
« B_Nationalite »	numérique	<i>Nationalité des individus enregistrés (voir les variables recodées)</i>	—
« DateValidelInitiale_Auto »	Date	<i>Date de la délivrance de la première autorisation</i>	—
« DateValideDerniere_Auto »	Date	<i>Date de la délivrance de la dernière autorisation</i>	—

« statut »	numérique	<i>Statut du diplôme (voir la variable recodées)</i>	1=étranger ; 2=suisse ; 3=reconnaissance du diplôme.
« dateB »	Date	<i>Date(en année) de la délivrance des diplômes « B »</i>	—
« dateC »	Date	<i>Date(en année) de la délivrance des diplômes « C »</i>	—
« dateD »	Date	<i>Date(en année) de la délivrance des diplômes « D »</i>	—
« delivranceB »	numérique	<i>Pays de délivrance des diplômes « B » recodés en 11 catégories</i>	1=Suisse ; 2=Portugal ; 3=Portugal ; 4=Portugal ; 5=Portugal ; 6=Canada ; 7=Portugal ; 8=RFY (ex-Yougoslavie) ; 9=Haïti ; 10=Europe ; 11=Autre.
« delivranceC »	numérique	<i>Pays de délivrance des diplômes « C » recodés en 11 catégories</i>	1=Suisse ; 2=Portugal ; 3=Portugal ; 4=Portugal ; 5=Portugal ; 6=Canada ; 7=Portugal ; 8=RFY (ex-Yougoslavie) ; 9=Haïti ; 10=Europe ; 11=Autre.
« NPA »	numérique	<i>Numéro de code postal du domicile privé individus</i>	—