

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



MAI  
2018  
NUMÉRO  
1062

## *53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins*

**Dans l'hypothèse de comportements constants et d'un maintien des politiques en vigueur, le nombre d'infirmiers devrait augmenter de 53 % entre 2014 et 2040 pour atteindre 881 000 infirmiers actifs en 2040. Cette hausse serait largement plus importante que l'augmentation de la population et se traduirait par une forte progression de la densité de professionnels. Cependant, le vieillissement de la population devrait susciter une hausse des besoins de soins comparable à celle du nombre d'infirmiers.**

**Les infirmiers devraient être de plus en plus nombreux à cesser leur activité, en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations issues des quotas élevés des années 2000. Cependant, si les quotas se maintiennent, l'arrivée de nouveaux praticiens compensera largement ces nombreux départs tout au long de la période de projection.**

**L'allongement des carrières devrait entraîner un vieillissement de la profession. L'exercice libéral devrait se développer au détriment du salariat non hospitalier hors établissements pour personnes âgées. Enfin, la répartition régionale des infirmiers resterait aussi hétérogène qu'en 2014.**

**Christelle Millien (DREES)**

**L**e nombre d'infirmiers a considérablement augmenté ces quinze dernières années. Leur nombre a progressé de 70 % entre 2000 et 2017 alors que celui des médecins a augmenté de 17 % et celui des sages-femmes de 54 %. Première profession de santé du point de vue des effectifs, les infirmiers sont aujourd'hui plus de 600 000 en activité (encadré 1), loin devant les médecins (226 000). Le nombre d'infirmiers ayant évolué plus rapidement entre 2000 et 2016 que la population française (+3 % en moyenne par an contre +0,6 %), la densité d'infirmiers a fortement augmenté, passant de 637 infirmiers pour 100 000 habitants en 2000 à 972 en 2016. Toutefois, les personnes âgées étant de grandes consommatrices de soins infirmiers, le vieillissement de la population provoque une forte hausse des besoins de soins infirmiers. La densité standardisée, qui rapporte le nombre d'infirmiers à une population dont le poids de chaque tranche d'âge est proportionnel à sa consommation de soins infirmiers, a ainsi progressé un peu moins vite, de près de 20 % au cours de la période (de 779 infirmiers pour 100 000 habitants en 2000 à 930 en 2015).

## Des quotas relevés et des carrières plus longues ont contribué à la hausse des effectifs

Les quotas fixant le nombre de places disponibles en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ont fortement augmenté en 2000 et en 2003. Après une période de stabilité entre 1993 et 1999 pendant laquelle le nombre de places se situait autour de 18 000, leur nombre a augmenté de 43 % entre 1999 et 2000, puis de 13 % entre 2000 et 2003. Depuis cette date, le nombre de places disponibles reste stable autour de 31 000. Cependant, le nombre de diplômés entre 2012 et 2015 est en moyenne inférieur de 16 % aux quotas fixés trois ans auparavant, et l'écart était encore plus élevé auparavant (28 % en 2008). Ce déficit varie selon les régions : il est maximal en Ile-de-France et dans les Hauts-de-France (respectivement 27 % et 24 %) et nettement plus faible dans les départements d'outre-mer (Antilles-Guyane) et en Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 10 % et 7 %).

L'augmentation du nombre d'infirmiers s'explique non seulement par la hausse des quotas mais aussi par l'allongement des carrières : la réforme des retraites de 2010 a en effet reculé de deux ans l'âge légal de départ. Les effectifs ont ainsi progressé à la fois en début et en fin de carrière, la part des infirmiers de moins de 30 ans progressant de 20 % à 21 % entre 2006 et 2014, et celle des infirmiers de 50 ans ou plus de 22 % à 27 %. De ce fait, l'âge moyen est resté stable autour de 41 ans.

## Des changements de mode d'exercice plus fréquents chez les salariés

Les infirmiers changent peu de mode d'exercice (encadré 1) au cours de leur carrière : entre deux années consécutives, seuls 2,6 % d'entre eux en moyenne l'ont fait au cours de la période 2013-2016. Les changements sont plus fréquents en début de carrière : entre deux années consécutives, 5,6 % des 25-29 ans changent de mode d'exercice contre 1,0 % des

50-54 ans (tableau complémentaire A sur le site internet de la DREES). La probabilité de changer varie selon le mode et le lieu d'exercice. Ainsi, seuls 2,5 % des salariés hospitaliers du public changent de mode d'exercice entre deux années consécutives. À l'inverse, les salariés non hospitaliers ont la plus grande propension à changer de mode d'exercice : en moyenne, 4,9 % des salariés exerçant dans un établissement pour personnes âgées changent de mode d'exercice entre deux années consécutives.

Les changements de région accompagnent fréquemment des changements de mode d'exercice : en moyenne 21 % des infirmiers qui ont changé de mode d'exercice entre 2013 et 2016 ont dans le même temps changé de région. Cependant, les migrations interrégionales sont peu nombreuses : en moyenne entre 2013 et 2016, seuls 0,9 % des infirmiers actifs ont changé de région entre deux années consécutives. Ces changements sont toutefois plus fréquents chez les jeunes : ils concernent chaque année

### ENCADRÉ 1

#### Méthodologie du modèle de projection

Le modèle calcule, pour chaque année de la période de projection (2015 à 2040), un effectif d'infirmiers actifs, ventilé par âge, sexe, mode d'exercice (libéral, salarié hospitalier du public, salarié hospitalier du privé, salarié non hospitalier travaillant dans des établissements pour personnes âgées, autres salariés non hospitaliers) et région d'exercice, selon les hypothèses présentées dans l'encadré 2 pour le scénario tendanciel. Il s'inspire du précédent modèle de projections d'infirmiers utilisé en 2010 par la DREES (Barlet, Cavillon, 2011).

Le champ retenu est celui des infirmiers actifs de 67 ans ou moins<sup>1</sup>, exerçant en France entière (hors Mayotte). La méthode de projection retenue est une méthode par micro-simulation, consistant à simuler des trajectoires individuelles. Pour chaque événement modélisé (diplôme, entrée dans la vie active, changement en cours de carrière, cessations), des individus sont sélectionnés en fonction des probabilités de changement d'état estimées à partir de données observées. Chaque scénario est simulé cinq fois et le résultat finalement retenu est la moyenne des cinq simulations.

La base de données initiale sur laquelle repose le modèle est le Recensement de la population (RP) 2014 (qui est la moyenne des recensements effectués entre 2012 et 2016). En effet, si les effectifs d'infirmiers sont traditionnellement comptabilisés à partir du répertoire Adeli, qui permet un suivi annuel et une remontée rapide d'information, cette source comporte quelques fragilités. Les professionnels de santé ne sont pas réellement incités à se désinscrire (l'inscription étant gratuite) lorsqu'ils cessent leur activité temporairement ou définitivement, ce qui peut conduire à surestimer le nombre de professionnels âgés en exercice. À l'inverse, les nouveaux professionnels tardent parfois à faire enregistrer leur diplôme au répertoire (en particulier lorsqu'ils débutent par une activité salariée). Ce fait peut conduire à sous-estimer la part des plus jeunes, et particulièrement des jeunes salariés. Ainsi, en 2014, le nombre d'infirmiers de 18 à 67 ans recensés par Adeli était de 610 000 contre 575 000 par le RP. Du fait du choix de ces données

comme point de départ, la période de projection commence après 2014, dernière année du recensement pour laquelle nous disposons de l'intégralité des variables retenues pour la période de projection.

Pour modéliser les comportements des infirmiers, plusieurs sources de données ont été utilisées :

- les enquêtes « Écoles » pour estimer le nombre et le profil des diplômés ;
- les enquêtes générations du Centre d'études et de recherche sur les qualifications (CEREQ) pour estimer les délais à l'installation et le taux de fuite ;
- les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) pour estimer les cessations des libéraux ;
- les déclarations annuelles des données sociales (DADS Grand Format) pour estimer les cessations des salariés ;
- le répertoire Adeli pour estimer les modes d'exercice et les régions à l'installation, les changements de mode d'exercice et de région. C'est la seule source disponible pour estimer ces comportements.

Le scénario tendanciel projette des effectifs en supposant que les comportements observés seront constants au cours de la période de projection et que les politiques de régulation de la démographie médicale seront inchangées. Ce scénario constitue une référence qui montre quelle serait l'évolution des effectifs si rien ne changeait. Des variantes au modèle ont été simulées, chacune ne différant du scénario tendanciel que par une seule hypothèse : l'objectif est d'isoler l'effet d'un changement de comportement ou de politique pour connaître la sensibilité des résultats à un tel changement. Les effectifs projetés ne tiennent pas compte des contraintes futures liées aux capacités de formation, à d'éventuelles difficultés d'insertion des infirmiers sur le marché du travail ainsi qu'à l'offre de postes salariés.

1. Compte tenu de la faiblesse des effectifs à partir de 68 ans, le champ d'étude pour les professionnels de 67 ans ou moins a été retenu.

3,2 % des 20-24 ans contre 0,4 % des 50-54 ans. C'est en provenance des départements d'outre-mer (hors Mayotte) et d'Ile-de-France que les migrations sont les plus fréquentes, alors qu'elles sont les plus rares depuis la Bretagne et les Hauts-de-France (2,5 % des infirmiers exerçant à La Réunion ont changé de région d'exercice, contre 0,7 % des infirmiers exerçant en Bretagne).

### Une forte hausse des effectifs mais aussi des besoins

À partir de ces caractéristiques et comportements observés, le modèle de projections de la DREES (encadré 1) permet d'estimer le nombre d'infirmiers en activité à l'horizon 2040. Ainsi, selon les hypothèses du scénario tendanciel (encadré 2), c'est-à-dire le maintien de la législation en vigueur et des comportements des professionnels, le nombre d'infirmiers de 67 ans ou moins augmenterait de 53 % entre 2014 et 2040 pour atteindre 881 000 infirmiers en 2040. Le rythme d'évolution des effectifs diminuerait progressivement, de plus de 2 % par an avant 2020 à 1 % par an à la fin des années 2030 (graphique 1). Pendant cette période, la population augmenterait moins

rapidement (+ 10 % selon les projections de l'Insee), ce qui entraînerait une poursuite de la hausse de la densité constatée ces dernières années : elle passerait de 872 infirmiers pour 100 000 habitants en 2014 à 1 217 en 2040 (soit une hausse de 39 %). Cependant, les personnes âgées, dont la proportion au sein de la population va fortement augmenter, sont les plus grandes consommatrices de soins infirmiers : les plus de 75 ans en consomment 4 fois plus que les personnes de 65 à 74 ans et 27 fois plus que les moins de 65 ans<sup>1</sup>. Le vieillissement de la population devrait donc provoquer une hausse des besoins de soins infirmiers. Dans ce contexte, pour mettre en regard l'évolution des effectifs infirmiers avec celle des besoins de soins infirmiers, un indicateur de densité plus fin est retenu pour l'analyse : une densité « standardisée », définie comme le nombre d'infirmiers rapporté à une population française pondérée par tranche d'âge en fonction de sa consommation en soins infirmiers. L'hypothèse sous-jacente à cet indicateur est que les besoins de soins infirmiers vont augmenter sous le seul effet du vieillissement mais que les besoins à âge donné resteront

constants dans le temps, ce que remettraient en cause une hausse de l'espérance de vie en bonne santé ou l'émergence de nouvelles modalités de prise en charge. Cette densité se stabiliserait de 2021 à 2027 autour de 910 infirmiers pour 100 000 habitants et diminuerait ensuite de 1 % par an jusqu'en 2040. Elle diminuerait ainsi de 4,2 % entre 2014 et 2040 (de 868 infirmiers pour 100 000 habitants en 2014 à 832 en 2040) pour retrouver un niveau légèrement inférieur à son niveau actuel. La situation pourrait être plus favorable en cas de baisse de la consommation à âge donné.

### Les quotas : un levier puissant et à court terme

Une modification des quotas d'entrées en IFSI commence à produire ses effets trois ans plus tard, compte tenu de la durée des études. Pour analyser la sensibilité des résultats du modèle aux variations des quotas, plusieurs variantes ont été simulées selon lesquelles cette seule hypothèse a été modifiée par rapport au scénario tendanciel<sup>2</sup>. Une baisse, à partir de 2018, des quotas de formation à hauteur de 5 % par rapport à celui fixé en 2017

- • •
- 1. Soins dispensés par des infirmiers libéraux, d'après les données 2015 de l'Assurance maladie issues de l'échantillon généralistes des bénéficiaires, parmi les affiliés des trois régimes : régime général, mutualité sociale agricole et régime des indépendants.
- 2. On suppose notamment que le déficit entre les quotas et le nombre de diplômés trois ans plus tard sera constant (en pourcentage) au cours de la période de projection et conforme au niveau moyen observé entre 2012 et 2015, malgré la variation des quotas.

## ENCADRÉ 2

### Hypothèses du scénario tendanciel

Le scénario tendanciel repose sur l'hypothèse de comportements constants. Pour les années appartenant à la période de projection et antérieures à 2017, les valeurs des paramètres sont les valeurs observées.

#### Les hypothèses relatives à la formation sont :

- **Le quota** : le nombre de places offertes en IFSI est fixé pour l'ensemble de la période de projection à 30 917, c'est-à-dire le nombre de places observées en 2017 (hors Mayotte) ;
- **La répartition régionale des quotas** : elle est supposée identique, à partir de 2018, à celle observée en 2017 ;
- **Les déficits entre le nombre de diplômés et les quotas de chaque région** : ils sont supposés identiques au niveau moyen observé entre 2012 et 2015 ;
- **La répartition des diplômés selon leurs caractéristiques sociodémographiques** (âge, sexe, région d'obtention du diplôme) : elle est fixée, à partir de 2016, au niveau moyen observé entre 2012 et 2015.

#### Les hypothèses relatives à l'entrée dans la vie active sont :

- **Le taux de fuite** : c'est-à-dire le pourcentage d'infirmiers diplômés en France qui n'exerceront jamais sur le territoire, est fixé à 2 % pour l'ensemble de la période de projection et identique pour toutes les régions. Ce taux correspond à celui constaté dans l'enquête génération réalisée par le CEREQ sur les diplômés de 2013 ;
- **Les délais à l'entrée dans la vie active** : ils correspondent au délai entre l'obtention du diplôme et de la première activité. Ce délai est supposé inchangé au cours de la période de projection : 99 % des infirmiers nouvellement diplômés entrent dans la vie active l'année même de l'obtention de leur diplôme, 1 % l'année suivante. Ces délais sont ceux constatés dans l'enquête génération du CEREQ sur les diplômés de 2013 ;
- **La répartition par région d'exercice des infirmiers diplômés** : elle est supposée identique à la moyenne observée entre 2013 et 2016 pour les diplômés depuis moins de cinq ans ;

- **La répartition par mode d'exercice des infirmiers diplômés** : elle est supposée identique à la moyenne observée entre 2013 et 2016 pour les diplômés depuis moins de deux ans (étant donné l'obligation d'exercer deux ans en milieu hospitalier sous l'autorité d'un cadre de santé) ;
- **Tous les salariés hospitaliers du secteur public, nouvellement diplômés**, seront classés en catégorie A, conformément à la réforme de 2010 sur le changement de statut qui stipule que tous les nouveaux entrants sont d'office en catégorie A.

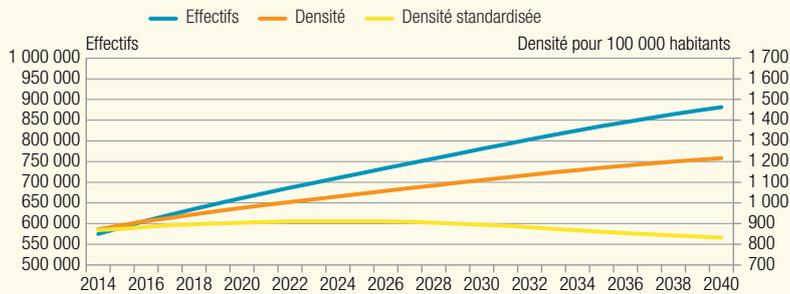
#### Les hypothèses relatives aux changements en cours de carrière sont :

- La part des infirmiers qui changent de région ou de mode d'exercice est supposée identique à la moyenne des comportements observés sur les actifs présents deux années consécutives entre 2013 et 2016 ;
- Le choix de la nouvelle région ou du nouveau mode d'exercice est supposé identique à la moyenne des comportements observés sur les actifs présents deux années consécutives entre 2013 et 2016 ;
- Les infirmiers qui ont changé de mode d'exercice pour le salariat en hôpital public seront classés en catégorie A.

#### Les hypothèses relatives aux cessations d'activité sont :

- **Pour les infirmiers libéraux** : les comportements de cessation (c'est-à-dire les probabilités de cessation par âge) sont supposés identiques sur l'ensemble de la période de projection et conformes à ceux observés entre 2011 et 2015 à partir des données de la CNAM ;
- **Pour les salariés hospitaliers du public et du privé** : les comportements sont supposés identiques sur l'ensemble de la période de projection et conformes à ceux observés entre 2011 et 2014 à partir des données des déclarations annuelles de données sociales (DADS Grand Format) ;
- **Pour les salariés non hospitaliers** : nous supposons que les probabilités de départ correspondent à celles estimées pour les salariés hospitaliers du privé ;
- Enfin, du fait de la faiblesse des effectifs n'entrant pas dans ce cadre, nous faisons l'hypothèse que l'ensemble des infirmiers, quel que soit leur mode d'exercice, n'exercent plus après 67 ans et ne cessent pas leur activité avant 40 ans.

## GRAPHIQUE 1 Effectifs et densités d'infirmiers en activité selon le scénario tendanciel



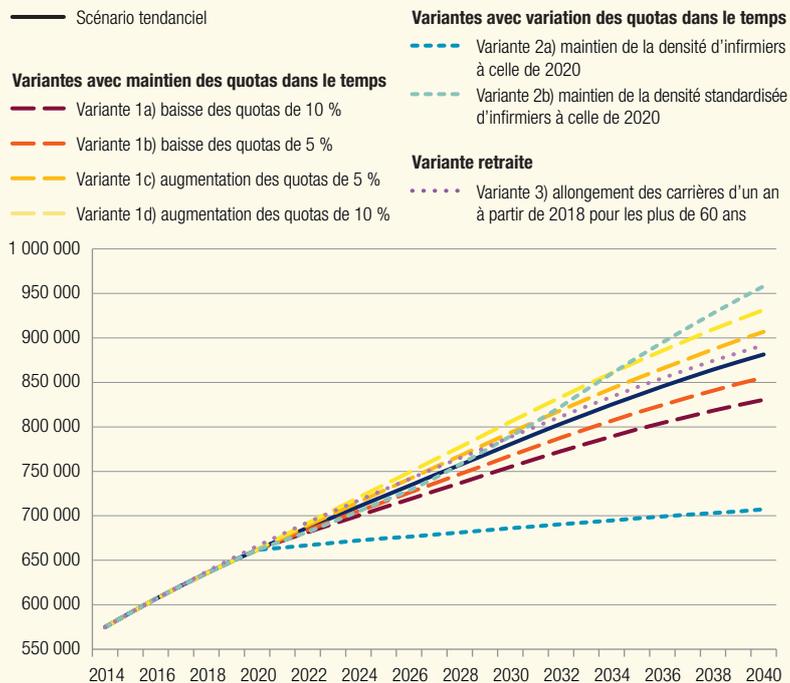
**Note** • La densité standardisée est le rapport entre le nombre de professionnels de santé et le besoin de soins estimé par une population dite standardisée. Cette dernière se calcule ainsi : le nombre de personnes de chaque tranche d'âge quinquennale est multiplié par un poids proportionnel à sa consommation de soins infirmiers. Ainsi, cette méthode corrige la densité des différences de niveaux de recours selon l'âge, et permet d'intégrer la hausse du besoin de soins que génère le vieillissement.

**Lecture** • Selon le scénario tendanciel, les effectifs d'infirmiers augmenteraient continuellement pour atteindre 881 000 en 2040. La densité passerait de 872 en 2014 à 1217 en 2040.

**Champ** • Ensemble des infirmiers actifs âgés de 18 à 67 ans, France entière (hors Mayotte).

**Sources** • Recensement de la population ; projections DREES et projections de population Insee (scénario central) 2013-2070.

## GRAPHIQUE 2 Effectifs des infirmiers en activité selon le scénario tendanciel et les différentes variantes



**Lecture** • Selon le scénario tendanciel, les effectifs d'infirmiers augmenteraient pour atteindre 881 000 en 2040.

**Champ** • Ensemble des infirmiers actifs âgés de 18 à 67 ans, France entière (hors Mayotte).

**Sources** • Recensement de la population ; projections DREES.

effectifs supérieurs de 3 % à ceux du scénario tendanciel (*graphique 2*).

Les quotas sont donc un levier puissant et qui, du fait de la durée des études (trois ans), influent à court terme. De ce fait, ils pourraient être utilisés pour stabiliser le rapport entre l'offre de soins et la demande. Ainsi, si l'on souhaitait maintenir la densité d'infirmiers (autour de 976 pour 100 000 habitants, correspondant à celle de 2020 compte tenu des quotas fixés en 2017), il serait nécessaire de baisser très fortement les quotas dès 2018. Le nombre de places disponibles, actuellement fixé à 30 917, devrait en effet baisser de 40 % en 2018 pour s'établir à 18 450 places (variante 2a). Il pourrait ensuite se stabiliser autour de 20 000 places jusqu'en 2030, avant d'augmenter de 2 % par an jusqu'en 2037 et se stabiliser de nouveau autour de 23 200 places jusqu'à la fin de la période de projection (*graphique 3*).

Une baisse des quotas de 5 % par rapport à son niveau actuel entraînerait d'ici à 2040 une baisse de la densité standardisée d'infirmiers (de 7 % [variante 1b]). Ainsi, pour maintenir la densité standardisée d'infirmiers à son niveau de 2020 (autour de 904 pour 100 000 habitants) (variante 2b), en supposant que la consommation de soins infirmiers restera identique à son niveau actuel, les quotas devraient diminuer de 4 % par an en moyenne entre 2017 et 2019 pour atteindre 28 500 places. Ils devraient ensuite se stabiliser autour de 30 500 places entre 2020 et 2023, soit un niveau proche du niveau de 2017, puis augmenter de 3 % par an en moyenne, entre 2023 et 2030 pour se stabiliser de nouveau autour de 39 000 places jusqu'à la fin de la période de projection (*graphique 3*).

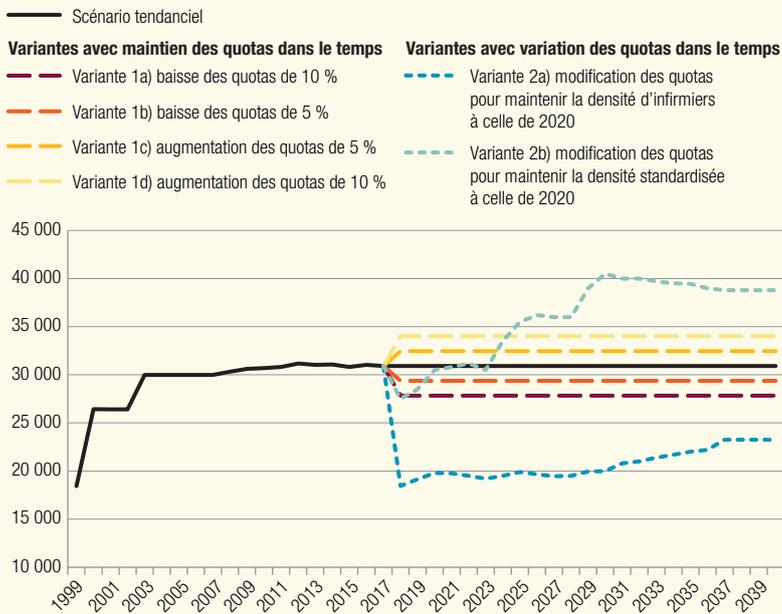
### Des cessations d'activité plus nombreuses

Le nombre d'infirmiers qui cessent leur activité (définitivement ou non) devrait augmenter de 5 % par an en moyenne entre 2015 et 2022 pour se stabiliser autour de 13 500 sorties par an, puis remonterait à partir de 2033 pour atteindre 17 000 sorties en 2040 (*graphique 4*). La hausse du nombre de cessations entre 2015 et 2022 s'explique notamment par une modification de l'échelonnement des départs, elle-même liée à la réforme

(30 917 places) conduirait en 2040 à des effectifs inférieurs de 3 % à ceux du scénario tendanciel (26 000 infirmiers en moins). Une baisse des quotas plus marquée, de 10 % (variante 1a) par rap-

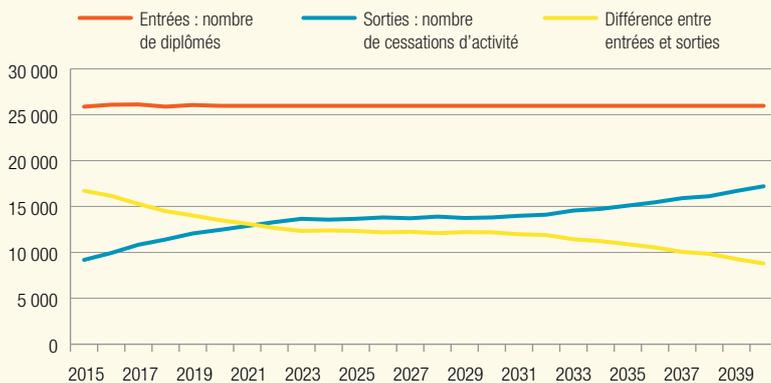
port à son niveau de 2017, conduirait à des effectifs inférieurs de 6 % en 2040 (51 000 infirmiers en moins). À l'inverse, une augmentation des quotas de 5 % à partir de 2018 aboutirait en 2040 à des

### GRAPHIQUE 3 Évolution des quotas selon le scénario tendanciel et les différentes variantes



**Lecture** • Selon le scénario tendanciel, les quotas seraient de 30 917 places à partir de 2018, contre 29 371 dans la variante 1 qui prévoit une baisse de 5 % du nombre de places disponibles dès 2018.  
**Champ** • Ensemble des infirmiers actifs âgés de 18 à 67 ans, France entière (hors Mayotte).  
**Sources** • Recensement de la population ; projections DREES.

### GRAPHIQUE 4 Évolution des entrées et des sorties de 2015 à 2040



**Lecture** • Selon le scénario tendanciel, les cessations d'activité augmenteraient entre 2015 et 2023 pour se stabiliser autour de 13 800 sorties.  
**Champ** • Ensemble des infirmiers actifs âgés de 18 à 67 ans, France entière (hors Mayotte).  
**Sources** • Recensement de la population ; projections DREES.

des retraites de 2010 et à l'allongement des carrières lié au changement de catégorie hiérarchique des infirmiers hospitaliers du public, également mis en œuvre en 2010<sup>3</sup>. À partir de 2033, la hausse du nombre de sorties s'explique par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations admises en études d'infirmier dans les

années 2000, dans une période de forte augmentation des quotas. En supposant que l'allongement des carrières se poursuive et que les cessations d'activité soient décalées d'un an (variante 3), les effectifs projetés seraient supérieurs de 1 % à ceux du scénario tendanciel, et ce dès 2020 (graphique 2).

L'ampleur de l'allongement des carrières sur la démographie des infirmiers dépend des effectifs dans les tranches d'âges concernées.

Parallèlement, selon le scénario tendanciel, le nombre d'entrées devrait rester stable dans l'hypothèse d'un prolongement des quotas actuellement en vigueur (graphique 4). Ces entrées permettraient de compenser les cessations au cours de la période de projection. Cependant, la différence entre les entrées et les sorties serait divisée par deux entre 2015 et 2040 du fait du doublement du nombre de cessations d'activité.

### Viellissement de la profession et développement de l'exercice libéral

Dans le scénario tendanciel, l'âge moyen des infirmiers, de 40,6 ans en 2014, augmenterait à 42,7 ans en 2040, en raison de l'arrivée des générations issues de quotas élevés à partir des années 2000 et des départs des générations diplômées avant 2003, soumises à des quotas plus faibles. La part des 55 ans ou plus augmenterait : elle passerait de 14 % en 2014 à 18 % en 2040. À l'inverse, la part des moins de 30 ans baisserait (21 % en 2014 à 15 % en 2040).

Dans le scénario tendanciel, les infirmiers continueraient d'exercer massivement à l'hôpital public : la proportion resterait stable, autour de 44 %. Les infirmiers en établissement pour personnes âgées représenteraient 6 % des effectifs, une proportion égale à celle de 2014. La part des infirmiers salariés n'exerçant ni à l'hôpital ni dans un établissement pour personnes âgées, mais par exemple en centres de santé, en établissements pour personnes handicapées, en entreprises, diminuerait au profit de l'exercice libéral : elle passerait de 23 % en 2014 à 12 % en 2040. Dans le même temps, la part des libéraux progresserait de 14 % à 23 %. Notons néanmoins que le modèle n'impose pas de contrainte sur le nombre total de postes salariés offerts.

### Une répartition inégale sur le territoire

En 2014, les infirmiers sont inégalement répartis sur le territoire. Les régions du Sud, notamment les anciennes régions

•••  
 3. Le décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière précise qu'à partir de 2012, tous les infirmiers diplômés appartiendront à la catégorie A et, de ce fait, ne pourront liquider leur retraite avant 60 ans (contre 55 ans avant la réforme). Les infirmiers déjà en activité en 2010 ont eu le choix : rester en catégorie B ou intégrer la catégorie A.

Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, mais aussi la Bretagne et l'Auvergne, ont des densités supérieures de 10 % à 20 % à la moyenne nationale. L'ancienne région Limousin a une densité supérieure de 20 % à la moyenne nationale. La Corse se situe également au-dessus de la moyenne : sa densité est de 1 062 infirmiers pour 100 000 habitants en 2014 alors que la densité nationale est de 872. Les écarts entre régions devraient rester identiques, selon les hypothèses du scénario tendanciel et de comportements d'installation constants au cours de la période de projection. En 2014, les 10 % des régions les mieux dotées ont une densité en infirmiers 1,3 fois supérieure à celle des 10 % des régions les moins dotées. Ce rapport serait toujours de 1,3 en 2040. La densité d'infirmiers augmen-

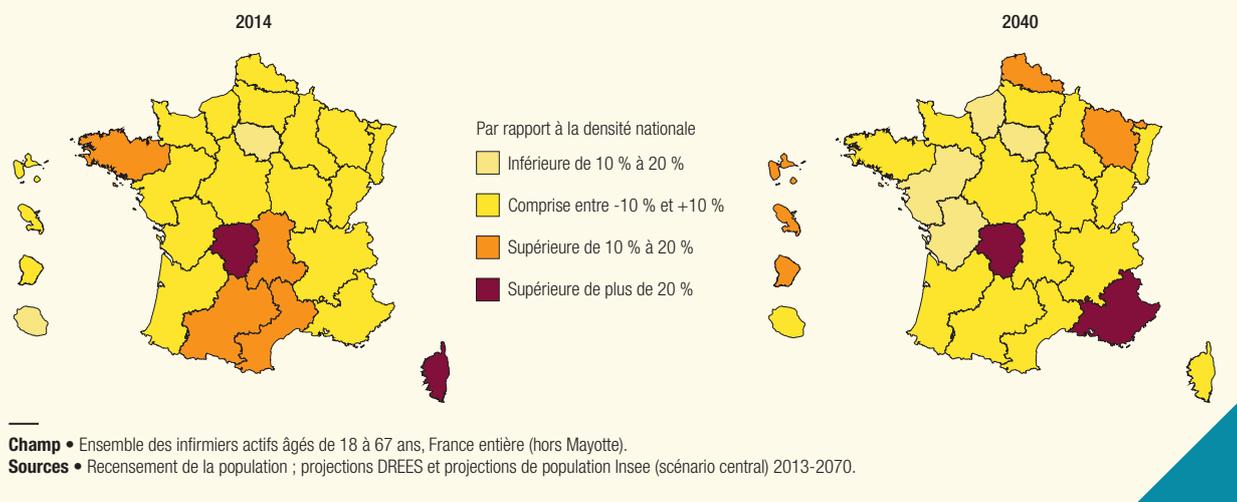
terait dans l'ensemble des régions mais à des rythmes variables. Les départements et régions d'outre-mer (La Réunion, Guyane, Martinique et Guadeloupe) ainsi que les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Champagne-Ardenne et Nord-Pas-de-Calais connaîtraient les plus fortes croissances entre 2014 et 2040 (supérieure de 20 % à la croissance nationale). À l'inverse les évolutions des densités d'infirmiers en Bretagne et en Corse seraient les plus modérées, leur croissance étant inférieure de 20 % à la croissance nationale (carte 1).

Les disparités de densité seraient modifiées par rapport à la situation de 2014. Les régions Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Corse et Bretagne retrouveraient des densités proches de la moyenne nationale, en raison de la forte

augmentation de la population dans ces régions (de 17 % dans chacune de ces régions, contre 9 % au niveau national). À l'inverse, en 2040, le nombre d'infirmiers augmenterait en Provence-Alpes-Côte d'Azur de 71 % (contre 53 % au niveau national) soit une hausse plus forte que celle de la population. Ainsi, la région atteindrait une densité supérieure de 20 % à la moyenne nationale (1 510 infirmiers pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale serait de 1 223). De la même manière, les régions Nord-Pas-de-Calais et Lorraine atteindraient des densités supérieures de 10 % à 20 % à la moyenne nationale. À l'inverse, les densités des régions Ile-de-France, Haute-Normandie, Poitou-Charentes et Pays de la Loire seraient de 10 % à 20 % inférieures à la moyenne nationale. ■

CARTE 1

Densité régionale des infirmiers en 2014 et en 2040, selon le scénario tendanciel



POUR EN SAVOIR PLUS

• Barlet, M. et Cavillon, M. (2011, mai). La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections au niveau national et régional, DREES, *Études et résultats*, 760.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

[drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur

[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution

[drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction : Fabienne Brifault

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384