

# PROSPECTIVE DES MÉTIERS DE LA SANTÉ

---

JOURNÉE D'ÉTUDE DU 18 NOVEMBRE 2004

**Avec la participation  
des groupes de projet  
*Caducée, Geste, Poles, Prométhée***

**n° 3 – Mai 2005**

Depuis plusieurs années, les observateurs les plus innocents protestent contre l'incapacité du pouvoir politique à élaborer des prévisions sérieuses sur les métiers de santé. On semble passer d'un sureffectif des médecins corrigé par un terrible *numerus clausus* qui s'impose comme dans aucune autre discipline universitaire à la crainte de la pénurie dans certaines spécialités. On contrôle le recrutement des infirmières pour déplorer ensuite leur trop faible nombre et recourir à des compétences immigrées. Il ne s'agit pourtant que de prévision et pas encore de prospective.

En cohérence avec les indications du Premier ministre, le Plan a fait de la santé une priorité pour la prospective de l'État stratège. Par nature, la santé relève de l'intérêt général. Par histoire, l'État s'est depuis longtemps impliqué dans un domaine où les inégalités sont immédiatement insupportables. Sans assumer la curieuse revendication d'un droit à la santé qui n'a aucun sens, l'État garde la responsabilité d'un droit aux soins, consubstantiel à la moindre des exigences démocratiques.

Mais les erreurs du passé doivent davantage être digérées que condamnées. Dans le présent les intérêts corporatistes – tout ce qui est rare est cher et donc mieux rémunéré – peuvent contribuer à l'aveuglement des pouvoirs publics ; il est donc indispensable d'organiser une prospective de la santé, dans toutes ses dimensions. L'exercice est difficile : les administrations de la santé regorgent de diagnostics critiques, croulent sous les analyses, s'exténuent dans la confrontation des responsabilités négatives.

Il faut donc changer de méthode et exhausser les discours critiques. Nous n'y parviendrons qu'en multipliant et diversifiant les approches et les perspectives. Aussi ne suffit-il plus de

simplement prévoir les effectifs à cinq, dix ou vingt ans. Nous devons élaborer une véritable prospective des métiers de la santé. Le Plan est fait pour ça. Grâce à l'expérience de l'équipe qui travaille depuis plusieurs années sur la *Prospective des métiers et des qualifications* (PMQ), le croisement avec nos groupes de projet sur la santé sera fertile. J'aime le nom de *Prométhée* choisi par ce groupe qui investit dans les métiers de demain. *Épiméthée* pensait que l'intelligence avait été distribuée par le caprice des dieux. *Prométhée* veut, lui, agir pour l'humanité tout entière, quitte à subir les critiques acérées d'un aigle vengeur.

Nous devons en effet prendre des risques et aborder des questions que les intérêts immédiats ont tendance à obérer. Le travail n'est pas encore achevé mais cette journée de réflexion qui subsume les besoins des personnes prêtes à s'engager dans les professions de santé et l'intérêt général exprimé par l'essence même de la médecine, constitue une première manifestation de cette volonté : l'État doit non seulement prévoir, mais organiser les transformations des métiers. L'État ne peut se contenter de réglementer et de certifier : il doit, en stratège, préparer ses troupes à la guerre contre la maladie et la souffrance.

Cette journée n'est qu'une étape. *Les Cahiers du Plan* sont là pour animer le débat public. D'un colloque, on évoque toujours les actes quand ce ne sont que des dialogues. Je souhaite que cette publication soit performative, qu'elle induise débats et contributions et que les actes soient plus conséquences que publications. Nous devons aller plus loin, au plus près de l'action. Toutes les suggestions seront bienvenues, d'où qu'elles viennent.

**Alain Etchegoyen**



# SOMMAIRE

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>PRÉFACE</b>  | <b>9</b>  |
| <b>PREMIÈRE PARTIE</b>  |           |
| <b>Introduction et contributions de la matinée</b>  | <b>13</b> |
| <b>Introduction</b><br><i>de Claude Seibel</i>  | <b>13</b> |
| <b>Approches méthodologiques croisées</b>   | <b>14</b> |
| 1. La démarche de prospective des métiers<br><i>de Christine Afriat (Commissariat général du Plan)</i>  | 14        |
| 2. La prospective en matière de santé<br><i>de Stéphane Le Bouler (Commissariat général du Plan)</i>  | 18        |
| <b>Observer la démographie médicale et paramédicale</b>   | <b>20</b> |
| 1. Les acquis récents en matière d'analyse<br>de la démographie médicale et paramédicale<br><i>de Pascal Breuil (DREES) – Ministère de la Santé</i> | 20        |
| 2. Les ressources humaines dans le cadre<br>du projet de l'OCDE sur la santé<br><i>de Peter Scherer (OCDE)</i>                                      | 23        |
| 3. Éléments de débat sur l'observation<br>de la démographie médicale et paramédicale  | 25        |
| <b>Appréhender les besoins</b>  | <b>27</b> |
| 1. La prise en charge du grand âge<br><i>de René Eskl (Cabinet Geste)</i>   | 27        |
| 2. Les métiers de la coordination des soins<br><i>de Marie-Ange Coudray (DHOS) - Ministère de la Santé</i>  | 30        |
| 3. Éléments de débat sur l'appréhension des besoins   | 32        |

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **Introduction et contributions de l'après-midi** 13

#### **Introduction**

*de Catherine Gay* 33

#### **Adaptation ou innovation : l'évolution des métiers** 33

1. La démographie en ophtalmologie 2000-2020 : résultats saillants  
*de Gérard de Pouvourville (CREGAS)* 33

2. Les travaux de l'Observatoire national des emplois  
et des métiers de la Fonction publique hospitalière  
*de Claudine Mesclon (DHOS) – Ministère de la Santé* 37

3. Éléments de débat sur les modalités d'évolution des métiers 41

#### **Les métiers du médicament :**

#### **quelle prospective dans un secteur en mutation ?** 43

1. L'expérience de l'Observatoire du LEEM  
*d'Emmanuelle Garassino (LEEM)* 43

2. L'équipe des entretiens pharmaceutiques 49

## **CONCLUSION**

### **DE LA JOURNÉE**

*de Daniel Lenoir (FNMF)* 51

La santé publique et l'emploi figurent parmi les priorités du programme de travail du Commissariat général du Plan. Plusieurs groupes de projet sont à l'œuvre sur ces thèmes.

La prospective des métiers de la santé se trouve à l'intersection de cet ensemble d'initiatives comme thématiques d'intérêt de premier ordre pour les travaux sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (*Geste*), l'innovation en santé (*Caducée*), l'innovation territoriale du système de santé (*Poles*) et comme domaine d'application privilégié de la méthodologie prospective définie sur les métiers et les qualifications (*Prométhée*).

**Cette journée d'étude avait pour objectif d'éclairer les facteurs primordiaux d'évolution et de contenu des métiers dans le domaine de la santé.** Il s'agissait de répondre à un certain nombre d'interrogations. Comment sortir d'une logique de corps et penser les métiers de la santé à l'horizon de vingt ans ? Comment faire leur place aux besoins émergents ou non couverts ? Comment appréhender les rôles respectifs de l'État et des autres acteurs, porteurs de dynamiques nouvelles ?

Face à une vision statique qui reconnaît la pénurie comme donnée de base et justifie tout aussi bien le déversement de nouveaux moyens que le rationnement, l'approche prospective des facteurs d'évolution des métiers de la santé et des relations entre les acteurs doit permettre de déplacer les lignes en se dégageant des questions intraitables (quelle densité optimale sur un territoire ?) et des blocages corporatistes (la sécurité comme justification à l'intangibilité des contours des métiers) afin de mieux identifier les

besoins et de donner sens aux réponses à y apporter.



Des progrès majeurs ont été réalisés depuis quelques années en matière de démographie des professions de santé, notamment sous l'égide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé. L'Observatoire national de la démographie des professions de la santé offre désormais un cadre permanent à cet effort d'analyse – de la démographie médicale et paramédicale – qui s'appuie sur des statistiques solides afin de déconstruire une certaine vision ou représentation du système de santé.

Dans le cadre des professions réglementées, les projections portent essentiellement sur les hypothèses relatives au *numerus clausus* et non sur les comportements qui sont supposés rester identiques dans le futur. L'évolution du *numerus clausus* peut ainsi compenser les départs à la retraite des médecins mais avec un effet de décalage compte tenu de la durée des études médicales.

Les comparaisons internationales réalisées à l'initiative de l'OCDE contribuent également à la description-déconstruction de la réalité. Ainsi, elles mettent en évidence que la France a une densité de médecins parmi la plus élevée d'Europe, aussi bien en nombre de généralistes que de spécialistes.

Les évolutions qui affectent les professions médicales et paramédicales ne se résument pas aux effets, différés, de la manipulation des outils à disposition des pouvoirs publics (*numerus clausus*, parts respectives des généralistes et des spécialistes à l'examen

national classant...). S'il est important de bien mesurer l'impact de ces mesures, pour anticiper les conséquences des décisions publiques et juger *ex post* les politiques menées, il faut bien considérer qu'à travers la réflexion sur les effectifs, c'est l'organisation même du système qui est en cause.

Le temps de travail à l'instant "t" et tout au long de la carrière, les aspirations des professionnels, le développement des formations afin de compenser les départs à la retraite, la productivité, la qualité des soins, le recours possible à l'immigration (solution particulièrement développée dans certains pays, anglo-saxons notamment), l'encadrement réglementaire des professions sont autant de paramètres indispensables pour fonder le jugement et apprécier les déséquilibres potentiels entre l'offre et la demande, au niveau territorial notamment, et envisager des solutions innovantes par une évaluation des actions *a posteriori* et l'anticipation des situations à venir. À ce titre, la délégation des tâches au sein des professions médicales ou entre ces professions et les personnels paramédicaux serait une piste à ouvrir.

Avec l'allongement de la vie, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans s'élève chaque année. Les projections du nombre des personnes âgées dépendantes montrent une augmentation ces prochaines années. D'ici 2020, leur nombre devrait être compris entre 850 000 et 1 100 000. Face à cette augmentation prévue de la dépendance, les professionnels interviennent dans un cadre marqué par l'éclatement : structures d'aides à domicile, maisons de retraite, services de soins infirmiers à domicile, unités de soins de longue durée en hôpital, etc.

**L'enjeu aujourd'hui semble être celui de pouvoir définir le périmètre d'in-**

**tervention entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.** Il s'agit de définir une organisation permettant de mettre en adéquation les besoins des utilisateurs de services et les institutions offrant des prestations et de mieux déterminer les emplois rendus nécessaires par le développement de la demande d'aide et de soins.

La séparation entre le sanitaire et le social se traduit par un morcellement de la prise en charge. Or l'intervention nécessite d'envisager le soin au-delà de l'acte médical. Il est vital de repenser les modalités d'intervention afin de mieux appréhender l'évolution des métiers.

Plusieurs pistes sont envisageables comme la coopération (mise en commun des compétences et des savoirs), la coordination (en mutualisant les moyens tout en instituant des priorités dans les organisations...) ou encore la coproduction (élaboration de propositions de solutions innovantes). La voie qui semble privilégiée est celle de la coordination afin de rendre les organisations plus efficaces dans la réponse aux besoins des usagers.

Ce mode nécessite de développer des formations communes aux différentes professions paramédicales comme des actions dans le cadre réglementaire afin d'assouplir les règles en vigueur et de rendre par conséquent la coordination opérationnelle.

Il y a loin de l'expertise aux actes politiques marquants et réellement innovants en matière de gestion des contours professionnels. Sur un tel sujet, on perçoit très bien les coalitions d'intérêts corporatistes mais nettement moins distinctement quels pourraient être les soutiens.

Dans le registre de l'analyse, le rapport "*La démographie en ophtalmologie*

2000-2020", présenté en septembre 2003 au Conseil scientifique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) par Gérard de Pourville illustre parfaitement l'apport d'une innovation potentielle (en l'occurrence la participation des professions non médicales à certaines activités de prescription et de dépistage) construite comme ouverture de solutions. Le grand mérite de ce travail est de fournir un mode d'exploration ordonné des possibles, de façon pragmatique, en s'appuyant sur les pratiques éprouvées à l'étranger, replacées dans leur contexte d'émergence (répondre au problème d'accessibilité, à la pénurie avérée de certaines catégories de professionnels) et dans une logique de système. L'organisation du dépistage du glaucome ou de la rétinopathie diabétique assurée par les optométristes et la prescription par ces derniers dans certains cas dévoilent ainsi les conditions d'utilisation de ressources rares et coûteuses : si l'on considère qu'il y a un intérêt de santé publique à mettre en place un dépistage organisé, alors la solution passe par la mobilisation d'autres professionnels que les médecins spécialistes.

Par la typologie qui est faite des ophtalmologistes, en fonction de leur activité, par l'observation territorialisée des besoins, il est pointé un certain nombre d'orientations qui font douter des solutions qui contreviendraient à ces principes. Les débats de la journée d'étude se sont ainsi faits spontanément

plus offensifs sur la question de la stratégie adoptée en France pour mettre en place les délégations des actes à coup d'expérimentations. Cette typologie met également en évidence une solution *a priori* au problème de pénurie : l'augmentation du temps de travail des ophtalmologistes. Restent à déterminer les incitations économiques susceptibles de générer cette augmentation de la productivité.

L'exemple du secteur industriel du médicament a enfin permis de mesurer l'importance d'une analyse englobante pour une prospective de branche. Au-delà de l'identification des métiers en émergence, en développement ou en déclin, la prospective des métiers du médicament doit prendre en compte simultanément la position industrielle française dans le contexte européen et global, les choix de localisation des firmes, l'économie industrielle du secteur et notamment les pratiques d'externalisation à tous les stades (recherche, essais cliniques, commercialisation, production) ou encore la logique de spécialisation des sites.

Il en va des produits comme des métiers, l'invention n'est rien quand elle ne rencontre pas ses usages sociaux. L'un des apports de la prospective des métiers, dans le champ de la santé en particulier, est sans doute de déployer les relations de système pour renforcer les capacités d'anticipation et maximiser l'utilité sociale des ressources.





## PREMIÈRE PARTIE

### Introduction et contributions de la matinée

#### Introduction de Claude Seibel

Monsieur Claude Seibel est heureux d'accueillir les participants à cette journée d'études. Il remercie les organisateurs du Commissariat général du Plan de l'avoir invité. En sa qualité de président du groupe de *Prospective des métiers et des qualifications*, il précise qu'à la demande du Premier ministre, les travaux de ce groupe mis en place en 2002-2003 ont été relancés.

Dans la lettre de mission du Premier ministre au Commissaire au Plan d'octobre 2003, apparaissent deux domaines qui justifient la tenue de cette journée : les politiques de santé, envisagées du point de vue de l'État sous un angle prospectif, et l'emploi, les métiers, le travail.

À la conjonction de ces thèmes, plusieurs groupes de projets ont voulu organiser ensemble une journée d'étude :

- *Caducée*, sur l'innovation en santé ;
- *Geste*, sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes ;
- *Poles*, sur l'organisation territoriale du système de santé ;
- *Prométhée*, sur la prospective des métiers et des qualifications.

Cette journée d'étude se propose d'éclairer les facteurs primordiaux d'évolution et le contenu des métiers dans le domaine de la santé : comment faire leur place aux besoins émergents ou non couverts ? comment appréhender les rôles respectifs de l'État et des autres acteurs, porteurs de dynamiques nouvelles ?

Dès lors, il s'agira de se dégager des nombreuses idées reçues sur les

métiers de la santé. Pour les dix ou quinze ans à venir, le rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé annonce une pénurie. Elle est déjà ressentie pour certaines professions, avec des tensions dans certains territoires.

Cette logique ne sera aujourd'hui pas mise en avant. Il est au contraire nécessaire de chercher à mieux cerner les nouveaux besoins et les réponses à leur apporter, à identifier le rôle des différents acteurs pour traiter ces évolutions. Les interventions de la journée apporteront des éclairages sur ces thèmes.

Les travaux de cette journée s'insèrent dans la réflexion sur la prospective du rôle de l'État. Faut-il une clef pour décrire l'ensemble des actions des pouvoirs publics et de leurs partenaires territoriaux ? La donnée clef, en la matière, c'est l'organisation optimale de la réponse à la demande de soins.

Si l'on revient sur le thème des facteurs d'évolution des métiers, les métiers de la santé constituent un cas d'école : ils regroupent, en effet, tous les facteurs d'évolution mis en avant par le groupe *Prométhée*. Il s'agit à la fois de facteurs exogènes, sur lesquels il est difficile pour les pouvoirs publics d'agir, et de facteurs endogènes, pour lesquels l'action et la réflexion peuvent être des éléments qui améliorent la prise en compte de nouveaux besoins. Dans cette classification, rapide et caricaturale, certains thèmes se trouvent à la frontière de ce à quoi on ne peut répondre et de ce qu'il est possible d'infléchir.

Il s'agira aujourd'hui de cibler certains facteurs, en particulier le plus massif d'entre eux, à la fois facteur d'évolution exogène et endogène, la démographie médicale. Elle est, en effet,

influencée par des facteurs démographiques – le vieillissement – mais aussi par les politiques de l'État – le *numerus clausus*, par exemple. Ces facteurs sont à replacer dans une évolution générale de la démographie, c'est-à-dire le vieillissement de la population générale et de la population active. Il faudra donc envisager aussi bien les perspectives de départ à la retraite que la régulation des métiers à l'entrée.

## Approches méthodologiques croisées

### 1. La démarche de prospective des métiers de Christine Afriat (Commissariat général du Plan)

Les phénomènes qui agissent sur les emplois et les métiers sont de plus en plus complexes et interdépendants : c'est donc une vision globale et systémique qui s'impose généralement. Dans un monde caractérisé par la montée des incertitudes et par le risque de ruptures de tendances, non seulement à long terme mais aussi à moyen et court terme, l'effort de prospective, c'est à dire de mise en lumière des scénarios les plus probables, est plus que jamais indispensable pour éclairer l'action. Le terme de "rupture", très souvent évoqué dans les démarches prospectives, renvoie à des évolutions, finalement, assez rares : ouverture de l'Europe, arrivée de l'informatique, forte restructuration d'un secteur... Ces évolutions peuvent également induire des ruptures en termes de compétences requises : le transfert d'activités peut entraîner la disparition d'un métier ou encore une forte évolution des compétences ou du niveau de qualification requis pour telle ou telle activité.

La démarche prospective intègre les multiples temporalités et leurs liens historiques. Dans tout système coexistent, en effet, des variables qui ont une incidence sur le temps long (celles afférentes aux évolutions démographiques, à la mondialisation, aux évolutions comportementales) avec d'autres dont les variations interviennent sur des échelles de temps de plus en plus courtes (diffusion du progrès technique, modification des attentes des clients...). C'est de la confrontation des différents acteurs en présence, de leur apprentissage au changement et de leurs projets que naîtra tel ou tel futur. La construction de l'avenir s'explique plus par le jeu des rapports de force et de collaborations que par le jeu des déterminismes. L'avenir ne doit donc pas être envisagé comme une ligne unique et prédéterminée dans le prolongement du passé.

#### 1.1. Les finalités de la prospective des métiers

Dans un contexte de mutation du marché du travail et de l'environnement économique, la prospective des métiers vise à mieux appréhender les évolutions de l'emploi et des métiers, à éclairer les parcours professionnels possibles des individus alors que la flexibilité cherche à s'imposer et, enfin, à anticiper les besoins de renouvellement de la main-d'œuvre. Ce devenir est au centre des préoccupations des différents acteurs de la vie économique. Cette question se pose non seulement au niveau collectif – État, région, branche, entreprises – et au niveau individuel – formation initiale, formation continue, mobilités professionnelles – mais aussi au niveau plus global de la mondialisation.

La construction des futurs possibles repose sur la recherche de faits émergents permettant de dessiner des scé-

narios en termes de compétences, d'activités, de formation... La capacité à détecter les signaux – même et surtout faibles – des changements à venir et d'en mesurer l'impact sur les salariés des entreprises ou des secteurs concernés, sur les typologies d'emplois et donc de métiers, constituent le fondement de ce type d'analyse. La prospective des métiers ne peut donc pas se limiter aux approches traditionnelles de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Elle s'appuie sur une vision globale et systémique. Six facteurs d'évolution, dont l'interdépendance et la possibilité d'advenir doivent être évaluées, peuvent être distingués :

– *facteurs économiques* : mondialisation, intensification de la concurrence, rationalisation des processus de production et acquisition des compétences ;

– *facteurs démographiques* : sorties massives d'actifs (choc démographique des départs à la retraite) et exacerbation des concurrences au recrutement ;

– *facteurs réglementaires* : évolution des textes qui encadrent l'activité des entreprises, globalisation des procédures et des réglementations qui conditionnent les productions (notamment dans le contexte communautaire) ;

– *facteurs culturels et sociaux* : évolution de la place des femmes dans la société, déplacement des âges et des relations entre les générations qui imposent de repenser l'approche ternaire des temps (temps de la formation, temps du travail, temps du repos bien mérité), élévation du niveau scolaire, transformation des relations au travail ou encore recherche d'un nouvel équilibre temps personnel/temps social/temps de travail ;

– *facteurs technologiques* : émergence de nouveaux métiers ou de nouvelles façons de concevoir les métiers traditionnels, liée au développement des technologies de l'information et de la communication, et impact des technologies du vivant, les biotechnologies notamment ou celui des nanotechnologies ;

– *facteurs organisationnels* : hybridation de mécanismes de division et de coordination du travail, jusqu'à présent considérés comme incompatibles tels que centralisation-décentralisation, formalisation-relations interpersonnelles, standardisation-flexibilité, business units-logique de process, hiérarchies-réseaux.

## 1.2. Les différentes étapes de la prospective

Le schéma ci-après est une proposition destinée à organiser la réflexion et la méthodologie. Tout en décrivant un processus, ce schéma ne se veut pas normatif : la démarche proposée s'inscrit dans le temps, il n'est pas indispensable de franchir toutes les étapes décrites ou de les suivre dans l'ordre de présentation de la grille. C'est une approche complexe qui articule réflexions, négociations, investigations tout au long d'un processus plus ou moins long. Cette présentation permet de constituer des repères simples, d'identifier des moments clés.

- **La connaissance de l'existant**, qu'il s'agisse des caractéristiques du secteur, des entreprises, des métiers ou des salariés, constitue le support indispensable à toute démarche prospective. C'est un travail qui s'inscrit dans le temps et qui doit régulièrement être renouvelé.

- **Nature du questionnement** : point de départ de la démarche prospective, il s'agit des questions et des problématiques à l'origine de la démarche

prospective des métiers. Ces questions se posent souvent d'emblée. Il s'agit ensuite d'entreprendre une démarche complète d'analyse des facteurs d'évolution, puis d'identifier des enjeux stratégiques et d'élaborer un diagnostic partagé. C'est une démarche systématique d'aller-retour entre ces différents pôles qui permet aux différents acteurs de partager une vision globale.

- **Caractéristiques sociales et pratiques des ressources humaines**, à partir des informations supports sur les caractéristiques individuelles des salariés, des caractéristiques sociales peuvent être précisées. Quant aux pratiques de ressources humaines des entreprises, elles peuvent être décrites selon les axes suivants : organisation du travail, conditions de travail, politiques de rémunération, pratiques de recrutement, formation des salariés...

- **Segmentation des entreprises**, des activités, des métiers : identification des *familles professionnelles* (ou grands domaines d'activité) ou positionnement des *activités* des entreprises (leur métier) au sein d'un secteur d'activité. En fonction des enjeux, l'analyse peut porter sur une segmentation plus fine : analyse de l'impact sur une activité, un métier ou un groupe de métiers donnés. Il s'agit de trouver les axes pertinents de segmentation qui vont différencier les entreprises au regard de l'impact des facteurs d'évolution.

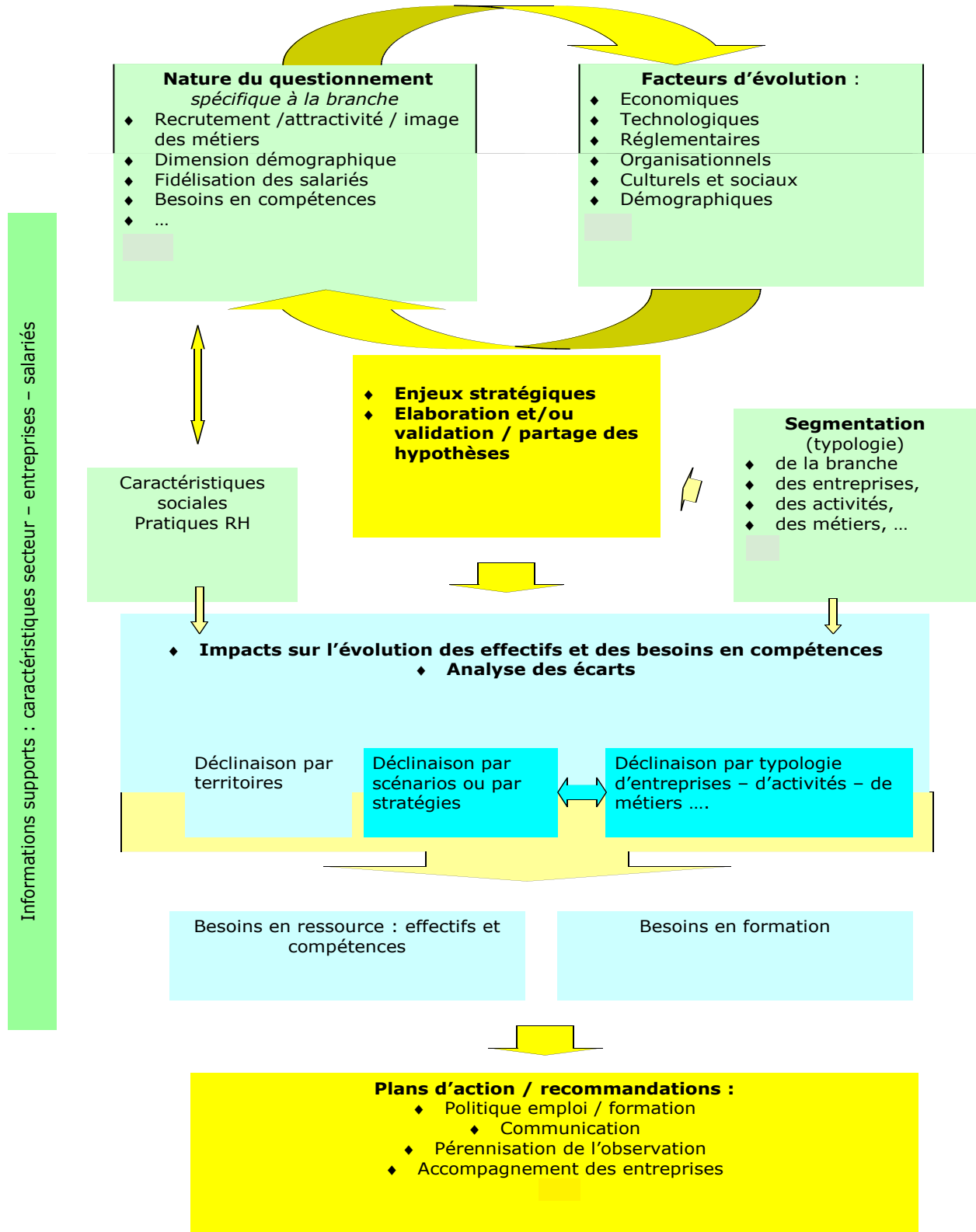
- **Enjeux stratégiques, partage des hypothèses** : il s'agit dans un premier temps de *partager et de valider* les informations apportées par les étapes précédentes, les diagnostics issus de l'analyse de ces informations. Cette étape de compréhension et d'appropriation d'un diagnostic peut permettre de définir des *enjeux stratégiques*

pour le secteur, pour les entreprises et pour les salariés et de définir des *objectifs* aux travaux de prospective. Ces objectifs peuvent porter, par exemple, sur la *résolution de problématiques* données, sur le ciblage des travaux de prospective sur *des domaines d'activités ou des métiers prioritaires*. À cette étape, il s'agit également de définir des modes de communication des travaux, en fonction des objectifs, et des besoins de pérennisation afin de permettre l'appropriation des résultats par les différents acteurs concernés.

- **Analyse des écarts et des besoins en ressources** : cette analyse permet de mettre à jour des besoins en renouvellement des salariés, des besoins en professionnalisation, des évolutions des compétences, des besoins en mobilité interne. La mise à jour d'évolutions importantes des profils comme la disparition de certains métiers peuvent induire également des besoins en reconversion. Les besoins en adaptation et développement des systèmes de formation et de certification en découlent.

- **Les plans d'action/recommandations** : ils sont élaborés à partir de cette analyse des écarts et des besoins. Les recommandations sur le plan de la politique emploi-formation portent tant sur la professionnalisation, la mobilité ou la reconversion des salariés que sur la formation initiale et la communication sur les métiers vis-à-vis des jeunes. Elles peuvent porter également sur les pratiques de ressources humaines. L'élaboration de recommandations pertinentes nécessite de croiser les besoins en termes de diplôme ou de certification avec les problématiques d'attractivité et de mobilité interne.

## Prospective des métiers – Groupe Prométhée



Informations supports : caractéristiques secteur – entreprises – salariés

## 2. La prospective en matière de santé de Stéphane Le Bouler (Commissariat général du Plan)

Quatre groupes de projet du Commissariat général du Plan conduisent aujourd'hui des travaux dans le cadre de l'axe santé :

- *Caducée*  
Prévention/innovations/gouvernance.
- *Geste*  
Prise en charge des personnes âgées dépendantes.
- *Jonas*  
Usages opérationnels du principe de précaution.
- *Poles*  
Territorialisation du système de santé.

À ces travaux, il faut ajouter une initiative transversale, lancée en septembre 2004 par les groupes *Caducée* et *Europe*, les "Entretiens pharmaceutiques", auditions de responsables de l'ensemble des acteurs du secteur pharmaceutique.

Ces différents projets, qui reposent sur des formules variées (séminaires, ateliers thématiques, groupe de travail classique), partagent un même objet :

- en termes de fondamentaux, la maîtrise des ressources statistiques, la compréhension des trajectoires industrielles et des usages sociaux ainsi que la construction des systèmes d'acteurs ;
- la diversification des références : comparaisons internationales et européennes, expériences d'acteurs, diversité des points de vue ;
- la délibération ouverte sur les possibles est enfin leur raison d'être.

### 2.1. Les pré-requis de la prospective en santé

*Les évolutions démographiques* : projections en population générale, projections sur le territoire, évolution de la morbidité et de la mortalité, évolution de l'activité, mouvements de population aux différentes échelles et en fonction du cycle de vie, comparaisons internationales.

*Les innovations* : biens de santé et équipements, pratiques, organisations, métiers, gouvernance. La notion de construction de la demande sociale est ici une clef de lecture essentielle, qui renvoie notamment à l'hypothèse d'un biais technologique.

*L'approche compréhensive des usages* : par exemple, rôle des aidants en matière de dépendance, articulation entre les professions, pratiques de consultation et prescription, histoire hospitalière et cartographie des recours, trajectoires de l'innovation (portage, emballement, stagnation...).

### 2.2. Contingences, contraintes et ruptures

Les réflexions prospectives se doivent d'intégrer les enseignements des différentes analyses comparatives dans la mesure où celles-ci dévoilent la contingence de la réalité française. On peut ainsi identifier des domaines clés où cet éclairage nourrira utilement l'analyse des possibles : les contours des métiers, les pratiques de prescription, le statut des hôpitaux, la prise en charge et le panier de soins, l'organisation de la gouvernance décentralisée ou encore l'élaboration des décisions publiques.

Le modèle de la démographie médicale est caractérisé par des contraintes

dont il faut tenir compte : le vieillissement conjoint (population générale et professionnels de santé), l'allocation territoriale des ressources et des besoins, l'évolution du temps de travail et la qualité de vie et, enfin, les contraintes réglementaires. Dans bien des cas, il est déjà trop tard pour apporter des solutions à périmètres constants, d'où l'importance de travailler sur les frontières des métiers. Dans ces conditions, on ne peut que souligner l'importance de l'observation et de la modélisation : typologie d'activité des soignants, typologie des besoins et construction des ajustements (cf. ophtalmologie).

### 2.3. Politique publique, décentralisation et intégration européenne

La définition des trajectoires pertinentes de l'action publique appelle la mobilisation de ressources cognitives (la mesure des coûts et des performances en présence d'asymétries d'information, les connaissances territoriales et la détermination des causalités), l'analyse de la construction de la demande sociale mais aussi une certaine lucidité sur les phénomènes de capture du régulateur.

Ces trajectoires et ces politiques publiques s'inscrivent dans un cadre territorial : la demande locale (les problèmes liés à la démographie médicale étant géographiquement référencés) et l'engagement des acteurs de terrain sont ainsi des paramètres essentiels, tant dans la conception que dans la mise en œuvre de ces politiques. Celle-ci passe, théoriquement, par trois étapes :

- l'expérimentation ;
- l'évaluation ;
- la stabilisation.

Si les expérimentations locales sont assez développées en France, on peut cependant regretter que leur évaluation et, plus encore, leur stabilisation législative ou réglementaire restent souvent très en deçà des objectifs initiaux.

Ces mécanismes territoriaux peuvent renvoyer à trois modèles de l'action décentralisée :

- *le modèle de la délégation* dans lequel l'État fixe des objectifs que le niveau intermédiaire doit atteindre, sans guère de marges discrétionnaires ;
- *le modèle interactif* qui repose sur la constitution de réseaux d'acteurs au niveau local et la négociation entre ces acteurs sur les objectifs et les moyens de les atteindre ;
- *le modèle de la délibération* qui fait une large place à l'expression de la démocratie locale.

L'intégration européenne, malgré une apparente stabilité (aux yeux des acteurs), génère elle aussi des dynamiques à prendre en compte. Parmi les éléments les plus prégnants, il est possible de citer certaines tendances sectorielles (par exemple, l'internationalisation des réseaux académiques, des firmes, des financements et des marchés dans le secteur pharmaceutique), les initiatives de la Commission et des décisions de jurisprudence, en particulier celles relatives à la qualification du service public ou, encore, la construction d'une demande à l'échelle européenne. Trois domaines semblent particulièrement sensibles :

- le médicament ;
- l'hôpital ;
- les ressources humaines.

Ces évolutions doivent toutefois être mises en balance avec les résistances



qu'elles suscitent dans les différents pays, entre défense du pré carré, politiques compétitives et édification de "modèles nationaux".

## Observer la démographie médicale et paramédicale

### 1. Les acquis récents en matière d'analyse de la démographie médicale et paramédicale de Pascale Breuil (DREES) – Ministère de la Santé

#### 1.1. Le modèle de projection de démographie médicale <sup>1</sup>

Notre système de santé peut conduire à des déséquilibres importants en termes de répartition des médecins par zone géographique, par spécialité, par statut... C'est pourquoi le modèle de projection démographique utilisé par la DREES a été conçu pour permettre d'établir des projections d'effectifs de médecins selon l'âge, le sexe, la spécialité, la région... Une projection démographique traditionnelle ("par composantes") permet de simuler l'évolution des effectifs d'étudiants en médecine, année après année jusqu'en 2025, et une méthode de micro-simulation permet ensuite de simuler les caractéristiques et les sorties d'activité des médecins. Le scénario de projection central est complété par des variantes qui envisagent d'autres évolutions possibles.

#### Les hypothèses générales

Dans les projections, les comportements des étudiants et des médecins

sont supposés rester dans le futur identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (redoublement, choix de spécialité, d'installation, cessation d'activité...). On ne prend donc pas en compte les conséquences de l'examen national classant (sur les choix géographiques, les taux de redoublement...), ni l'impact des modifications de densité médicale sur les comportements... C'est pourquoi l'exercice doit bien être vu comme un exercice de "projection" et non de prévision.

#### Principales hypothèses portant sur le nombre total de médecins

- Le *numerus clausus*, actuellement de 5 500, est porté à 7 000 dès 2006 puis maintenu à ce niveau durant toute la période de la simulation.
- Les projections ne prennent pas en compte les phénomènes d'immigration.
- Pour les médecins libéraux, le taux de cessation d'activité actuellement observé est corrigé pour la projection des effets MICA (Mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité, institué à la fin des années 1980 pour encourager les médecins, ayant atteint 60 ans, à s'arrêter de travailler) observés par le passé.

#### Principales hypothèses sur la répartition par spécialité

- Le nombre total de postes de spécialistes à l'examen national classant (ENC) est égal à 50 % du *numerus clausus* 5 ans avant.
- La répartition des places de spécialistes à l'ENC par région et spécialité est identique à celle de l'ENC en 2004.

---

(1) La présentation des projections de démographie médicale faite ici s'appuie sur les publications suivantes : Bessière S., Breuil-Genier P. et Darriné S. (2004) : "Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2005 - par région et spécialité", Observatoire national de la démographie des professions de santé, le rapport 2004, tome 2, ainsi que les Études et Résultats n° 352 : "La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national" et n° 353 : "La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections" des mêmes auteurs.

## 1.2. Les résultats obtenus au niveau national et régional

### • Les résultats nationaux

La France comptait 205 000 médecins en 2004. Cet effectif va augmenter légèrement en 2005 puis va diminuer pour atteindre 186 000 médecins en 2025. Au final, les effectifs diminueraient de 9 % entre 2002 et 2025. La densité médicale projetée, c'est-à-dire le nombre de médecins pour 100 000 habitants, diminuerait de 16 %, passant de 335 en 2002 à 283 en fin de période.

#### **Comment expliquer ces résultats ?**

Les flux d'entrées ne compenseront pas les flux de sorties d'activité. En effet :

– les promotions de diplômés qui vont s'installer dans les prochaines années correspondent à des *numerus clausus* de l'ordre de 4 000. Le relèvement du *numerus clausus* à partir de 2006 n'aura de conséquences effectives sur le nombre de médecins qu'à partir de 2015, ses effets étant décalés de 10 ans compte tenu de la durée des études médicales ;

– avec une pyramide des âges des médecins très large pour la tranche des 45-54 ans (correspondant à des médecins formés avant l'introduction du *numerus clausus* ou quand ce dernier était aux environs de 8 000), les sorties vont fortement augmenter dans les années à venir, puisque ces classes d'âge partiront à la retraite d'ici 2015. L'âge moyen des médecins augmenterait, passant de 47,5 ans en 2002 à 50,6 ans en 2015 pour redescendre à 47 ans en 2025.

#### **Les résultats par spécialité**

Les effectifs de généralistes diminueraient moins vite que ceux de spécialistes : - 3 % contre - 15 %. Le nombre

de généralistes passerait de 100 500 en 2002 à 97 100 en 2025. Quant au nombre de spécialistes, il reculerait fortement, passant de 104 600 en 2002 à 88 800 en 2025.

En effet, la pyramide des âges des spécialistes montre que ces derniers sont en moyenne plus âgés que les généralistes. Ils seront donc plus nombreux à prendre leur retraite dans les années à venir.

Selon les hypothèses retenues pour la projection, les spécialités les plus touchées par cette baisse seraient les ophtalmologistes (- 43 %), les ORL (- 31 %) et les psychiatres (- 36 %). Pour combler la baisse du nombre de psychiatres, il faudrait que la part actuelle de spécialistes en psychiatrie à l'examen soit de 20 %, elle est actuellement de 9 %. Inversement, les spécialités en augmentation seraient la gynécologie obstétrique (+ 2 %), la pédiatrie (+ 8 %), la neurologie (+ 16 %) et l'endocrinologie et métabolismes (+ 25 %).

### Les variantes nationales au scénario central

#### **– Variante 1 : le *numerus clausus* est porté à 8 000 dès 2006**

Cette augmentation permettrait à terme de stabiliser le nombre de médecins. Une augmentation de 1 000 du *numerus clausus* en 2006 permettrait d'augmenter de 10 000 le nombre de médecins en 2025. Un maintien du *numerus clausus* à ce niveau risquerait d'entraîner des déséquilibres au-delà de cette échéance.

#### **– Variante 2 : diminution de la part de spécialistes à l'ENC de 10 %, elle passe à 40 % du *numerus clausus* 5 ans avant**

Cette hypothèse permet de stabiliser le nombre de généralistes mais en

contrepartie, la part des spécialistes baisse de - 24 % contre - 15 % dans le scénario central.

**Variante 3 : augmentation de la part de spécialistes à l'ENC de 10 %, elle passe à 60 % du *numerus clausus* 5 ans avant**

On aurait un effet symétrique, le nombre de spécialistes diminuerait moins vite que celui des généralistes (- 7 % contre - 14 %).

• **Les résultats régionaux**

Les principales hypothèses :

– la répartition du *numerus clausus* régional, c'est-à-dire le nombre de places offertes en deuxième année d'études de médecine dans les facultés de région, est maintenue identique à celle observée en 2004 ;

– le nombre total d'étudiants entrant en 3e cycle dans chaque région se déduit du *numerus clausus* régional 5 ans plus tôt (aux redoublements près...);

– le comportement de mobilité des généralistes et des spécialistes est identique à celui observé récemment.

**Les résultats**

Sous ces hypothèses, on observerait un léger resserrement des densités médicales régionales autour de la moyenne nationale entre 2002 et 2025. Les régions qui connaîtraient les baisses d'effectifs médicaux les plus marquées seraient l'Île-de-France (- 23 %), la région PACA, Midi-Pyrénées, le Centre, la Lorraine, le Languedoc-Roussillon et la Bourgogne. À l'inverse, les régions dont la population devrait baisser d'ici 2025 verraient leur effectif de médecins et leur densité médicale augmenter légè-

rement. Parmi ces régions, on trouve le Limousin, les Pays de la Loire, l'Auvergne et la Champagne-Ardenne.

Si les résultats régionaux sont très liés à l'évolution de la population des régions au cours de la période, pour beaucoup de régions, les résultats s'expliquent aussi largement par l'actuelle pyramide des âges des médecins et la part des professionnels de plus de 45 ans.

**Les variantes régionales du modèle principal**

**Variante 1 : la part régionale du *numerus clausus* est modulée en fonction des densités actuelles**

Par une modulation du *numerus clausus* (se traduisant par une augmentation de ce dernier dans les régions à faible densité), les écarts de densité à la moyenne pourraient se réduire encore plus.

**Variante 2 : la répartition régionale des étudiants en 3<sup>e</sup> cycle est simulée comme sous le régime de l'internat**

Cette variante, qui ne joue que sur le nombre de généralistes (car, sous l'ancien régime de l'internat, le nombre d'étudiants entrant en médecine générale dans chaque région n'était pas connu par avance et dépendait du taux de réussite à l'internat des étudiants de la région) favoriserait la Franche-Comté au détriment de l'Île-de-France et de la région PACA et accroîtrait les écarts de densités extrêmes.

**Variante 3 : le nombre actuel de médecins en Île-de-France et en PACA est maintenu**

Dans les scénarios précédents, PACA et l'Île-de-France, régions réputées attractives, connaîtraient une baisse de leurs effectifs médicaux supérieure à

la moyenne. Un scénario supposant le maintien de ces effectifs en Île-de-France et en PACA ferait diminuer de 14 % les effectifs des autres régions (contre 4 % dans le scénario central).

### Apports et limites du modèle

Ces différentes applications montrent le panel des possibilités. Le futur dépendra des importances respectives des modifications des décisions publiques et des comportements des médecins. Le modèle de projection de la démographie médicale utilisé par la DREES est un modèle flexible, assez lourd, qui reste un outil : les résultats obtenus n'ont pas de valeur indépendamment des hypothèses qui les sous-tendent.

#### 1.3. Les professions paramédicales

##### Les infirmiers

On constate que le nombre d'infirmiers ne diminue pas, bien au contraire, il y a une forte augmentation attendue des effectifs. C'est pour cette raison que l'on évoque la question de la répartition des tâches entre des infirmiers de plus en plus nombreux et des médecins, dont l'effectif diminue.

##### Les masseurs-kinésithérapeutes

Avec le système des quotas, leur nombre est longtemps resté stable. Avec l'augmentation du nombre d'autorisations d'exercice accordées, les effectifs pourraient passer de 55 800 à 60 100 en 2020 et à 79 100 en fin de période avec l'hypothèse d'un maintien des quotas et autorisations d'exercice <sup>2</sup>.

### Conclusion

Ces études permettent de mesurer l'impact de certaines décisions publiques sur le nombre de professionnels mais elles ne nous permettent pas de dire quelles doivent être ces

décisions. Avant de pouvoir dire de combien de professionnels nous aurons besoin en 2025, il faudrait faire des hypothèses sur :

- l'évolution des pathologies et leur incidence ;
- l'évolution de la place des différentes professions ou spécialités dans la prise en charge de ces pathologies ;
- le temps de travail et la productivité des professionnels pour traduire ces besoins "en nombre de professionnels souhaitable".

## 2. Les ressources humaines dans le cadre du projet de l'OCDE sur la santé de Peter Scherer (OCDE)

Le projet de l'OCDE sur la santé a commencé il y a trois ans, son objectif est d'analyser la performance des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Un des points importants de ce projet a été l'étude des ressources humaines dans les services de santé, et notamment le déséquilibre qui existe entre les infirmières et les médecins. Cette étude doit permettre d'identifier, de comparer et d'évaluer les politiques à travers les différents pays afin de remédier aux déséquilibres de l'offre et de la demande de médecins et d'infirmières. Pour cela, l'OCDE a collecté des données sur les caractéristiques démographiques (nombre de médecins et d'infirmières, proportion de femmes, âge, formation), le niveau d'activité, la rémunération et les conditions de travail dans chaque pays.

### 2.1. Les résultats de l'étude de l'OCDE sur les professions de santé

Cette étude conclut sur le fait que la France a une densité de médecins

(2) Darriné S. (2003) : "Les masseurs-kinésithérapeutes en France : situation en 2002 et projections à l'horizon 2000", *Études et Résultats* n° 42.

parmi la plus élevée d'Europe. La France compte en effet 3,3 médecins pour 1.000 habitants en 2002 alors que la moyenne de l'OCDE se situe à 2,9. Les pays nordiques et ceux d'Europe continentale connaissent les plus fortes densités, alors que dans les pays anglophones cette densité est très inférieure à la moyenne. Le Japon enregistre le résultat le moins élevé avec seulement 2 médecins pour 1 000 habitants.

En ce qui concerne la densité de généralistes, la France se trouve encore une fois parmi les pays ayant les densités les plus élevées. Avec 1,6 généralistes pour 1 000 habitants, la France est bien au-dessus de la moyenne de l'OCDE (0,9). Sa densité équivaut à plus de deux fois celle du Royaume-Uni (0,6 généralistes pour 1 000 habitants).

Enfin pour les spécialistes, la France se trouve dans la moyenne des pays de l'OCDE, c'est-à-dire 1,7 pour 1 000 habitants. Dans les pays nordiques, cette densité est la plus élevée alors que dans les pays anglo-saxons, l'accès est plus restreint.

Si on regarde la répartition entre les généralistes et les spécialistes en 2002, la France compte 49 % de généralistes, alors que les États-Unis en comptent 34 % et le Royaume-Uni 30 %. Cette répartition est liée à une densité globale plus importante en France que dans les autres pays.

On voit déjà une pénurie de médecins dans certains pays comme le Canada ou le Royaume-Uni. Il existe donc un risque d'augmentation des pénuries lié à une demande plus élevée (des populations vieillissantes, des attentes plus fortes vis-à-vis des services de soins) et à une offre en baisse (une main d'œuvre elle aussi vieillissante). Tout le monde en arrive donc à la même

conclusion, il est nécessaire de prendre des contre-mesures.

## 2.2. Les solutions proposées par l'OCDE

Les solutions qui pourraient remédier à cette pénurie sont multiples. La première serait l'augmentation du taux de formation au niveau national. Il faudrait agir en parallèle pour faire baisser le taux de départ chez les infirmières mais aussi chez les médecins. Il y a une action à porter sur la rémunération et les conditions de travail pour faire diminuer le nombre de départs volontaires. Actuellement, même si les salaires sont corrects, les conditions de travail restent difficiles et incitent à partir. On pourrait également agir sur les migrations internationales, élargir les compétences ou encore améliorer la productivité du soin.

### • La formation au niveau national

Certains pays sont déjà dans une situation de pénurie des professionnels de la santé pour des raisons propres à leur marché domestique. Dans beaucoup de pays, les formules de contingentement via un *numerus clausus* ont restreint le nombre de places des écoles de médecine. Il existe une différence entre les pays qui contrôlent ce nombre et ceux qui laissent agir le marché. Il faut en tout cas améliorer les prévisions pour mieux informer tant la planification que les mécanismes du marché.

Une étude comparative montre que les pays qui ne contrôlent pas ou le font depuis peu le nombre d'étudiants en médecine ont une densité de médecins par habitant en augmentation et un taux plus élevé que les autres pays. Pour ceux qui appliquent le *numerus clausus*, cette densité diminue. Ainsi, de nombreux pays de l'OCDE ne forment pas assez de

médecins pour compenser les départs à la retraite. Si on regarde la proportion des nouveaux diplômés dans la population des médecins en 2000, la France se trouve dans les derniers avec 1,9 % ce qui est moitié moins que les États-Unis, l'Espagne ou encore le Mexique.

La proportion de femmes médecins dans la population médicale en 2002 était de 36,8 % pour la France. Cette proportion augmente, elle est bien supérieure à celle des États-Unis et des autres membres de l'OCDE.

#### • Les migrations internationales

De nombreux pays ne forment pas assez de médecins pour compenser les départs à la retraite. Les migrations internationales des professionnels de santé pourraient donc aider à réduire les pénuries mais il existe beaucoup de barrières à ces migrations malgré les différents accords signés entre les pays. Vraisemblablement, les avantages privés excèdent les coûts privés pour les personnes migrantes. Cependant, les coûts sociaux peuvent excéder les gains s'il y a une fuite permanente des cerveaux des pays les plus pauvres vers les pays les plus riches. Les solutions peuvent donc inclure une plus grande suffisance nationale, un recrutement moral, des migrations provisoires ou encore des compensations financières.

La proportion de professionnels formés à l'étranger dans la population des médecins est très faible en France : seulement 3 % en 2000 alors qu'elle est de 30 % en Angleterre, 21 % au Canada et 37 % aux États-Unis. Il est plus facile pour les médecins étrangers parlant anglais de s'installer dans un pays anglophone, de ce fait les principaux axes de mobilité internationale des professionnels de la santé se trouvent entre les États-Unis, le Royaume-

Uni et le Canada. À l'heure actuelle, il est difficile de dire si cette part augmentera en France pour remédier à la pénurie des médecins français.

Aujourd'hui, les taux de déplacement démontrent un certain malaise au niveau national en matière de formation et de conditions de travail. L'objectif des programmes de formation intérieure devrait se baser sur l'encouragement à conserver les étudiants pendant un certain nombre d'années, mais ne devrait pas empêcher la mobilité par la suite.

#### • Élargissement des compétences

Beaucoup d'études ont été réalisées aux États-Unis et au Royaume-Uni sur la polyvalence des infirmières. Les évaluations suggèrent que les infirmières sont capables de prodiguer des soins qui sont comparables à ceux prodigués par des médecins et qui restent très appréciés par les patients. On pourrait donc envisager un élargissement des compétences des infirmières qui sont de plus en plus souvent des diplômées de 3ème cycle.

#### • Amélioration de la productivité

Les services de médecine dépendent de la productivité des soignants et de leur nombre. L'étude transnationale soutient l'idée que le paiement des médecins par des honoraires pour service augmente leur productivité en comparaison du paiement par capitation et salaire. Cependant, il y a peu d'évidence quant à l'impact sur la qualité.

### 3. Éléments de débat sur l'observation de la démographie médicale et paramédicale

Les interventions de Pascale Breuil et de Peter Scherer ont suscité des ques-

tions portant respectivement sur les caractéristiques des projections et sur la densité médicale spécifique du Japon.

Dans un premier temps, Pascale Breuil est amenée à préciser que les projections réalisées ne portent que sur les effectifs (dont les résultats peuvent être détaillés par région et sexe). À l'avenir, la proportion des femmes devrait être en forte augmentation, elles représenteraient 52 % des médecins en 2025. Avec la féminisation des professions, on pourrait s'attendre à retrouver une baisse du temps de travail, mais une étude montre que cela n'a pas été le cas par le passé. Au contraire, le nombre d'heures de travail des médecins libéraux a augmenté en même temps que la féminisation.

Suite à une question portant sur la possibilité de simuler les politiques très volontaristes menées par certaines régions, il est précisé que le modèle de projections utilisé peut par exemple simuler de nombreuses variantes sur la répartition régionale des médecins à l'installation. Des régions ont été sollicitées dans ce sens (via les comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé) pour qu'elles suggèrent des hypothèses alternatives mais il n'y a pas eu de retour.

Le modèle peut fournir également des résultats selon la taille d'unité urbaine. En conséquence, il est possible de décliner les projections mais, comme pour l'analyse par région, on peut aussi supposer que l'attractivité va évoluer au fil des ans selon les tailles d'unités urbaines. De manière générale, plus les projections se situent à un niveau géographique fin, plus elles sont incertaines.

À la question de savoir si la mobilité est un facteur déterminant du modèle,

Pascale Breuil précise qu'il est pris en compte pour l'attribution d'une région d'installation. Néanmoins, il n'intervient pas en cours de carrière (le médecin reste dans sa région d'installation).

Par ailleurs, suite à une question relative à l'impact de la jurisprudence sur certaines spécialités, il est précisé que les augmentations des primes d'assurance en cas d'incident touchent plus particulièrement les anesthésistes et les gynécologues obstétriciens mais dans les projections, comme le nombre de places pour ces spécialités à l'ENC est fixé, le nombre d'étudiants les choisissant l'est aussi. L'ajustement se fait éventuellement par la suite.

Au-delà des professions médicales, la tendance est à une forte augmentation des effectifs pour toutes les professions paramédicales. Si leur effectif augmente alors que celui des médecins diminue, la question du transfert de compétences sera d'autant plus posée.

Au niveau international, l'exemple du Japon laisserait à penser que moins il y a de médecins dans un pays, mieux les gens se portent. Peter Scherer précise qu'il existe là un vrai paradoxe. Le Japon se caractérise par une espérance de vie très élevée et pourtant le nombre de médecins est relativement faible. Cela peut s'expliquer par d'autres critères que ceux exposés, au Japon le temps d'une consultation est très court (2-3 minutes) et le patient ne reçoit pas d'information réelle. La pratique de la médecine est très différente selon les pays, et c'est en partie pour cela que les résultats en densité contrastent tant selon les pays de l'OCDE.

## Appréhender les besoins

### 1. La prise en charge du grand âge de René Eskl (Cabinet Geste)

#### 1. Quelques données de cadrage sur la dépendance des personnes âgées

La France compte aujourd'hui 4,7 millions de personnes de 75 ans et plus et 1,1 millions de 85 ans et plus. Parmi

elles, certaines sont dépendantes pour les activités de la vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, se laver, s'habiller.

L'estimation actuelle de leur nombre est fonction des différentes grilles utilisées : 800 000 selon la grille AGGIR (Action gérontologique groupe Iso Ressources) pour des niveaux de dépendance appartenant aux GIR 1 à 4 ; 627 000 selon la grille Colvez pour les personnes jugées lourdement dépendantes (confinement au lit ou au fauteuil, besoin d'aide pour la toilette et l'habillage).

#### Grille AGGIR et Grille Colvez

*La grille AGGIR et la grille Colvez sont des outils d'évaluation de la perte d'indépendance dans les actes de la vie quotidienne.*

*Dans le cadre de la prise en charge du grand âge, depuis la loi du 24 janvier 1997, AGGIR est la grille nationale d'évaluation. Cet acronyme signifie Action Gérontologique Groupes Iso-Ressources. Cette grille classe les personnes âgées en six niveaux de dépendance (six "groupes iso ressources") à partir d'une évaluation individuelle pluridisciplinaire de leurs activités et gestes de la vie quotidienne :*

- GIR 1 : la personne est confinée au lit et au fauteuil. Elle est totalement dépendante d'autrui pour accomplir les activités et gestes de la vie quotidienne ;*
- GIR 2 : soit la personne est confinée au lit et au fauteuil, ses fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, d'où la nécessité d'une prise en charge de la plupart des activités de la vie quotidienne ; soit la personne a une altération des fonctions mentales mais a conservé des capacités motrices, d'où la nécessité d'aide pour la toilette et l'habillage ;*
- GIR 3 : la personne est autonome (mentalement) mais a des problèmes de locomotion et requiert des aides pour la toilette, l'habillage et l'hygiène plusieurs fois par jour ;*
- GIR 4 : la personne n'assure pas seule son transfert mais peut se déplacer seule dans le logement. Une aide pour la toilette et l'habillage est nécessaire ; la personne peut également être aidée pour les activités corporelles et les repas ;*
- GIR 5 : la personne a besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;*
- GIR 6 : la personne n'a pas besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne*

*Mesurant la perte de mobilité, la grille Colvez est un indicateur de la dépendance physique. Elle répertorie les personnes selon quatre groupes :*

- niveau 1 : la personne est confinée au lit et au fauteuil ;*
- niveau 2 : la personne n'est pas confinée au lit ou au fauteuil ; elle a besoin d'aide pour l'habillage et la toilette ;*
- niveau 3 : la personne a besoin d'aide pour sortir de son domicile ou de l'établissement d'accueil ;*
- niveau 4 : la personne n'est pas dépendante pour les actes de la vie quotidienne.*

*Source : DREES, Études et Résultats n° 94 et n° 259*



Les projections du nombre de personnes âgées dépendantes se situent dans une fourchette très large. D'ici à 2020, ce nombre serait compris entre 850 000 et 1 100 000 (sur la base de la grille AGGIR).

Ce phénomène de dépendance, marqué ces dernières années par une baisse de la dépendance physique, concerne avant tout les femmes. Elles représentent les deux tiers de la population concernée.

Aujourd'hui, deux personnes âgées dépendantes sur trois vivent chez elles. La proportion des personnes âgées vivant seules est de 41 % pour les 75-79 ans et de 48 % pour les 80 ans et plus.

L'aide dispensée à domicile est de nature informelle (famille ou proches, essentiellement le conjoint et les enfants, surtout des femmes), formelle (aide professionnelle) ou mixte (combinaison des deux types d'aide). Plus la dépendance est lourde, plus l'aide professionnelle et l'aide mixte sont conséquentes.

Les nombreux travaux menés sur les aidants familiaux tendent à prévoir une diminution de ce type d'aide du fait, d'une part, de la croissance des effectifs de personnes seules sans descendance, surtout des hommes, d'autre part, de l'évolution de la descendance des personnes dépendantes qui compterait uniquement des personnes actives et amènerait ainsi à solliciter une plus forte demande de services professionnels, que ce soit à domicile ou en institution.

### 1.2. Le secteur de la prise en charge de la dépendance

Ce secteur de prise en charge est caractérisé par son éclatement. Comptant aujourd'hui entre 600 000 et

800 000 salariés et voué à une croissance comprise entre 3 % et 6 % l'an ces prochaines années, il se décompose en plusieurs grandes catégories :

- les structures d'aide à domicile. Aujourd'hui, on estime le nombre de salariés de ce secteur en forte croissance à 294 000 ;
- les maisons de retraite. Le nombre de salariés estimé est compris entre 231 000 et 293 000 ;
- les services de soins infirmiers à domicile, en croissance forte ; on estime à 23 000 le nombre d'intervenants salariés ou libéraux ;
- les unités de soins de longue durée des hôpitaux, dont l'avenir est incertain, employant environ 55 000 salariés ;
- les autres structures, regroupent les employés de maison, les services de portage de repas, de transports mais aussi les établissements de moyen séjour des hôpitaux. Le nombre de salariés serait compris entre 30 000 et 80 000.

Plus particulièrement dans le secteur de l'aide à domicile, l'éclatement des branches professionnelles est très prononcé, même si les conventions collectives tentent de le réduire<sup>3</sup>. De même, le nombre de statuts est important. À titre d'exemple, il existe pour l'aide à domicile trois types de statut différents : prestataire, mandataire, gré à gré.

Toujours dans ce secteur, la pyramide des âges est assez élevée. 33 % des salariés ont plus de 50 ans, à comparer aux 22 % de la population active. L'attractivité pour les jeunes est limitée ; le temps partiel y est élevé, avec une moyenne de 70 heures par mois. Le niveau de qualification est faible, 86 % des salariés étant de niveaux 5

---

(3) *Devant déboucher sur une convention collective dans le secteur de l'aide à domicile, l'accord de branche du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations du champ de l'aide à domicile a été signé par les principaux acteurs institutionnels : Union nationale des associations et services de soins à domicile (UNASSAD), Union nationale de l'aide à domicile en milieu rural (UNADMR), Fédération nationale des particuliers employeurs (FEPEM), Fonction publique territoriale (FPT), Fonction publique hospitalière (FPH), Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP), Syndicat national des établissements et résidences pour personnes âgées (SYNERPA).*

et 6. C'est l'une des branches d'activités où le niveau de formation est le plus faible et où il manque le plus de professionnels. Les difficultés de formation sont importantes, autant pour la formation initiale que pour la formation continue (pour des raisons de financement et d'accès géographique, mais aussi en raison du temps partiel).

Les projections du groupe "Prospective des métiers et qualifications" du Plan envisagent une croissance globale de l'emploi de 70 % entre 2000 et 2010, ce qui amènerait à un effectif compris entre 600 000 et 700 000 et un besoin de remplacement assez élevé de l'ordre de 100 000 en 2010 (estimation cabinet Geste).

L'un des enjeux majeurs est de développer des actions mettant en adéquation les besoins des utilisateurs aux services et institutions offrant des prestations, et ceci en visant à la fois la satisfaction des personnes aidées et celles des intervenants professionnels. À ce titre, l'accord de branche dans le secteur de l'aide à domicile n'apparaît pas propice à un tel développement, au vu notamment de l'appellation et de la description trop détaillée des différents métiers qu'elle contient alors qu'il s'agit plutôt de les unifier.

Pour les établissements d'hébergement, la régulation s'opère différemment, avec des législations différentes pour le sanitaire et le social.

De manière générale, ce secteur à cheval entre le sanitaire et le médico-social manque de métier-phare. Il est marqué par le poids de l'hospitalier et des interventions non lucratives, avec un nombre important d'unités de petite taille. Dans les figures d'emploi prédominent le nursing et la combinaison nursing/animation/accueil. La profession d'aide-soignante est la plus représentée. La demande d'auxiliaire

médico-psychologique (AMP) aujourd'hui importante pose d'ailleurs la question de son rapprochement avec la profession d'aide-soignante.

En matière de financements publics, la prestation spécifique dépendance (PSD) et surtout l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis l'année 2002 ont changé la donne. Cette dernière allocation, en simplifiant le mode de financement, a permis un meilleur suivi du nombre des bénéficiaires. Par ailleurs, la loi du 2 janvier 2002, dite de modernisation sociale, a créé de nouvelles obligations pour le secteur médico-social, avec un renforcement de la médicalisation des établissements d'hébergement et la création de nouvelles fonctions à l'instar du médecin coordinateur au sein des maisons de retraite.

Si l'avenir de ces établissements médico-sociaux ne semble pas compromis, il n'en va pas de même de celui des Unités de soins de longue durée (USLD) et des logements-foyers. De nombreuses questions se posent à leur égard, d'ordre budgétaire pour les unités de soins et en termes de qualité, de réglementation et d'accès aux soins pour les logements-foyers.

Enfin, en lien avec ces institutions, il est à noter que des progrès importants ont été accomplis dans le développement de réseaux gérontologiques, notamment grâce au soutien de la Mutualité sociale agricole.

### 1.3. Des questions pour guider la réflexion prospective

Quelques pistes de réflexion peuvent être proposées :

- faut-il séparer aussi nettement les services et leur financement pour les handicapés d'une part, pour les personnes âgées d'autre part ?

– comment structurer les emplois et l’organisation en fonction des besoins et non pas de l’appartenance à des structures ou des statuts ?

– comment mieux reconnaître la place des aidants non professionnels et organiser leur formation ?

– en termes de formation, quelle place pour la formation initiale scolaire (qui se situe aujourd’hui au niveau du brevet d’études professionnelles sanitaire et social) ? Pour la formation professionnelle, est-il envisageable de définir un mode de financement indépendant de l’appartenance aux branches ou au statut juridique ?

– dans le cadre de la définition de passerelles entre les emplois et de la simplification des diplômes et des titres, faut-il notamment aller vers un diplôme unique regroupant des fonctions essentielles d’aide-soignant (AS), d’aide médico-psychologique (AMP) et d’auxiliaire de vie sociale (AVS), ou au moins vers un renforcement de modules communs ? Comment simplifier et unifier les modalités de parcours professionnels, notamment grâce à une application simplifiée de la valorisation des acquis de l’expérience (VAE) ?

– à l’instar de ce qui se passe en Suisse, en Autriche et en Allemagne, pays dans lesquels une part très importante du personnel est d’origine étrangère, devra-t-on recourir en France à l’apport de main d’œuvre immigrée ?

## **2. Les métiers de la coordination des soins de Marie-Ange Coudray (DHOS) – Ministère de la Santé**

### **2.1. Un contexte en pleine évolution**

L’environnement dans lequel se situent les métiers de la coordination

des soins s’est au fur et à mesure transformé : la division hommes/femmes a bougé, les plateaux techniques des hôpitaux se sont modifiés, les parcours de soins se sont complexifiés. Le véritable sujet de la coordination est l’efficacité des actions qu’elle permet dans ce nouveau contexte.

En France, on assiste à un paradoxe en matière d’indicateurs de soins de santé. D’une part, ils traduisent une mortalité prématurée élevée, des inégalités de santé marquées, peu d’efficacité en matière de prévention, de promotion et de protection. D’autre part, ils relatent des améliorations en matière de soins aux personnes âgées, de traitement de la douleur, d’accessibilité des soins et d’un effort financier important en ce domaine.

Plus particulièrement pour la population de grand âge, caractérisée par des pluri-pathologies et des maladies chroniques, la liaison entre domicile et centres d’hospitalisation apparaît majeure. Or, l’accessibilité et les “circuits” sont jugés trop complexes. Ceci est facteur d’inégalités sociales dans la prise en charge.

En même temps, les professionnels doivent davantage faire face à des patients de plus en plus informés, exigeant des prestations adaptées à leurs besoins. La question de la judiciarisation revêt ici une certaine importance, en lien avec la nécessité de résultats économiques depuis peu institutionnalisés par la tarification à l’activité.

Face à ces contraintes et à ces demandes nouvelles, les réponses apportées se heurtent trop souvent à la séparation forte entre le sanitaire et le social. Exception faite des réseaux ville/hôpital, la prise en charge est toujours caractérisée par le morcellement, fondé sur la division trop marquée

entre les métiers et distinguée en fonction des structures. La focalisation s'opère davantage sur les hôpitaux, les plateaux techniques attirant de nombreuses personnes et des moyens financiers importants. En conséquence, la valorisation en amont et en aval des structures hospitalières reste faible.

Or, il s'agit de plus en plus de considérer le soin au-delà de l'acte médical. La dynamique à l'œuvre modifie la fonction médicale. Le médecin prend part au soin mais ne réalise plus la synthèse. Soigner, c'est donc réaliser des soins (les actes) mais aussi prendre soin (la démarche, la mise à disposition de compétences), avoir soin (le souci, la manière d'agir), produire une action soignante (la perspective).

Même si la réglementation protectrice demeure, le soin peut alors concerner l'ensemble des professionnels non soignants intervenant dans des actes de soin, comme les radio physiciens ou les techniciens de mesure physique. La revendication à soigner se modifie donc. Les choix professionnels changent. Les observations montrent que les professionnels sont de plus en plus attirés par le salariat. Néanmoins, en raison de la déchéance qui caractérise parfois la vieillesse, les activités salariées liées au grand âge restent peu attirantes.

## 2.2. Évolution des métiers du soin

Dans ces perspectives d'évolution des métiers du soin, trois axes peuvent être distingués :

- la coopération, soit la mise en commun des compétences et des savoirs, avec les interactions et les interfaces que les décisions à prendre en commun requièrent ;

- la coordination, dans le but d'instituer des priorités dans le cadre des organisations, de mutualiser des moyens (partage d'activités, hôpital, réseau, domicile), de prévoir des itinéraires de soins clairs ;

- la coproduction, pour que les acteurs partagent des visions d'ensemble, à l'aide de projections, de mises en perspective de problématiques identiques, de réflexions sur les solutions innovantes compte tenu des besoins exprimés.

Plus que de nouveaux métiers, c'est le développement de nouvelles compétences qui sont à même de rendre les organisations plus efficaces. Elles s'inscrivent davantage dans le cadre de la coordination. Dans cette optique, coordonner les flux en orientant les patients à l'hôpital est un besoin souvent mal couvert qui se fait pressant. Il s'agit, de même, d'organiser la prestation en anticipant ses conséquences, via un encadrement sur place et un traitement de l'information externe à la structure. La médiation, interface entre personnes et institutions, peut faire partie de ces nouvelles compétences. En Belgique, elle est devenue obligatoire. Enfin, les travaux d'analyse, d'évaluation, d'élaboration d'indicateurs, de diagnostics en vue de prévoir notamment les évolutions des métiers sont à promouvoir.

Les conditions de réussite de cette dynamique nouvelle tiennent principalement au recentrage des professionnels sur leur cœur de métier. Elles nécessiteront sans doute des formations communes aux différentes professions paramédicales. Elles passeront aussi et surtout par la valorisation des initiatives et l'assouplissement des règles. Dans cette perspective, les métiers à valoriser seraient les "métiers de la conjonction". Pour qu'ils soient efficaces, ils devront s'incarner dans

des acteurs devant disposer de marges de manœuvre réelles, à même de rendre plus efficaces les organisations. Il semble que cela soit une manière privilégiée d'introduire des modifications dans la durée.

### 3. Éléments de débat sur l'appréhension des besoins

Les interventions de René Eskl et Marie-Ange Coudray ont soulevé des questions relatives aux personnels des secteurs de l'aide à domicile et des soins, deux secteurs d'intervention qui dans les pratiques, sont souvent brouillés.

Suite à une question relative au recours à du personnel étranger, René Eskl précise que le manque de personnel ne concerne pas seulement les hauts niveaux de qualification. Les Français sont peu motivés pour travailler dans le secteur de l'aide à domicile. Or, comme les personnes de 50 ans et plus sont nombreuses dans ce secteur, la question de la rareté de ce type d'aide va se poser inéluctablement. L'occupation de ces emplois de services pourrait se faire par un apport de personnes des nouveaux pays membres de l'Union européenne par exemple.

Actuellement, un grand nombre de postes d'aide à domicile n'est pas pourvu, notamment en zones rurales et dans certains centres urbains. Les flux actuels de jeunes ne permettent pas en effet de les remplir car ils ne se stabilisent pas dans ces emplois.

À la question de savoir ce que veut dire effectivement le terme "professionnels de soins", Marie-Ange Coudray rappelle que la définition des

professionnels de santé est réglée par le droit. C'est le code de la santé publique qui en donne la définition. Il distingue les professions dites médicales des professions dites d'auxiliaires médicaux. Ce dernier type renferme pas moins de quatorze professions différentes. Il s'agit également de tenir compte des professions intervenant dans le secteur de la santé mais ne relevant ni de la catégorie médicale, ni de la catégorie paramédicale. La réflexion conduite dans le cadre des soins doit donc être large et ne pas s'en tenir uniquement aux professionnels de santé.

De nombreuses professions cherchent à se valoriser par rapport à leurs interventions dans le cadre des soins. À titre d'exemple, le travail mené sur le répertoire des métiers de la Fonction publique hospitalière a montré que les ambulanciers définissaient avant tout leur travail en tant qu'accompagnant du patient et ne mentionnaient quasiment jamais le fait qu'ils conduisent une voiture. Le même phénomène est observé pour les brancardiers et les socio-esthéticiennes.

Suite à une question ayant trait à l'utilisation de l'accès au dossier médical du patient et à l'accès informatique des informations qu'il contient par les différents intervenants, il est souligné que la question majeure est celle de la confidentialité des données médicales. La réforme de ce dossier est en cours, et avec elle son informatisation. Ce dossier sera accessible au patient. Toute la question est de savoir quels types d'information il contiendra. Par ailleurs, ce dossier médical est à différencier du dossier partagé, outil de coordination entre acteurs d'un réseau de soins.

## DEUXIÈME PARTIE

### Introduction et contributions de l'après-midi

#### Introduction de Catherine Gay

Les interventions de la matinée ont permis de mieux cibler les facteurs d'évolution des métiers de la santé et ont notamment mis l'accent sur le rôle de la démographie médicale et sur l'évolution des besoins. Conscients de ces éléments de contexte essentiels quant à la mise sur agenda des problèmes, peut-on décrire des scénarios d'évolution des métiers en fonction des variables politiques (partage public privé, liberté d'installation...)?

Les interventions de l'après-midi abordent la question de l'évolution des métiers selon plusieurs angles. Quelles sont les données mécaniques (exemple de la durée des études), les évolutions plausibles? Quels sont les arguments mis en avant par les corporations, les porteurs de telle ou telle pathologie, les acteurs locaux, les médias, les doyens? Comment décrire l'offre? Faut-il réorganiser les métiers, revoir la distribution des professionnels? En quoi la territorialisation de la gouvernance apporte-t-elle quelque chose, en positif et en négatif? Peut-il y avoir délégation de pouvoir de la part de l'État?

#### Adaptation ou innovation : l'évolution des métiers

##### 1. La démographie en ophtalmologie 2000-2020 : résultats saillants de Gérard de Pourville (CREGAS)

Cette étude a été réalisée en 2002-2003 à la demande du Conseil scientifique de la CNAM. Il s'agissait de réfléchir à des modes d'organisation des soins apportant des solutions inno-

vantes, à un moment où le sentiment de pénurie est évoqué et où apparaissent des files d'attente en ophtalmologie.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, la France comptait 5 318 médecins spécialistes en ophtalmologie. Compte tenu de la structure d'âge des médecins, 53 % seront partis à la retraite en 2020.

Les questions posées étaient les suivantes :

- quels sont les besoins prévisionnels en spécialistes de soins de l'œil ?
- avec quelle organisation des soins ?
- quels flux de formation des spécialistes faut-il prévoir ?

L'état des lieux a été réalisé autour de trois points : la démographie des professions du soin de l'œil, le rôle des professions du soin de l'œil, en France et à l'étranger.

##### 1.1. La démographie : résultats saillants

En France, trois professions ont compétence réglementaire pour délivrer des soins pour les pathologies de l'œil : les médecins spécialistes en ophtalmologie, les orthoptistes et les opticiens lunetiers. Par ailleurs, il existe aussi une formation complémentaire en optométrie mais cette formation ne débouche pas sur l'exercice reconnu d'une nouvelle profession.

En ce qui concerne les **spécialistes**, il faut souligner que les flux actuels de formation des spécialistes (environ 50 par an) ne permettent pas et de loin un remplacement spécialiste pour spécialiste. Il existe, par ailleurs, de fortes disparités d'implantation sur le territoire, avec une concentration dans les zones à forte densité urbaine. Enfin,

l'ophtalmologie est une spécialité à dominante libérale (80 % des médecins exercent en ville) avec une forte hétérogénéité en termes d'activité, un petit nombre de spécialistes réalisant la majeure partie des actes chirurgicaux.

Les **orthoptistes** interviennent essentiellement sur délégation des médecins et, pour nombre d'entre eux, travaillent même au sein des cabinets. Ils assurent le travail de rééducation (strabisme...) et font des bilans d'acuité visuelle sur délégation des médecins. Ils sont libéraux ou salariés par les cabinets ou par les centres mutualistes et leur répartition sur le territoire est corrélée avec celle des ophtalmologistes. En 2002, on comptait 2 309 orthoptistes avec un flux de formation de 145 personnes par an ; il s'agit d'une profession en moyenne plus jeune que celle des ophtalmologistes. Il n'y a pas aujourd'hui de menace forte de pénurie, sauf si l'on considère la durée de carrière, parfois courte.

Outre la délivrance des verres de contact et des lunettes, les **opticiens lunetiers** peuvent mesurer l'acuité visuelle et délivrer sans ordonnance des lunettes (hors remboursement dans ce cas). Ils étaient 11 910 en 2002 avec un flux de formation de 1 100 personnes par an. Il s'agit d'une profession jeune avec une répartition sur le territoire beaucoup plus homogène que celle des médecins spécialistes et des orthoptistes. Il n'y a pas de vraie menace démographique sur le métier.

Les optométristes sont des opticiens-lunetiers qui ont suivi une formation complémentaire de niveau maîtrise ; leur vocation est de faire des bilans d'acuité visuelle, de la rééducation ou des fonds d'œil (à partir du moment où ils ne touchent pas l'œil) mais leur droit d'exercice n'est pas reconnu en

France. Environ 400 personnes ont obtenu leur diplôme depuis l'introduction de cette formation en 1991 et le flux annuel en formation est de 200 à 240.

## 1.2. Le rôle des différentes professions

En France les professions associées non médicales ont un rôle restreint. Les orthoptistes exercent sur délégation du médecin spécialiste. Leur rôle est centré sur la réalisation de bilans visuels simples et la rééducation. Quant aux opticiens lunetiers, ils sont avant tout des fournisseurs de verres correcteurs. S'ils peuvent vendre directement (sans ordonnance) des verres correcteurs, ceux-ci ne seront pas pris en charge par l'assurance maladie.

Les exemples étrangers mettent en évidence un partage des tâches plus poussé. Dans une très grande majorité de pays développés, les opticiens-lunetiers délivrent directement les verres correcteurs. Dans les pays de tradition anglo-saxonne, la profession d'optométriste est reconnue. À des degrés divers, ils peuvent réaliser des actes de dépistage (rétinopathie diabétique, glaucome, cataracte). Les orthoptistes sont moins présents qu'en France (relativement à la population) mais il peut exister d'autres professions associées, spécialisées dans la réalisation d'actes techniques particuliers. De façon plus limitée, les médecins généralistes peuvent également intervenir.

Les déterminants de la division du travail sont les suivants :

- le petit nombre de médecins spécialistes : Royaume-Uni (850 consultants, 8 000 optométristes) ; dans ce pays, le rôle de "gate keeper" du médecin généraliste apparaît détermi-

nant : examen de base par les infirmiers au sein du cabinet de généraliste ; orientation privilégiée vers l'optométriste ;

– la concurrence : États-Unis (15 600 spécialistes, 29 000 optométristes) ;

– l'accessibilité géographique : États-Unis, Australie (les techniques de numérisation des fonds d'œil transmis à un spécialiste font appel à des photographes spécialistes) ;

– l'organisation de programmes étendus de dépistage.

En termes de performance des professionnels associés, il n'existe pas d'études sur les troubles de la réfraction. En revanche, pour la rétinopathie diabétique, les optométristes bien formés et bien équipés ont une performance satisfaisante ; il en va de même des techniques photographiques avec relecture à distance. Par ailleurs, pour le glaucome, les optométristes bien formés et bien équipés ont une performance satisfaisante mais la mesure de la pression intraoculaire n'est pas suffisante : un examen complet du fond d'œil et la mesure du champ visuel sont indispensables. Le rôle de professionnels associés et leur performance dépendent, en partie, de la stratégie de dépistage adoptée (dépistage de

masse versus dépistage ciblé) ce qui donne lieu à débat en la matière.

### 1.3. L'évaluation et l'évolution des besoins

L'étude montre que la demande de soins devrait augmenter sensiblement (environ + 20 %) dans les 20 prochaines années sous l'effet du vieillissement de la population. Le nombre de personnes touchées par un problème ophtalmologique estimé pour l'année 2000 à environ 34,6 millions devrait passer à 41,2 millions en 2020 (hypothèse basse).

Comme aujourd'hui, l'essentiel des besoins devrait être lié à la prise en charge des troubles de réfraction (myopie et presbytie) : le nombre de personnes concernées par ces troubles devrait passer de 30,5 à 35,5 millions (cf. tableau ci-dessous).

Les pathologies médicales sévères de l'œil devraient également augmenter. Le nombre de personnes touchées par la cataracte devrait ainsi passer de 3,4 millions à 4,7 millions ; celui des personnes atteintes de dégénérescence maculaire liée à l'âge de 357 000 à 537 000 personnes, de 254 000 à 344 000 pour le glaucome, de 65 000 à 85 000 pour la rétinopathie diabétique.

**Tableau 1**  
Évaluation des besoins à 20 ans

|                                       | 2000                  | 2020                  |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Réfraction                            | 30.589.546            | 35.526.485            |
| Cataracte                             | 3.436.103 – 5.635.140 | 4.769.673 – 7.602.020 |
| Rétinopathie diabétique               | 385.073 – 736.920     | 197.855 – 955.186     |
| Glaucome                              | 254.046 – 641.031     | 344.112 – 886.532     |
| Dégénérescence maculaire liée à l'âge | 277.058 – 438.893     | 415.186 – 659.576     |



**Tableau 2**  
Besoins ajustés en Cs et K

| Besoins ajustés          | 2000       | 2005       | 2010       | 2015       | 2020       |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Prévalence médiane       | 22.996.658 | 23.972.616 | 24.754.505 | 25.685.950 | 26.567.696 |
| Prévalence haute ajustée | 24.130.278 | 25.220.360 | 26.056.696 | 27.041.342 | 27.970.316 |

Pour l'évolution des recours aux soins, trois modèles ont été utilisés :

- un modèle pour le recours aux soins ambulatoires (données SPS) ;
- un modèle pour le recours aux soins hospitaliers publics (données PMSI) ;
- un modèle pour le recours aux soins hospitaliers privés (données PMSI).

#### 1.4. Évolution de l'offre

La méthode a été la suivante :

- dans une première étape, les déterminants de la production d'actes ont été analysés (modèle libéral : analyse en composante principale, analyse de régression multi niveaux ; modèle hospitalier : extrapolation linéaire) ;
- dans une seconde étape, a été calculé le nombre d'entrées nécessaires par période de 5 ans, à partir de l'écart entre capacité d'offre prévisionnelle et besoins prévisionnels pour le modèle

libéral ; même procédé pour le secteur public, avec des hypothèses sur l'augmentation de la productivité.

On peut ainsi observer quatre classes différenciées de comportement de production d'actes.

Pour chaque classe, on estime par régression la capacité de production en Cs, K et Kc (trois modèles par classe) des spécialistes en fonction de l'âge, du sexe et du statut conventionnel.

Ces modèles permettent d'estimer la capacité de production des entrants, sous l'hypothèse de l'adoption d'un modèle de comportement.

Les principaux scénarios ont été construits à partir des variables suivantes :

- prévalence médiane/prévalence haute ;
- entrée des opticiens à hauteur de 1 % par an sur le marché de la réfraction ;

**Tableau 3**  
Classes différenciées de comportement

| Classe 1   | Classe 2  | Classe 3  | Classe 4                                       |
|--|---|---|--|
| 35,6 % des effectifs                             | 48,6 % des effectifs  | 5,1 % des effectifs                             | 10,7 % des effectifs                           |
| Activité forte en Cs, moyenne en K, faible en Kc | Activité dominante en Cs, mais 40 % de moins que la classe 1, peu d'actes en K et en Kc | Beaucoup d'actes en K, peu d'actes en Kc        | Grosse activité en Kc et K, peu d'actes en Cs  |
| Départements avec peu d'ophtalmologistes         | Répartis sur tout le territoire   | Départements de densité moyenne de spécialistes | Départements de densité élevée de spécialistes |
| Majoritairement des hommes, de secteur 1         | Légère dominante de femmes, de secteur 2  | Majoritairement des hommes, de secteur 1        | Majoritairement des hommes, de secteur 2       |

**Tableau 4**  
Évolution des effectifs en fonction des scénarios

| Années |      | Options | Options | Prévalence     | Prévalence      | Prévalence   | Prévalence    |
|--------|------|---------|---------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
|        |      | + 6     | + 10    | médiane<br>+ 6 | médiane<br>+ 10 | haute<br>+ 6 | haute<br>+ 10 |
| 2000   | 5341 |         |         |                |                 |              |               |
| 2005   |      | 5410    | 5426    | 5443           | 5459            | 5508         | 5524          |
| 2010   |      | 5307    | 5343    | 5567           | 5603            | 5698         | 5726          |
| 2015   |      | 4959    | 5015    | 5344           | 5400            | 5456         | 5422          |
| 2020   |      | 4351    | 4423    | 4876           | 4948            | 4983         | 5055          |

– flux d'entrées à l'hôpital public : 6 par an, 10 par an avec gains de productivité de 4 % et de 3 %.

Dans tous les cas, l'effectif total de spécialistes diminue sur la période et donc la densité moyenne des ophtalmologistes au niveau national.

L'augmentation des flux en formation de médecins apparaît comme une solution partielle : elle ne permet pas de couvrir les besoins supplémentaires dans un avenir proche et se révèle évidemment coûteuse.

L'augmentation d'activité ou le passage d'actes simples à des actes techniques fait fi des contrastes très importants au sein des professionnels médicaux révélés par la typologie.

D'où la nécessité d'explorer les voies déjà tracées à l'étranger en ouvrant aux non médecins les actes simples (mesure de l'acuité visuelle et prescription de lunettes ou de verres de contact), voire en recourant aux non spécialistes dans le cadre de programmes de dépistage organisés du glaucome et de la rétinopathie diabétique.

S'il s'agit de diminuer les besoins de formation en spécialistes, compte tenu des contraintes budgétaires, le scénario qui simule l'entrée des opticiens dans l'activité relative à la réfraction semble le plus intéressant. Avec une pénétration modeste (1 %

par an sur vingt ans), les résultats montrent une diminution du nombre de spécialistes à former de 22 médecins par an en moyenne sur 20 ans. La formation des opticiens est moins longue, donc moins coûteuse ; ces derniers sont deux fois plus nombreux que les médecins spécialistes et mieux répartis sur le territoire. Sur ce registre spatial, la délégation plus forte aux orthoptistes (préférée par les ophtalmologistes) ne résoudrait pas les problèmes dans la mesure où les orthoptistes apparaissent aussi mal répartis que les médecins spécialistes.

## 2. Les travaux de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la Fonction publique hospitalière de Claudine Mesclon (DHOS) – Ministère de la Santé

### 2.1. Éléments liminaires : quelques données démographiques

La Fonction publique hospitalière (FPH), ce sont trois composantes : les établissements autonomes pour personnes âgées (y compris les maisons de retraite publiques), les établissements pour adultes et enfants handicapés et les établissements publics de santé.

Rappelons tout d'abord que les médecins n'appartiennent pas à la FPH.

L'effectif physique est de plus 782 600 personnes, soit près de 734 000 en équivalent temps plein. Le secteur social représente 9,7 % des effectifs et le secteur sanitaire 90,3 %. De 1986 à 2002, les effectifs de la FPH ont crû de 0,2 à 0,5 % par an. La réduction du temps de travail a engendré depuis 2002 une croissance de 6 % (+ 45.000 emplois).

Les fonctionnaires hospitaliers sont répartis dans 5 filières : paramédicale (personnels soignants et personnels de rééducation), médico-technique, administrative, technique et ouvrière, socio-éducative. La part de chaque filière en 1999 était respectivement de 69,5 %, 5 %, 11,2 %, 13 % et 1,2 %. Le poids des soignants est considérable et s'accroît au fil des ans, celui des administratifs est stable et celui des ouvriers recule depuis 10 ans.

L'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière est une instance paritaire, créée il y a deux ans dans le cadre du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

Il a quatre missions :

- suivre l'évolution des emplois de la FPH ;
- apprécier l'évolution des fonctions, des métiers, des qualifications ;
- contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et prospective et proposer des orientations prioritaires, en particulier pour la formation ;
- recenser les métiers nouveaux, proposer des modalités de recrutement adaptées.

## 2.2. Les travaux déjà réalisés sont de deux ordres

### • L'étude de la démographie hospitalière à l'horizon 2015

Sur une population de 702 000 titulaires en 1999, 382 000 départs vont intervenir d'ici 2015, soit 55 % de l'effectif. Le pic se situe en 2012, avec près de 30 000 départs sur un an. La filière technique et ouvrière est la plus touchée avec le départ de 58 % des agents (47 % pour la filière administrative, 50 % pour la filière médico-technique, 56 % pour les services de soins).

### • Le répertoire des métiers

La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences traduit la rencontre et la négociation entre deux projets : celui de l'organisation et celui de l'individu. Dans ce contexte, un répertoire des métiers a deux finalités :

- pour la gestion collective des ressources humaines, il est essentiel de qualifier et quantifier les besoins en effectifs par métier (TPR), de repérer les besoins de formation, individuels ou transverses et de communiquer sur l'emploi, en interne comme en externe ;
- pour la gestion individuelle, la formalisation des parcours professionnels est un enjeu majeur avec d'une part le développement de l'évaluation (et de l'autoévaluation) et, d'autre part, la définition d'aires de mobilité.

La ressource humaine hospitalière est *peu flexible* – son évolution (structure d'âge, qualification...) s'inscrit dans le moyen et le long terme ; coûteuse – premier poste budgétaire avec 70 % du compte d'exploitation des hôpitaux ; rare – facteur d'incertitude et de

risque pour le développement de certaines organisations. Une liaison structurée court terme – long terme et l'intégration des ressources humaines dans la stratégie sont donc particulièrement nécessaires.

L'objectif prioritaire de l'Observatoire est d'accompagner le déploiement sur le terrain du répertoire des métiers et d'aider les utilisateurs à se l'approprier, ceci en deux phases : une phase de sensibilisation des professionnels et une phase de formation à l'utilisation.

L'Observatoire souhaite intégrer dans ses travaux des facteurs d'évolution de plus en plus prégnants dans un contexte hospitalier en transformation. On peut identifier quelques caractéristiques de ces mutations :

– la *recomposition du paysage hospitalier* au cours de la décennie passée (fusions notamment, mais aussi nouvelle répartition d'activité...);

– la forte accélération du *progrès technologique* et ses conséquences sur l'organisation du travail (notamment imagerie, laboratoire, bio médical, système d'information...);

– le renforcement des politiques de santé dans le domaine de la *gestion des risques et de la qualité* (développement des fonctions de contrôle, d'évaluation, de certification...);

– la *réduction du temps de travail* et ses conséquences sur les organisations du travail et la permanence des compétences ;

– le développement du *consumérisme et de la judiciarisation* ;

– le renforcement des *contraintes économiques et budgétaires* (mise en

place progressive de la tarification à l'activité (T2A)) ;

– le défi démographique : papy boom des usagers (modification des modes de prise en charge) et des personnels (gestion des âges et des parcours professionnels).

Il s'agit pour l'Observatoire de construire et d'organiser un système de veille pour collecter des informations sur les évolutions des métiers et leur contenu, d'actualiser le répertoire des métiers et d'identifier les métiers sensibles ou émergents, nécessitant une réflexion ou une étude approfondie. Des travaux spécifiques doivent aussi être réalisés : sur les compétences de cœur de métier et les compétences transverses sur certains métiers à effectifs importants pour passer de la gestion de la formation à la gestion des compétences ; sur les aires de mobilité et parcours professionnels entre les métiers ; sur les proximités de métiers avec les autres environnements publics (la fonction publique territoriale notamment) et le lien des répertoires entre eux.

### **2.3. Coopération des professions de santé : évolution des compétences ou nouveaux métiers ?**

L'évolution technologique très forte dans certaines spécialités médicales conjuguée à la perspective d'une pénurie de médecins à l'horizon 2010 ont conduit le Ministre de la Santé à confier en mars 2003 au professeur Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille et président de l'observatoire de la démographie des professions de santé, une mission sur "la coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences".

Yvon Berland a rendu son rapport d'étape fin 2003 et le ministre de la Santé a annoncé le 16 décembre 2003 le lancement de 12 expérimentations dès 2004.

Pour permettre la mise en place de ces expérimentations, la loi de santé publique a modifié le code de la santé publique afin d'autoriser un transfert de tâches et de compétences, jusqu'ici réservés aux médecins, vers d'autres professionnels de santé (paramédicaux ou sages-femmes), sans que ces derniers courent le risque d'être poursuivis pour exercice illégal de la médecine.

#### • L'objectif du transfert de tâches ou de compétences

Les professions de santé, dont la liste est définie par le code de la santé publique, sont soit médicales, soit paramédicales. Les médecins qui ont une formation longue voient leur nombre baisser dans certaines disciplines. Les paramédicaux relèvent en général d'une formation de trois ans, et si certains métiers présentent également aujourd'hui des difficultés numériques, le renouvellement des promotions est plus rapide. Une réorganisation de la répartition des compétences entre les médicaux et les paramédicaux pourrait améliorer les prestations soignantes : réduction de listes d'attente, prise en charge plus personnalisées...

Les transferts pourraient concerner des actes techniques ou cliniques couvrants qui ne possèdent pas la dimension intellectuelle des actes médicaux et qui, dans certains pays étrangers, sont réalisés par des paramédicaux.

Sont concernés par les expérimentations, le transfert de certains actes des ophtalmologistes vers les orthoptistes, des endocrinologues vers les diété-

ciens, des généralistes et certains médecins spécialistes vers les infirmières, des radiologues vers les manipulateurs d'électroradiologie médicale.

#### • Le champ des expérimentations

Le ministre de la Santé a fixé à 12 le nombre des expérimentations. Elles doivent s'effectuer au sein de structures publiques ou privées ou en ville. Les transferts pourront porter sur :

- des actes bien ciblés et techniques (exemples : l'échocardiographie, l'échographie, le traitement de l'image, la consultation diététique, des actes d'orthoptie),
- la définition et l'émergence de nouveaux métiers (exemples : la fonction de dosimétriste, l'infirmière clinicienne en oncologie, l'infirmière clinicienne en suivi de pathologies chroniques),
- des compétences ayant un impact sur l'organisation des structures (exemples : confier à une infirmière la coordination d'un réseau de soins, la paramédicalisation des sorties en SMUR).

L'évaluation de ces expérimentations s'effectue sous le contrôle de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, avec la collaboration de l'ANAES qui a établi un protocole expérimental.

Le calendrier devrait permettre d'obtenir des résultats partiels avant l'été 2005, puis en décembre 2005 et jusqu'en juin 2006. Il s'agira de déterminer s'il convient ou non de généraliser ces expérimentations et s'il est souhaitable d'étendre le champ de la réflexion à d'autres activités ou d'autres métiers. Si tel était le cas, des modifications réglementaires relatives à l'exercice (décret d'actes) des pro-

fessions concernées et/ou à la formation seront nécessaires.

Par ailleurs au-delà de la modification des décrets d'actes, c'est la question des métiers qui est posée, s'agit-il de métiers existants dont les contours actuels seraient redessinés ou de métiers nouveaux qui pourraient nécessiter une formation spécifique, de niveau master par exemple, pour répondre aux compétences exigées ?

L'enjeu est important en matière de santé publique pour les patients, pour les professionnels médicaux et paramédicaux et la complémentarité de leur activités et pour l'organisation de l'offre de soins.

### 3. Éléments de débat sur les modalités d'évolution des métiers

**Discutante : Sandrine Chambaretaud (Commissariat général du Plan)**

Ces deux interventions montrent que les facteurs d'évolution de l'offre et de la demande de soins ressortissent à des dynamiques particulières. Alors que la demande de soins est liée au vieillissement, à l'épidémiologie, aux progrès médicaux ou encore à la médicalisation, l'offre de soins est déterminée par des facteurs démographiques et organisationnels.

Deux types de contraintes fortes pèsent sur l'offre :

- des contraintes d'ordre démographique : vieillissement, féminisation, cessation d'activité, effet du numérisation ;
- des éléments qui limitent les innovations organisationnelles : il s'agit de professions à la fois extrêmement réglementées (décrets de compétence)

mais avec une gestion du personnel embryonnaire ou inexistante.

La question de la coopération et du transfert des tâches est souvent pensée comme une réponse à la baisse des effectifs de certaines professions de santé (et/ou la hausse de la demande) ; elle est aussi un outil qui permet de s'adapter à la recomposition du paysage hospitalier ; c'est enfin un instrument de rationalisation de la gestion des ressources humaines qui peut générer des gains de productivité importants pour le système de soins.

Deux obstacles semblent toutefois majeurs : le poids des corporatismes et celui de la réglementation. Une politique des revenus négociée avec les différents professionnels est-elle en mesure de répondre au premier de ces obstacles ? Par ailleurs, comment peut-on concilier l'assouplissement de la réglementation, nécessaire au développement du transfert des tâches entre professions, et l'exigence toujours croissante de sécurité ?

Les travaux sur la démographie en ophtalmologie proposent une approche globale de la question mais reposent sur une connaissance fine des pathologies traitées et des compétences des différents professionnels. Cette démarche peut-elle être appliquée à d'autres spécialités (notamment des spécialités traitant un éventail de pathologies plus large) ? Par ailleurs, les gains de productivité attendus et les économies potentielles ont-ils été mesurés ?

Concernant les métiers à l'hôpital, dispose-t-on d'analyses de la répartition des tâches dans les différents pays ? Comment peut-on repérer les besoins en nouveaux métiers ? Comment associer les différents acteurs si l'on veut développer des analyses articulées ville - hôpital ?

Pour Gérard de Pouvourville, l'étude sur l'ophtalmologie montre que la notion de pénurie est construite : les choix quant aux compétences des professions sont très diversifiés dans les différents pays. Nous sommes en train de faire un exercice du même type sur la médecine générale.

Une des questions que pose le cas de l'ophtalmologie est la capacité à agir sur les arbitrages travail/loisir des médecins. On a, à vrai dire, peu d'outils d'incitation économique. Pourtant, si l'activité de la moitié des spécialistes qui sont en sous activité était développée, on supprimerait le problème de pénurie.

Le développement des informations sur l'activité permettra de connaître de mieux en mieux les capacités d'offre, à condition de conforter les études sur le temps de travail. En face, il faut développer les compétences épidémiologiques.

La question de l'expérimentation est ensuite venue en débat, celle-ci étant présentée comme contraire aux évolutions nécessaires et ressortissant avant tout de stratégies dilatoires des professionnels en place.

Claudine Mesclon a indiqué que le Répertoire des métiers avait fait l'objet d'une large concertation, à travers la mobilisation de 80 établissements. Elle a ensuite insisté, en réponse aux questions sur l'expérimentation, sur les impératifs de sécurité sanitaire : pour ne pas placer les professionnels dans l'illégalité, l'expérimentation est autorisée par la loi. Une dizaine d'expérimentations est prévue, dont seront tirées les conséquences en termes de décrets d'actes et de formation. Le décret d'acte est un décret en Conseil d'État après avis de l'Académie de Médecine. Les travaux conduits sous l'égide du doyen Berland ont effecti-

vement retenu les formules de délégation à des professionnels du soin.

L'exemple américain est ensuite évoqué au titre des possibilités de diversification territoriale : les États mettent en place des mesures spécifiques. Par ailleurs, ce que l'on voit dans la réalité hospitalière, ce sont les chevauchements très importants entre les métiers. Enfin, l'expérimentation envisagée en matière d'ophtalmologie est à nouveau évoquée comme le contre-exemple de ce qu'il convient de faire : on expérimente vers les orthoptistes alors que l'on voit bien, à travers l'étude présentée, que la solution se trouve sans doute du côté des opticiens.

Gérard de Pouvourville met en avant l'importance de l'ancrage dans la réalité territoriale : l'hétérogénéité des territoires appelle des solutions différenciées. Aujourd'hui, le problème principal en ophtalmologie consiste à organiser le dépistage de la rétinopathie diabétique. Il y a débat sur le dépistage du glaucome. Pour ce qui est de la "pénurie" considérée globalement, c'est bien pour des raisons territoriales que la solution du recours accru aux opticiens lunetiers a été mise en avant. Il serait aussi possible de considérer un scénario où les complémentaires prendraient en charge l'optique et agréeraient les opticiens.

Les participants ont insisté à nouveau sur le temps que l'on risquait de perdre à travers l'expérimentation, sur la nécessité à certains moments d'oser le changement de règles, sauf à rien bouger compte tenu de la sédimentation de notre construction réglementaire.

Gérard de Pouvourville a insisté sur le fait que les opticiens lunetiers n'étaient pas hors la loi lorsqu'ils mesuraient la réfraction. Les médecins spécialistes veulent conserver le

contrôle sur cette activité qui constitue une part substantielle de leur plan de charge, au moins pour certaines catégories d'entre eux. S'il faut cependant renforcer les compétences des non médecins, ils entendent que cela se fasse au profit des orthoptistes, qui travaillent sous leur délégation. Cette négociation politique est placée sur le terrain de la sécurité sanitaire. Les exemples étrangers montrent qu'il y a bien des façons de développer le dépistage du glaucome et de la rétinopathie. Le décret de compétence est un argument corporatiste de la profession.

Pour clore cet échange, les possibilités de régulation de type assurantiel ont été évoquées (rôle de la responsabilité civile professionnelle). Plutôt que de tout bloquer ex ante ou d'accumuler les délais expérimentaux, il conviendrait sans doute de faire jouer d'autres modes de régulation.

## Les métiers du médicament : quelle prospective dans un secteur en mutation ?

### 1. L'expérience de l'Observatoire du LEEM de Emmanuelle Garassino (LEEM)

#### 1.1. Un environnement en pleine mutation <sup>4</sup>

L'industrie du médicament est aujourd'hui confrontée à deux défis majeurs susceptibles de créer de nouvelles opportunités mais aussi de remettre en cause l'attractivité du territoire français pour la production du médicament :

– le premier défi est un changement profond du modèle économique de l'innovation pharmaceutique avec le rôle croissant des biotechnologies qui entraîne un risque de concentration des centres de recherche mondiaux et pose la question de la place future de la France dans cette redistribution des pôles d'innovation ;

– le second défi concerne le maintien des centres de production de médicaments sur le territoire français, problématique qui renvoie à la question classique de la compétition par les coûts et de façon plus générale, à celle des paramètres institutionnels de la compétitivité.

La qualité du maillage d'expertises et des compétences est en effet primordiale, ce qui suppose un niveau élevé et une proximité de la recherche publique. En matière de cluster, les effets d'agglomération jouent et ont des effets cumulatifs. Une fois qu'un pôle est formé, il attire de nouveaux projets, de nouvelles entreprises se créent et il devient plus difficile de créer un nouveau pôle ex nihilo. Les mouvements de concentration sont déjà à l'œuvre, aux États-Unis et en Europe. La phase de développement, qui consiste dans la réalisation des essais cliniques, dépend non seulement des expérimentations qui doivent être conduites sur un grand nombre de patients, des procédures d'autorisation administrative d'essais cliniques, du recrutement des patients et des médecins investigateurs et ceci à des coûts les plus faibles possibles et à condition que les structures hospitalières soient sensibles et ouvertes à ces essais.

#### L'impact de la mondialisation

La demande mondiale de médicament augmente de 8 % par an en termes réels, soit deux fois plus vite que le

(4) Le développement concernant l'environnement de la branche s'appuie sur l'étude "Prospective sur les métiers et l'emploi dans les entreprises du médicament à 5 et 10 ans : quelle sera la tendance d'évolution des métiers face aux défis majeurs du secteur", étude du LEEM de juin 2004.



produit intérieur. Toutes les projections montrent que ce mouvement est appelé à se poursuivre durablement. Maintenir, voire développer une industrie du médicament forte et compétitive constitue un facteur favorable à la croissance globale et donc à l'emploi. Or, l'industrie française du médicament est aujourd'hui doublement menacée et la question de l'attractivité du territoire français pour cette industrie est posée. Il s'agit de ne pas se faire distancer par d'autres pays plus avancés sur le terrain discriminant de la recherche et de l'innovation. D'autant qu'une compétition nouvelle au sein de l'Europe s'opère à tous les niveaux : R & D, production et commercialisation.

L'industrie du médicament est une industrie principalement tournée vers la consommation finale pour laquelle les effets de diffusion au secteur aval restent a priori modestes. L'expansion à un rythme élevé du marché mondial constitue donc une opportunité de développement. La France a acquis dans le passé une position forte assez largement fondée sur le marché domestique. Cependant, le rôle des exportations s'est accru au point que l'industrie française du médicament exporte aujourd'hui la moitié de sa production et que l'excédent des échanges extérieurs de médicament est passé de 800 millions en 1995 (en euros actuels constants) à plus de 3 milliards d'euros actuellement.

La demande mondiale en médicaments devrait continuer d'évoluer plus vite que la demande globale (vieillesse de la population, arrivée à la prospérité du continent asiatique et nouvelles avancées thérapeutiques). Les pays avec une forte industrie pharmaceutique devraient donc en tirer un bénéfice de croissance.

### **Le poids de la réglementation**

Le marché s'europanise, tout en poursuivant l'harmonisation et la standardisation mondiales de la réglementation du médicament. Certaines contraintes réglementaires vont peser de plus en plus lourd sur les entreprises : augmentation du nombre d'études toxicologiques et cliniques (principe de précaution), limitation de la promotion sur les médicaments, renforcement des contrôles pour satisfaire aux exigences des autorités et des patients en matière de prévoyance des risques par les entreprises. Les contraintes se développent aussi avec le développement des génériques (rôle crucial du brevet), l'évolution des rôles du médecin et du pharmacien (encadrement des coûts de santé), le génotypage (traitement individualisé) et, tout particulièrement, la thérapie génique. Enfin, l'exigence de qualité continuera à s'accroître inexorablement avec le renforcement des exigences, l'harmonisation des systèmes normatifs internationaux, l'extension de la réglementation concernant l'environnement et la recherche de la satisfaction client totale.

### **L'importance des réformes sanitaires**

Les réformes sanitaires vont modifier le rôle des différents acteurs : positionnement des entreprises du médicament comme acteurs à part entière de la santé, pouvoir de décision croissant de l'utilisateur/patient, responsabilisation des médecins en matière de prescription et repositionnement du pharmacien comme interlocuteur direct des entreprises du médicament. La mise en cause des schémas de distribution et la pression des systèmes privés d'assurance santé sur les coûts et les traitements accentueront la mutation de la distribution.

## L'influence de la société

Il faut également relever une évolution profonde de la société : les relations à l'entreprise, de nouvelles aspirations et attentes des patients en matière de qualité de vie et de mieux-être, un contexte de défis démographiques en France, un taux de chômage constant mais un marché déficitaire sur les profils scientifiques et les emplois qualifiés, des contextes d'emploi régionaux différenciés ... : autant d'évolutions de la société qui vont agir sur les entreprises du secteur dans les années à venir.

### 1.2. Des défis à relever pour le secteur

Le maintien d'une industrie du médicament sur son propre territoire est un atout pour la santé de la population. Une bonne interaction entre la recherche, les essais cliniques et le système de soins médicaux, ainsi que l'importance d'un accès rapide aux innovations pharmaceutiques, sont autant de facteurs essentiels pour la qualité des soins, largement favorisés par la proximité géographique. Par ailleurs, de nombreux industriels considèrent qu'à l'avenir, le médicament sera de plus en plus co-produit, c'est-à-dire produit en même temps qu'il est administré au patient. Il est donc souhaitable de maintenir autant que possible l'intégralité de la chaîne du médicament en France.

La France dispose d'un avantage comparatif dans l'industrie du médicament qu'il faut entretenir (un système de formation considéré comme bon, une main-d'œuvre de qualité et une industrie fortement intensive en personnel qualifié, un marché national large et solvable, des infrastructures bonnes).

La position de l'industrie pharmaceutique française est traditionnelle-

ment bonne même si elle a reculé. La France a perdu 1,7 point de parts de marché mondial au cours des 15 dernières années. Il y a donc nécessité de développer une recherche à un niveau suffisant afin de réagir à l'avance considérable prise par les États-Unis. En outre, l'arrivée de médicaments de haute technologie sera probablement accompagnée de l'émergence de centres d'excellence en matière de soins. Il convient également d'insister sur l'importance de la variable temps dans l'industrie du médicament (partiellement technologique, partiellement réglementaire) ; la longue durée de la période d'investissement par rapport à celle d'exploitation a des implications économiques très importantes. Dans la mesure où le retour sur investissement doit s'opérer sur environ un tiers de la durée totale de protection du brevet, tout décalage dans le démarrage effectif de l'exploitation des brevets a un effet négatif considérable sur le résultat d'exploitation. En dépit des atouts réels de l'expertise médicale française, la menace de la concurrence, notamment de l'Europe de l'Est, pèse sur le secteur, avec un risque accru de délocalisations.

### 1.3. Les évolutions des métiers

#### Un défi démographique à relever d'ici 2012

Dans les 10 ans à venir, les effectifs vont se renouveler massivement. Le nombre des départs naturels (42 %), liés aux départs en retraite et au *turn over* essentiellement, est particulièrement important. Les départs en retraite, qui représentent un tiers du total des 40 000 départs, seront plus tardifs, quatre à cinq ans après les autres secteurs d'activité, et se feront à des âges plus élevés : 60 ans en moyenne contre 58/59 ans. À effectif constant, ce sont 40 000 personnes qui devront être recrutées à tous les

niveaux de qualification et de formation et sur plusieurs bassins d'emploi (sur 100 000 salariés au total).

Le taux de renouvellement et les flux de départs en retraite varieront selon les domaines et les métiers : l'information médicale (les visiteurs médicaux) possède le taux de rotation le plus élevé et la recherche dans son ensemble (24 %) va perdre plus vite que d'autres une part importante des ressources, avec 33 % de départs en retraite de chercheurs. Le nombre de départs sera également très élevé chez les opérateurs de production (38 %). En revanche, la situation est inversée dans les métiers structurellement plus jeunes comme ceux du marketing, des affaires réglementaires ou de l'informatique. Ces départs devraient constituer une opportunité de gestion pour certains métiers, soit pour augmenter le niveau de qualification ou faire évoluer le profil de recrutement exigé à moyen terme, soit pour faire face à des diminutions du nombre de postes liées aux évolutions technologiques, aux gains de productivité...

Avec des départs en retraite plus tardifs par rapport à la majorité des autres secteurs industriels, les tensions du marché du travail seront d'autant plus difficiles à surmonter pour les personnels qualifiés, dans un contexte de concurrence intersectorielle. Au problème de l'attractivité du secteur vis-à-vis des futurs salariés (jeunes et quadras) s'ajoute le besoin de compétences nouvelles (profils plus professionnalisés), qui implique l'élargissement des profils de formation recrutés et la nécessité d'acquérir une notoriété de l'emploi au-delà du marché du recrutement traditionnel.

Selon le scénario retenu, les recrutements de remplacement vont de 10 000 à 50 000 d'ici 2012. Cela dépend de la politique des pouvoirs

publics sur les conditions de recherche et de fabrication de nouveaux médicaments, des choix d'investissement des entreprises du médicament en France et de la capacité des entreprises et de l'Éducation nationale à adapter le contenu des emplois et des formations. Les métiers vont se réorganiser autour de trois thèmes majeurs : la généralisation des notions de service et la satisfaction client, la coordination de partenariat et de sous-traitance, le développement de la polyvalence. Parmi les métiers en mutation : le chercheur, le galéniste, le technicien de production et de maintenance, le chef de produit, le gestionnaire de bases de données... En émergence, le coordinateur de projet de R & D, le responsable de la relation clients, le chargé d'affaires réglementaires industrielles.

### Une évolution des métiers qui s'affirme dans le temps

Les capacités à communiquer, à travailler en équipe, à travailler à distance, l'acquisition de nouveaux savoir-faire, de nouvelles compétences transversales et relationnelles (co-conception, maîtrise des achats et des flux logistiques, marketing et veille, organisation en équipes de projets, maîtrise de l'anglais pour des projets de dimension internationale...) deviennent aussi importantes que les aptitudes techniques pour développer la valeur ajoutée et favoriser l'accès à l'innovation.

Ainsi des compétences communes à tous les métiers se dégagent :

- la généralisation des notions de service au client et de satisfaction client, qui implique une évolution de l'organisation du travail et des activités des salariés ;
- le développement de la polyvalence dans les métiers pour améliorer la

flexibilité de l'emploi et la productivité ;

– un encadrement composé essentiellement de scientifiques dont il faut renforcer les compétences managériales ;

– une approche plus commerciale dans tous les métiers.

#### 1.4. Trois grands profils d'évolution par fonction

##### Les métiers de la recherche et du développement

Les chercheurs non seulement ont un volume de départs en retraite sensiblement plus élevé que pour l'ensemble de la fonction R & D mais les emplois à l'avenir sont menacés en France si la politique d'innovation ne se trouve pas redynamisée.

Les métiers de la recherche sont en profonde évolution : les biotechnologies vont modifier leurs activités et leurs compétences. Leur mission de découverte de molécules s'oriente vers la gestion et l'analyse de base d'informations massives avec la nécessité d'acquérir des compétences d'interprétation. Des métiers en émergence vont en découler : gestionnaire de sous-traitance ou coordinateur de sous-traitance de projets R & D (métier qui nécessite une très bonne connaissance des activités de recherche, de la technique et des protocoles), Data manager en R & D (métier reposant sur la gestion des données scientifiques).

##### Les métiers du développement clinique

En raison d'une augmentation du nombre d'études cliniques, d'études pharmaco-épidémiologiques ou de morbi-mortalité, d'une évolution des

technologies de recueil et de transmission des données et du génotypage, les métiers dans ce domaine vont fortement changer.

Parmi les métiers en évolution, il est possible de citer l'attaché de recherche clinique (ARC). L'informatisation va recentrer ses activités de collecte de données vers le contrôle qualité des données sources et l'explication des protocoles. Les informations fournies par le *Data management* l'aideront à préparer ses interventions et à économiser un tiers du temps de travail. Plus polyvalent à terme, il devra progresser en informatique, en gestion de problèmes administratifs et informatiques à l'hôpital, en relationnel, en épidémiologie, en anglais. Quant aux métiers en émergence, relevons l'arrivée de l'attaché de recherches épidémiologiques. Son rôle sera de contrôler la qualité des études par téléphone et de corriger les données en coopération avec le médecin investigateur.

##### Les métiers de la production

Parmi les métiers dont les compétences sont jugées critiques pour la branche, les métiers de la production ont fait l'objet d'une réflexion particulière. En effet, la famille production – qui représente 34 % de l'effectif de la branche – verra partir 38 % de ses effectifs, soit 4 200 personnes et ce taux de départ constitue une opportunité pour gérer les fins de carrière sur des métiers fortement touchés par les évolutions technologiques ; le taux de départ naturel pouvant accompagner les transformations de ces métiers.

Ces évolutions des métiers identifiés ont un impact tant sur la structure des métiers que sur le contenu des activités et des compétences requises. Ainsi, une partie des opérateurs vont à terme voir leur métier évoluer et le

champ de leur activité et de leurs compétences s'élargir, afin de réaliser une étape d'un procédé en garantissant la qualité du produit obtenu, vers le pilotage d'équipements automatisés. Le métier demain nécessitera des capacités de diagnostic des dysfonctionnements, d'interprétation des données, d'optimisation de la planification, la maîtrise des coûts et de la productivité, de la qualité et de la gestion des délais. Les connaissances nécessaires sur les produits et les procédés seront renforcées.

Parmi les métiers en évolution, relevons plus particulièrement le technicien de fabrication. Le cœur du métier porte sur le pilotage d'un équipement automatique, dont on optimise le fonctionnement. Au-delà des capacités techniques – process, statistiques de base, maintenance niveau 2, anglais technique, informatique... –, ce métier requiert des savoir-faire à dominante cognitive. Quant à l'opérateur de production, son activité principale évoluera vers le contrôle en cours, avec exploitation de données à divers stades, l'instruction de dossiers de lot, le bilan de consolidation. Il devient gestionnaire de sa production, du produit, garant de chaque unité produite. Ses connaissances englobent l'outil (sécurité machine) et les techniques (maintenance de niveau 1).

Pour les métiers en émergence, citons le data manager industriel (gestionnaire de données industrielles). Des technologies développant en parallèle les bases de données contenant les informations sur la production, ses activités évoluent vers la gestion et l'extraction des données, avec mise à jour des bases et des changements de marquage pour le conditionnement en coordination avec le siège.

### Les métiers de la commercialisation

Parmi les métiers en évolution, le chef de produits, avec l'évolution des techniques de marketing du médicament vers celles du "mass market" dans les années à venir, la présence au sein des équipes marketing de profils "pharmacien ou médecin + 3<sup>e</sup> cycle marketing" devrait être complétée par des profils "écoles supérieures de commerce" dont les connaissances devront s'élargir dans les domaines de la réglementation et du juridique, de la finance et du contrôle de gestion, ainsi que dans ceux des systèmes de santé internationaux.

Le gestionnaire de données *marketing* est l'un des métiers en émergence. Ce nouveau métier, qui va de pair avec l'émergence et le développement de la gestion des données marketing depuis dix ans dans le domaine des études cliniques, répond à la nécessité d'utiliser de nouveaux outils de contrôle des ventes. Quant au responsable de la relation clients ou "*customer relationship management*", sa fonction CRM connaît une triple orientation : transmettre le plus efficacement possible le message de l'entreprise aux interlocuteurs visés (médecins, pharmaciens, patients) par le média qui aura le meilleur impact, optimiser la relation prescripteurs/patients, valoriser le potentiel clients en définissant des segments et en développant les stratégies et les services appropriés, à partir de l'ensemble des démarches de satisfaction client.

En conclusion, la branche doit pouvoir relever les défis qui se présentent à elle et pour cela :

- renouveler les effectifs en favorisant le recrutement de jeunes et de salariés de tous âges pour assurer l'équilibre de la pyramide des âges ;

- fidéliser les salariés et plus particulièrement les jeunes ;
- adapter les politiques de rémunération ;
- augmenter le niveau de compétences pour les métiers en évolution par des actions de formation et en développant la mobilité promotionnelle ;
- reconvertir ou réorienter les personnels touchés par des risques de diminution du nombre d'emplois ;
- enfin, développer des compétences de management pour un encadrement composé essentiellement de scientifiques.

## 2. L'équipe des entretiens pharmaceutiques

### Discutante : Vanessa Wisnia-Weill (Commissariat général du Plan)

Vanessa Wisnia-Weill interroge Emmanuelle Garassino afin de savoir si le LEEM a fait des scénarios d'emploi liés à l'évolution de l'activité de la branche intégrant des changements fondamentaux. À titre d'illustration : spatialisation des sites industriels sur des territoires ciblés, poursuite de la délocalisation de la fonction R & D aux États-Unis ou de celle du développement clinique, l'activité en France n'étant plus orientée que sur la fonction commerciale ou encore sur le développement de partenariats régionaux afin de répondre à des besoins de compétences très spécialisés et de connaissances fondamentales. Elle se demande également si des hypothèses suggérées ont favorisé la préconisation de politiques de formation.

Emmanuelle Garassino rappelle que dans l'exercice prospectif qui a été réalisé, l'industrie du médicament est

à la croisée des chemins. En effet, avec les départs en retraite projetés (rappel 42 000 personnes), il restera 60 000 salariés en 2012. Face aux évolutions de la branche deux voies ont été explorées, soit :

- la France prend le chemin de l'innovation. Elle reste un pays attractif avec une industrie forte ;
- la France ne prend pas sa place dans la compétition mondiale. Elle abandonne sa politique stratégique du médicament.

Il a alors été suggéré d'aller plus loin dans les scénarios envisagés en considérant qu'une très large part des sites industriels est amenée à se reconvertir.

Emmanuelle Garassino met en avant le fait que l'industrie du médicament a déjà engagé une politique de rationalisation, de spécialisation de ses sites industriels, tant en France qu'en Europe. Toutefois, cela ne signifie pas automatiquement une diminution des effectifs employés. On assiste à une augmentation de la taille des établissements et il est clair que cette tendance devra se prolonger.

Toutefois, dans un contexte difficile pour l'innovation et face aux nouvelles contraintes économiques, financières et éthiques, la recherche et le développement de nouveaux médicaments deviennent un enjeu crucial. C'est pourquoi, les biotechnologies doivent être développées car elles ouvrent des voies prometteuses, relayées par le développement de la robotisation, l'intégration d'autres disciplines scientifiques, l'automatisation de la production et le progrès constant et rapide des technologies d'information et de communication.

Face à cet argumentaire, une interrogation a été soulevée. Il importe de

considérer l'attractivité globale du territoire (en termes d'innovation certes mais aussi en termes de marché). Alors que le marché français offre des débouchés importants, il est étonnant que la branche mette autant en avant les périls qui menaceraient l'activité de l'industrie pharmaceutique.

Emmanuelle Garassino répond qu'en effet le devenir de la branche en France dépend de la politique publique par rapport au soutien qu'elle peut apporter à l'innovation et

à la R & D. L'attractivité du territoire français en dépend. Elle précise que la compétitivité de la branche dépendra de la capacité des entreprises du médicament à s'adapter aux mutations et à poursuivre l'innovation et d'autre part de la mobilisation des pouvoirs publics en faveur de la recherche et du progrès thérapeutique de la part de ces derniers. Il s'agit en effet de faciliter également les passerelles d'emploi entre la recherche privée et la recherche publique pour le maintien de l'expertise sur le territoire français.

## CONCLUSION DE LA JOURNÉE

de Daniel Lenoir  
(FNMF)

L'ensemble des éléments qui ont été abordés au cours de cette journée permettent d'envisager des questionnements généraux pour les quatre groupes de projet de l'axe santé du Commissariat général du Plan. Les réflexions prospectives conduites au sein de chaque groupe doivent prendre en compte les demandes émanant de l'État en termes de stratégie d'action pour les années à venir.

Les ressources humaines dans le champ de la santé sont rares, le plus souvent coûteuses et peu flexibles. Or, ce sont elles qui déterminent la réponse aux besoins. Elles façonnent aussi la compétitivité internationale et influent sur l'attractivité du pays pour certains secteurs, à l'instar de l'industrie pharmaceutique. S'exprimant au travers d'organisations variées, ces ressources conditionnent également la capacité d'innovation et constituent un moteur de notre capacité à exister demain.

La pénurie des métiers de la santé est depuis peu mise en avant. Ainsi, en moins de quatre ans, pour la profession de médecin, la France est passée d'un excès à une insuffisance de l'offre, la situation d'excès étant davantage ressentie par les payeurs tandis que l'insuffisance ne s'établirait pas à la hauteur de la demande des citoyens habitués à consulter. Cette tendance, si elle n'est pas encore dramatique, est génératrice d'angoisse pour les professionnels et les citoyens. Cette inquiétude de la société devra être gérée.

On observe par ailleurs une solidité croissante des modes d'observation statistiques, apportant des éléments détaillés jusque-là inexistantes, autant en termes de diagnostic que de projections du nombre de professionnels de santé. Or, le sentiment dominant tend à exprimer l'impossibilité de

changer le système actuel d'organisation. Paradoxalement, plus les chiffres sont précis, plus la décision apparaît délicate.

Ces précisions quantitatives renforcent l'ensemble des connaissances qui permettent d'éclairer les choix politiques. Mais face à la complexité du système de santé actuel, qui participe au brouillage et à l'élargissement de la notion de santé, les politiques publiques subissent une tentation polaire : l'hypervolontarisme et l'ultra-libéralisme.

Les organisations du système de santé sont devenues inadaptées. Il s'agit aujourd'hui, entre autres, d'apprécier ce que les coûts de coordination permettent d'une part d'économiser en termes de productivité et d'autre part d'améliorer en termes de qualité.

Afin d'être en mesure de proposer des modalités d'action innovantes, les travaux futurs du Commissariat général du Plan doivent s'appuyer sur trois axes jugés majeurs :

- un travail approfondi en matière de taxonomie. Ce chantier permanent peut s'articuler avec des comparaisons internationales ;
- dépasser les difficultés causées par les mesures, simulations et projections. Même si l'avenir reste à jamais imprévisible, il ne s'agit pas pour autant de se priver des projections disponibles qui permettent d'identifier les points de rupture. L'objectif est aussi d'intégrer ces éléments en tant qu'instruments de gestion, c'est-à-dire d'outils permettant de choisir et autorisant la prise de risques ;
- en termes d'organisation, tenir compte mais aller impérativement au-delà des questionnements actuels ayant trait aux expérimentations, à la



réglementation et à la judiciarisation. Premièrement, les expérimentations ont pu apparaître utiles pour faire évoluer les systèmes locaux de santé. Elles perdent quelque peu de leur pertinence face aux urgences sociétales et de gestion. Ensuite, la réglementation apparaît clairement comme un frein au changement. La judiciarisation est quant à elle à prendre en compte mais n'apparaît toutefois pas comme une préoccupation majeure des usagers-citoyens.

Renforcer la pertinence des organisations, c'est réfléchir aux évolutions des métiers actuels de la santé mais aussi s'intéresser aux nouveaux métiers. Dans cette perspective, les métiers dits de support pourraient se développer. Dépassant la référence au modèle industriel et tenant compte de l'autonomie irréductible du soignant, ils permettraient de renforcer l'efficacité des organisations sur deux plans : la gestion de l'information et la coordination entre acteurs d'horizons différents.