

TOME 3

DES PROFESSIONS DE SANTÉ
EN ÉVOLUTION
pharmaciens, orthophonistes,
médecins en formation

Le rapport 2010-2011



TOME 3

DES PROFESSIONS DE SANTÉ EN ÉVOLUTION

pharmaciens, orthophonistes,
médecins en formation

Le rapport 2010-2011

© ONDPS, 2012
Réalisation : www.lasouris.org
ISBN : 978-2-11-097355-9
DICOM : 12-016

SOMMAIRE

7 INTRODUCTION

ÉTAT DES LIEUX DES PROFESSIONS DE SANTÉ

- 11 Au 1^{er} janvier 2011, les professions de santé regroupent 1 049 482 personnes
- 12 La croissance des effectifs a été durablement marquée pour presque toutes les professions de santé
- 14 Les professions de santé ont connu de profondes évolutions dans la période récente
- 14 *L'universitarisation des formations*
- 16 *Les évolutions des métiers*
- 17 Les évolutions en cours devraient modifier les données démographiques

LES PHARMACIENS EN ACTIVITÉ ET EN FORMATION. ÉTAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS PLURIANNUELLES D'EFFECTIFS À FORMER

État des lieux de la démographie des pharmaciens en 2009-2010

- 26 **LES PHARMACIENS EN ACTIVITÉ**
- 26 La démographie globale
- 29 État des lieux comparatif, selon les régions, des différents métiers
- 29 *Les officinaux sont relativement peu affectés par le vieillissement des effectifs*
- 29 *La densité régionale de pharmaciens d'officine en métropole varie de 71 à 109 pour 100 000 habitants et est fortement corrélée à celle des officines*
- 29 *Le nombre de pharmaciens par officine, 2,4 au niveau national, connaît peu de variations régionales*
- 31 *Les pharmaciens biologistes connaissent un vieillissement plus marqué que les autres métiers de la pharmacie, et supérieur à celui des médecins biologistes*
- 31 *Les territoires les moins dotés en pharmaciens biologistes le sont également en médecins biologistes*
- 31 *Il existe un lien étroit entre la densité des biologistes et celle des laboratoires*
- 34 *Les pharmaciens des établissements de santé sont relativement jeunes*
- 34 *Les effectifs des pharmaciens de l'industrie sont mal identifiés*

36 LA DÉMOGRAPHIE ÉTUDIANTE

37 Le *numerus clausus* en pharmacie

38 *Sur la période 2001-2010, la hausse du numerus clausus a affecté de façon très variable les différentes UFR et régions*

40 Les effectifs des étudiants en pharmacie

40 *18 030 étudiants au total sont inscrits dans le cursus de pharmacie en 2010-2011*

40 *La répartition des effectifs inscrits en troisième cycle*

43 *Les effectifs inscrits dans les différents DES*

44 Les perspectives que dessine la démographie étudiante pour les différents métiers

45 *La part des étudiants se destinant à l'exercice officinal varie d'une inter-région à l'autre, mais surtout d'une région à l'autre*

48 *En biologie médicale, la place relative des inter-régions dans la formation n'est pas toujours identique à celles qu'elles occupent en termes de population*

50 *Les perspectives de renouvellement des biologistes âgés de 55 ans et plus varient selon les régions et inter-régions*

51 *Un possible accroissement des effectifs des pharmaciens des établissements de santé*

53 Aucune région n'apparaît en situation difficile par rapport au renouvellement de ses effectifs globaux

55 Tableaux récapitulatifs

57 UN APPROFONDISSEMENT RÉGIONAL DU DIAGNOSTIC

57 Les différences infra régionales de situations coïncident avec des disparités de capacité des structures de soins

58 Les régions conservent diversement les pharmaciens diplômés dans leurs facultés

Les propositions de pharmaciens à former pour la période 2012-2016

69 **LE NUMERUS CLAUSUS**

71 **LES POSTES OUVERTS À L'INTERNAT**

73 **LA SIXIÈME ANNÉE**

76 **LES INCERTITUDES QUI RELATIVISENT LA PORTÉE DES PRÉVISIONS SUR LES BESOINS D'EFFECTIFS DE PHARMACIENS**

76 Les flux des effectifs en formation subissent des variations liées en partie à une durée effective et à des taux d'abandon des études mal appréciés

77 La capacité des régions à conserver les pharmaciens qu'elles forment, et, le cas échéant, à attirer des jeunes pharmaciens est sans doute inégale

78 La délicate appréciation des besoins futurs

LE MÉTIER D'ORTHOPHONISTE : LES FAÇONS DE L'EXERCER

84 **LES EFFECTIFS ET LEUR RÉPARTITION**

84 La profession, très féminisée a connu une forte évolution démographique

- 84 Les modes d'exercice des orthophonistes sont variés mais orientés majoritairement vers le secteur libéral
- 85 Les disparités géographiques sont marquées quel que soit le secteur d'exercice
- 88 *Des corrélations variables entre la présence d'un centre de formation et le niveau de densité des orthophonistes*
- 89 *L'impact des disparités géographiques sur l'activité des orthophonistes libéraux est significatif*
- 92 **LA FORMATION**
- 92 La formation initiale des orthophonistes s'est récemment intégrée dans la réforme du LMD
- 93 La formation continue est largement suivie dans la profession
- 95 **L'ACTIVITÉ DES ORTHOPHONISTES**
- 95 L'activité des orthophonistes est principalement centrée sur cinq actes
- 95 Les prescripteurs sont essentiellement les médecins généralistes
- 96 La médecine scolaire et l'orthophonie entretiennent de fortes interactions dans la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages
- 98 La nomenclature des actes s'est adaptée au rôle croissant des orthophonistes dans les pathologies du langage et de la parole et à l'évolution de leurs relations avec les prescripteurs
- 99 Les relations entre les orthophonistes et les autres professions de santé
- 101 **DIFFÉRENTS POINTS DE VUE SUR L'EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE**
- 101 La satisfaction des demandes actuelles de prises en charges orthophoniques
- 102 L'examen de deux situations régionales contrastées
- 104 *Les actes réalisés dans les deux régions étudiées concernent, comme au niveau national, très majoritairement les enfants*
- 104 *Les délais d'attente sont importants en dehors de la métropole toulousaine*
- 105 Des champs d'intervention très larges qui restent à conforter
- 107 Une recherche clinique encore peu développée
- 108 L'orthophonie dans d'autres pays européens
- 111 **ANNEXES**

LES MÉDECINS EN FORMATION

- 119 **L'AUGMENTATION DES FLUX D'ÉTUDIANTS**
- 120 Sur la période 1998-2009, le doublement du *numerus clausus* qui est passé de 3700 à 7400, ne s'est pas effectué graduellement
- 121 Les capacités universitaires d'encadrement des étudiants n'ont pas suivi les augmentations des flux d'étudiants
- 122 La croissance régionale du nombre d'internes ne coïncide pas systématiquement avec celle du *numerus clausus*
- 123 Les capacités d'encadrement n'ont pas suivi les augmentations des flux d'internes

125 L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION DES DIFFÉRENTS MÉTIERS MÉDICAUX

- 125** Une très forte progression des promotions d'internes de médecine générale en cours de formation pratique
- 126** Les différentes spécialités des trois autres grandes filières progressent selon des rythmes différents
- 129** La filiarisation permet une régulation plus adaptée des flux de spécialistes
- 131** Les inflexions régionales
- 131** La filiarisation pourrait être porteuse d'une mobilité plus forte des étudiants
- 132** *Lors des dernières ECN 51,6% des candidats ont changé de subdivision, soit contraints, soit volontairement*
- 132** *La part des DCEM₄ qui restent dans leur subdivision pour effectuer leur internat est très variable*
- 133** *La part des candidats locaux parmi les affectés est aussi très variable*
- 133** *La mobilité des internes en médecine générale, a priori moins soumise à la contrainte, est parfois très élevée et sans relation avec l'offre locale de postes*

135 LES SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS



Introduction

Développés avec des perspectives et des méthodes différentes, les travaux présentés dans ce rapport ont en commun de lier la question démographique avec celle de l'évolution des métiers. Dans ce domaine, plusieurs chantiers dessinent un paysage renouvelé, du fait de la redéfinition des missions que connaissent déjà certains métiers, comme celui des sages-femmes¹, ou en lien avec les transformations de la formation, la réingénierie des métiers, ou bien encore la montée en charge de la coopération des professionnels de santé². Les médecins n'échappent pas à ce mouvement. La réforme des études médicales, en cours d'examen, comme le développement professionnel continu (DPC) devraient ouvrir pour beaucoup d'entre eux des perspectives nouvelles.

Après une présentation synthétique des effectifs de chacune des professions de santé et un rappel des modifications qui ont affecté leur formation ou les modalités de leur exercice dans la période récente, deux contributions s'attachent à l'examen de la situation de deux professions particulières : les pharmaciens et les orthophonistes. La troisième contribution fournit un état des lieux actualisé des effectifs de médecins en formation.

L'analyse de la situation des pharmaciens qui compose le premier chapitre, a été effectuée dans le cadre des propositions pluriannuelles d'effectifs à former que l'Observatoire a pour mission de formuler, depuis 2010. L'état des lieux réalisé s'appuie sur un diagnostic harmonisé de la situation démographique, que les ARS ont conduit avec les partenaires locaux engagés dans les comités régionaux. À l'instar de la démarche développée depuis plusieurs années pour les médecins³, trois dimensions constituent le socle du diagnostic : les actifs en activité, les étudiants en formation susceptibles d'assurer la relève de ceux qui cesseront leur activité dans les 5 et 10 prochaines années, et la comparaison des dotations régionales basée sur quelques indicateurs permettant de rapporter les effectifs aux données populationnelles ou d'équipements principalement. Les propositions d'effectifs de pharmaciens à former qui ont été transmises aux ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur, pour la période 2012-2016 sont exposées en fin de chapitre.

1. Cour des Comptes, *La Sécurité sociale*, chapitre VI, septembre 2011, La documentation française.
2. Une trentaine d'avis ont à ce jour été exprimés par la HAS sur les protocoles de coopération transmis par les ARS dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST.
3. Rapport 2008-2009, tome 1, et Rapport 2010-2011, tome 1, ONDPS.

Le deuxième chapitre rassemble les principaux résultats d'une étude menée sur le métier d'orthophoniste⁴. Sur la base d'un cadrage de la démographie de la profession et de son activité, ce travail s'attache à identifier comment les professionnels en vivent l'exercice, quel jugement portent les prescripteurs sur l'apport de cette prise en charge pour les patients, et enfin quelles seraient les évolutions souhaitables tant du point de vue des professionnels que des patients. Les résultats de l'étude sur les orthophonistes permettent de faire apparaître des similitudes de problèmes avec un autre métier de la rééducation, la kinésithérapie, qui avait également fait l'objet d'une investigation particulière⁵.

Enfin, le dernier chapitre présente la situation la plus récente des effectifs d'internes de médecine dans l'optique de faire apparaître les évolutions associées à la mise en place de la filiarisation des spécialités médicales introduite en 2010. En effet, des inflexions numériques des effectifs en formation sont sensibles pour certaines d'entre elles. Outre les priorités de santé publique qui participent à ce mouvement à la hausse comme l'illustre le cas des spécialités en charge du cancer analysées dans le tome 2 du rapport 2010-2011⁶, les argumentaires régionaux mettent en évidence les priorités de renouvellement des effectifs, comme c'est le cas pour les spécialités qui se consacrent à la prise en charge des pathologies liées au vieillissement, ou les impacts des réorganisations hospitalières ou des flux de patients. Il est également intéressant de souligner, à l'inverse, la prudence des demandes numériques pour des spécialités pour lesquelles, soit une précision des missions du métier est attendue, comme pour la pédiatrie ou la gynécologie médicale, soit des interrogations se formulent sur les capacités de formation et de stages, par exemple, dans certaines régions, pour les spécialités médico chirurgicales.

Dans leur diversité, ces divers éclairages permettent de souligner deux faits majeurs : d'abord, le prisme de la prise en charge du patient et des parcours de soins affirme de plus en plus sa pertinence pour la définition et l'évaluation de ressources soignantes adaptées. L'approche en « tuyau d'orgue », qui renseigne efficacement sur l'état démographique de chaque profession, mais qui laisse ouverte la question de leur indispensable complémentarité, trouve ses limites. L'adoption du point de vue de la prise en charge des patients rend enfin incontournable le développement d'une approche globale territoriale, qui est la seule susceptible de détecter les ruptures ou faiblesses de l'offre de soins ayant de possibles répercussions sur les patients ou la santé des populations⁷. On peut aussi noter l'influence forte et rapide des transformations organisationnelles, tant celles qui résultent de la répartition des structures que celles qui concernent la chaîne de prise en charge des patients, sur les besoins en professionnels de santé.

4. Les Asclépiades/ONDPS (2011), Étude sur les champs d'intervention des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions (à paraître).

5. Matharan J., Micheau J., Rigal E. (2009) « Le métier de masseur-kinésithérapeute » et « La prescription de masso kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux », Plein Sens/ONDPS, et les orthophonistes dans ce tome.

6. Rapport ONDPS 2010-2011, tome 2, *Les métiers liés au cancer. Leur répartition et ses déterminants*, ONDPS/INCa.

7. Docteur E. Hubert, Mission de concertation sur la médecine de proximité, 2010.

ÉTAT DES LIEUX
DES PROFESSIONS
DE SANTÉ

Après une présentation synthétique des effectifs de l'ensemble des professions de santé, sont recensées les principales évolutions qui ont concerné certaines d'entre elles, et qui sont susceptibles d'avoir des impacts, soit sur leur démographie, soit sur l'évolution de leur métier.

Au 1^{er} janvier 2011, les professions de santé regroupent 1 049 482 personnes

Deux professions constituent l'essentiel des effectifs : les infirmiers représentent un peu plus de 50 % de l'ensemble et les médecins un peu moins de 20 %. Viennent ensuite les pharmaciens et les masseurs kinésithérapeutes qui représentent chacun un peu moins de 7 %.

Le vieillissement des effectifs le plus accentué touche les médecins et les chirurgiens dentistes qui connaissent à la fois la part la plus faible de professionnels âgés de moins de 35 ans et la part la plus élevée de 55 ans et plus.

Le pourcentage de femmes, qui avoisine 40 % pour les médecins et les chirurgiens dentistes, est plus élevé pour les autres professions de santé.

Le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est maintenant opérationnel pour les pharmaciens et pour les médecins, pour les sages-femmes plus récemment. Les effectifs des médecins au 1^{er} janvier 2012 sont analysés par la DREES¹. Les autres professions devraient intégrer le Rpps en 2012 (tableau 1).

1. Daniel Sicart, « Les médecins au 1^{er} janvier 2012 », *Document de travail*, Série statistiques, DREES, n° 167, février 2012.

TABLEAU 1

LES EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTÉ, AU 1^{ER} JANVIER 2011 ET LES PRINCIPAUX INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2011	Part des femmes en 2011 (en %)	Part des moins de 35 ans en 2011 (en %)	Part des 55 ans ou plus en 2011 (en %)	Âge moyen au 1 ^{er} janvier 2011	Densité (*) en 2011
Médecins	208 727	40,8	7,4	39,5	51,1	334
Chirurgiens-dentistes	40 941	38,9	15,1	28,9	48,6	66
Pharmaciens	71 797	66,4	18,7	22,7	46,2	115
Sages-femmes	18 070	98,1	38,5	10,7	48,9	125 (1)
Infirmières	534 378	87,3	29,0	17,2	42,7	855
Masseurs-kinésithérapeutes	70 780	48,0	34,8	18,4	42,4	113
Orthophonistes	19 963	96,3	32,1	20,4	43,0	32
Orthoptistes	3 396	90,5	39,4	12,8	40,0	5
Psychomotriciens	7 819	87,7	35,4	16,3	41,2	13
Pédicures-podologues	11 579	67,1	36,4	14,4	41,2	19
Ergothérapeutes	7 535	86,7	47,1	9,2	38,0	12
Audio-prothésistes	2 437	44,3	38,0	10,9	42,1	4
Opticiens lunetiers	23 307	51,4	52,2	7,1	37,3	37
Manipulateurs radio	28 753	72,5	27,8	19,7	43,7	46
Ensemble des professions réglementées par le Code de santé publique	1 049 482					

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, Répertoire Adeli, ASIP-RPPS (traitements DREES) en beige.

(*) nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

(1) nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

La croissance des effectifs a été durablement marquée pour presque toutes les professions de santé

Du fait de la mise en place du RPPS en 2011 pour une partie seulement des professions de santé, c'est la date du 1^{er} janvier 2010 qui permet l'appréciation homogène de l'évolution des effectifs, à partir de la même source de données.

Que l'on se réfère aux vingt dernières années (graphique 1) ou à la période plus récente 2000-2010 (tableau 2), il apparaît que les professions de santé ont connu des augmentations importantes de leurs effectifs, à l'exception des médecins et surtout des chirurgiens dentistes dont les effectifs ont pratiquement stagné.

TABLEAU 2

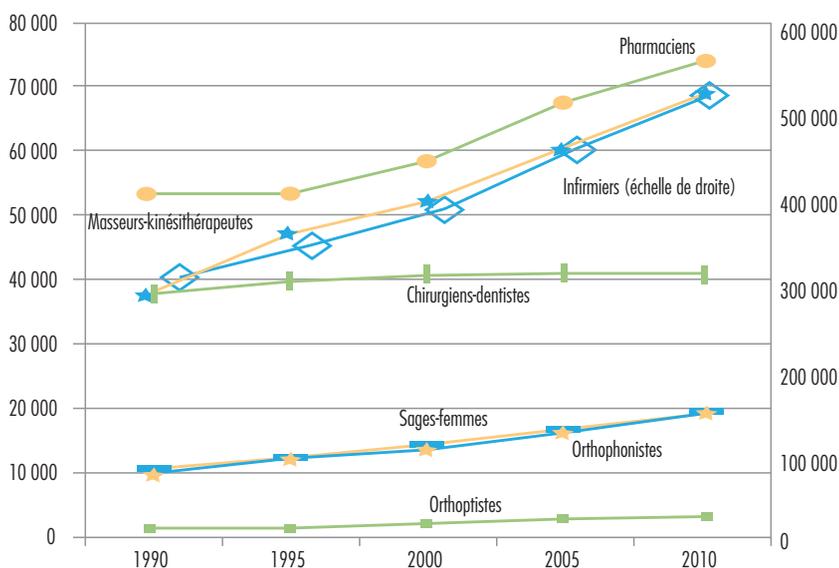
LES EFFECTIFS ET LE TAUX DE CROISSANCE 2000-2010 DES PROFESSIONS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉES

	Effectifs au 01/01/2000	Effectifs au 01/01/2010	Taux de croissance 2010/2000	Taux de croissance annuel moyen 2010/2000
Médecins	194 000	207 457	7%	0,7%
Chirurgiens-dentistes	40 539	40 930	1%	0,1%
Pharmaciens	58 407	74 059	27%	2,4%
Sages-femmes	14 353	19 208	34%	3,0%
Infirmiers	382 926	515 754	35%	3,0%
Masseurs-kinésithérapeutes	52 056	68 923	32%	2,8%
Orthophonistes	13 483	19 247	43%	3,6%
Orthoptistes	2 137	3 232	51%	4,2%
Psychomotriciens	4 588	7 510	64%	5,1%
Pédicures podologues	8 789	11 299	29%	2,5%
Ergothérapeutes	3 888	7 214	86%	6,4%
Audio prothésistes	1 313	2 352	79%	6,0%
Opticiens lunetiers	10 012	20 707	107%	7,5%
Manipulateurs ERM	21 589	28 112	30%	2,7%
Total	808 080	1 026 004	27%	2,4%

Champ : France métropolitaine plus DOM. Sources : DREES, Répertoire Adeli.

GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION 1990-2010 DES EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉES ET PRÉSENTES DANS LE RÉPERTOIRE ADELI EN 1990 (HORS MÉDECINS)



Champ : France métropolitaine.
Sources : DREES, Répertoire Adeli.

La comparaison de la situation française avec celle d'autres pays se heurte à des limites dues aux différences d'organisation des systèmes, comme cela est souvent souligné. Il est toutefois intéressant de noter que la France se situe parmi les pays les plus dotés en densité de médecins et qu'elle est légèrement en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE pour la densité infirmière. Le ratio d'infirmiers par rapport au nombre de médecins est de 2,5 en 2009 en France, alors que la grande majorité des pays de l'OCDE présente un ratio supérieur proche ou supérieur à 4².

Les professions de santé ont connu de profondes évolutions dans la période récente

Les réformes qui sont intervenues dans la période récente résultent de différents processus. Pour ce qui concerne les formations, on peut citer la mise en œuvre des accords de Bologne et la reconnaissance d'un niveau universitaire aux formations paramédicales, mais aussi la volonté d'uniformiser davantage les formations des professions de santé dans l'optique de favoriser leur coopération, enfin la prise de conscience de la nécessité de faire mieux coïncider les diplômes avec la réalité des évolutions qui affectent l'exercice des métiers. En effet, nombre d'entre eux voient leurs missions redéfinies, de sorte que leur apport spécifique soit mieux reconnu, ou que leurs interventions auprès des patients soient rendues plus efficaces³.

L'universitarisation des formations

Une première année commune d'études de santé

La mise en place de la PACES à la rentrée universitaire 2011 concerne les quatre filières de médecine, d'odontologie (chirurgie dentaire), de pharmacie et de sage-femme (maïeutique).

L'objectif de cette première année commune est d'offrir une préparation égalitaire aux candidats à l'entrée dans ces filières et de permettre des passerelles vers d'autres formations en cours ou en fin de première année commune. Ces passerelles visent à réorienter les étudiants de PACES qui le souhaitent vers un autre cycle en licence scientifique ou non, après accord de l'université.

C'est au début du deuxième quadrimestre que les étudiants choisissent l'unité ou les unités d'enseignement spécifiques correspondant à la ou aux filières pour laquelle/lesquelles ils souhaitent concourir : diplôme d'État de docteur en médecine, diplôme d'État de docteur en pharmacie, diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire, ou diplôme de sage-femme.

2. Données OCDE 2011.

3. Hénard L., Berland Y., Cadet D. (présenté par) Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire « Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », janvier 2011.

L'introduction de cette première année commune est trop récente pour que l'on puisse en tirer des enseignements. Il est cependant prévisible que les limites qui sont introduites en matière de redoublement auront un impact sur les profils des étudiants dans chacune des filières.

L'universitarisation de la formation des sages-femmes

Jusqu'alors dispensée dans 35 écoles financées par les conseils régionaux et rattachées à un établissement hospitalier, la formation des sages-femmes peut se dérouler dans le cadre universitaire depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009. L'admission dans ces écoles est subordonnée, depuis la rentrée universitaire 2010-2011, au classement en rang utile à l'issue des épreuves spécifiques de la première année commune des études de santé (PACES) suivie à l'université. L'intégration du cursus dans le schéma LMD leur confèrera désormais un grade universitaire de master.

L'École universitaire de maïeutique de l'Université d'Aix-Marseille a déjà été créée et plus de vingt projets d'intégration sont actuellement en cours, à divers stades d'avancement et de négociation.

La définition d'un niveau d'études en master pour les masseurs kinésithérapeutes et les orthophonistes

La décision des ministres du Travail, de l'emploi et de la santé et de l'Enseignement supérieur et de la recherche de rénover la formation généraliste en orthophonie et en masso-kinésithérapie de façon que celle-ci puisse être reconnue en master 1, est intervenue fin 2011. Le principe de la reconnaissance d'une année de formation universitaire complémentaire de niveau master 2, destinée à répondre aux besoins très spécifiques de certains patients est, par ailleurs, énoncé comme jetant les bases de nouvelles professions d'orthophoniste et de masseur kinésithérapeute praticiens.

Les études réalisées sur ces deux métiers relèvent une affirmation très forte de l'unicité du métier par les représentants des professions en même temps que l'existence d'exercices à orientation particulière, sinon spécialisée, rendue nécessaire pour la prise en charge de certaines rééducations⁴. La définition de nouvelles professions pourrait présenter l'intérêt de préserver l'unicité du métier, tout en apportant une réponse aux besoins spécialisés de rééducation que les progrès et les spécialisations de la médecine et de la chirurgie conduisent à faire progresser.

La formation tout au long de la vie professionnelle

Les décrets relatifs au développement professionnel continu (DPC) sont parus au Journal officiel le 1^{er} janvier 2012. Cette nouvelle obligation annuelle, initiée en 2009 par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), concernera tous les professionnels de santé.

4. Matharan J., Micheau J., Rigal E. (2009), *op. cit.*, et les orthophonistes dans ce tome.

Le DPC comporte l'analyse par les professionnels de santé concernés de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou salariés, tous les professionnels devront satisfaire à l'obligation de DPC.

Il doit décloisonner la formation, et permettre à des professionnels, quels que soient leur métier ou leur mode d'exercice, de se retrouver pour se former et évaluer leurs pratiques professionnelles ensemble.

■ ■ Les évolutions des métiers

À terme vraisemblablement rapproché, les métiers de la santé devraient connaître des transformations de leurs missions et de leur positionnement dans la chaîne des soins. Ces évolutions, parfois présentées comme un des effets de la diminution de la démographie médicale, renvoient plus fondamentalement à trois facteurs. Le premier signe la reconnaissance de certaines pratiques de soins, déjà largement développées mais non reconnues, du fait qu'elles ne sont pas conformes à ce qu'énoncent les décrets d'actes. Le second facteur est lié au mouvement d'allongement des durées de formation et à la définition de cursus, qui, diplômant différemment, aboutissent à d'autres exigences de pratiques. Le troisième facteur qui, pour partie, condense les deux premiers, relève d'une prise de conscience mieux partagée de la nécessité de solliciter les compétences de chacun de façon plus efficiente, en mettant l'accent sur la complémentarité des prises en charge des patients, plutôt que sur leur compartimentage⁵.

Par exemple, il est attendu des pharmaciens d'officine une prise en charge accrue des actes de prévention et de suivi des malades chroniques.

Pour les sages femmes, c'est un rôle de premier recours pour le suivi de la grossesse physiologique et le suivi gynécologique contraceptif et de prévention qui est en question. Le rapport de la Cour des comptes souligne qu'une complémentarité mieux articulée avec les gynécologues obstétriciens, en particulier au sein des maternités privées, et une réorientation en ville de leur rôle vers le suivi post natal apparaissent nécessaires pour valoriser les compétences respectives de ces professions, au bénéfice de la sécurité des patientes, de l'amélioration des indicateurs de périnatalité et d'une optimisation de l'organisation des prises en charge, tant avant la naissance que pendant l'accouchement et dans le post partum⁶.

Pour les infirmiers, les masters de pratiques avancées permettront une évolution des carrières qui jusqu'ici n'était envisageable que dans la filière d'encadrement administratif, c'est-à-dire en dehors de la dispensation des soins.

5. Ces trois éléments, que sont les compétences acquises en pratique, la formation et la complémentarité des métiers, sont d'ailleurs centralement impliqués dans les dispositifs de coopération instaurés dans l'article 51 de la loi HPST.

6. *Le Rôle des sages-femmes dans le système de soins*, chapitre VI. Cour des Comptes, rapport cit., La documentation française, septembre 2011.

Les évolutions en cours devraient modifier les données démographiques

L'ensemble des transformations évoquées pourraient avoir des impacts démographiques non négligeables à terme.

En premier lieu, le rallongement de la durée des cursus pour les professions concernées modifie le rythme des entrées dans l'activité, les effets de ce ralentissement peuvent toutefois rester marginaux sur les effectifs, si, dans le même temps, les réformes des conditions de la retraite se traduisent par un prolongement des durées d'activité. Cela est probable, comme on peut déjà le noter pour les médecins, mais demande à être confirmé sur un plus long terme.

Par ailleurs, l'introduction de formations débouchant sur des pratiques avancées ou sur de nouveaux métiers peut se traduire par une fuite d'une partie des effectifs des métiers socles actuels, à l'instar de ce qui se produit actuellement avec les IBODE, IADE et puéricultrices. Les possibilités accrues de spécialisation dans le soin pourraient augmenter la part des infirmières spécialisées, réduisant de ce fait les effectifs des IDE. Le suivi des effectifs d'infirmiers spécialisés, dont on a pu déjà souligner les imperfections, s'avère utile à mettre en place⁷.

Des réexamens du contour de certains métiers sont également engagés dans plusieurs domaines, souvent à l'initiative des professionnels de santé, l'objectif étant notamment de répartir de façon plus efficiente la prise en charge des patients. On peut signaler, à titre d'exemple, les initiatives des ophtalmologistes⁸ ou la déclaration commune des étudiants sages-femmes et des internes en médecine générale sur la prise en charge de la santé de la femme⁹.

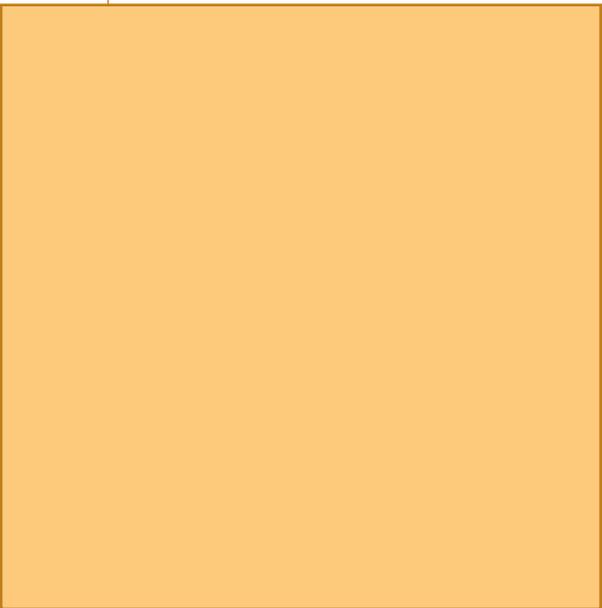
Les protocoles de coopération élaborés sous l'égide des ARS et instruits par la HAS constituent également des redéfinitions locales des modalités des prises en charge qui devraient être appelées à des extensions de plus grande ampleur. Les gains de temps médical constituent souvent le point d'impulsion de ces processus, mais ils posent avec force la question de la démographie des professionnels de santé « récepteurs » de ces nouvelles missions ou compétences, ainsi que celle des professionnels qui devront prendre le relais des prises en charge qu'eux-mêmes n'assureront plus, ou plus avec la même disponibilité. Si une architecture nouvelle des soins émerge, elle sera forcément porteuse d'une recomposition de la démographie des uns et des autres.

7. Rapport ONDPS 2005, *Analyse de deux professions pharmaciens, infirmiers*, tome 2.

8. Académie française d'ophtalmologie (AFO), Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030, travail préparé par la commission démographie et santé publique du SNOF Thierry Bour (rapporteur), avril 2011.

9. Association nationale des étudiants sages-femmes, ISNAR. IMG Organisation de la prise en charge de la santé de la femme : soins de premiers recours.

LES PHARMACIENS EN
ACTIVITÉ ET EN FORMATION
État des lieux et propositions
pluriannuelles d'effectifs
à former



L'état des lieux présenté dans cette contribution sur les pharmaciens en activité et en formation constitue le socle qui a permis à l'Observatoire de formuler des propositions pluriannuelles d'effectifs à former. Réalisé dans le cadre d'une démarche harmonisée avec les comités régionaux, il s'appuie sur une analyse particulière de chacun des métiers que le diplôme de pharmacien permet d'exercer.

La confrontation des données démographiques sur les pharmaciens en activité avec celles relatives aux pharmaciens en formation permet d'envisager quelles sont, pour chacun des métiers et par régions, les perspectives de renouvellement des effectifs. Celles-ci sont systématiquement rapportées également aux structures d'exercice.

C'est à l'aune de ces perspectives, et en tenant compte des priorités publiques et d'un certain nombre d'évolutions attendues que les propositions d'effectifs à former ont été ensuite formulées par le conseil d'orientation de l'ONDPS.

Deux constats majeurs se dégagent de l'analyse réalisée.

En premier lieu, la situation démographique des pharmaciens est quantitativement satisfaisante. Le maintien des tendances observées en matière de flux de formation doit permettre d'assurer le renouvellement des effectifs et pourrait même aboutir à leur augmentation. La prudence des propositions numériques formulées par la plupart des comités régionaux confirme que ce diagnostic est partagé localement¹.

Toutefois, du point de vue de l'offre de soins pharmaceutiques, de grandes réserves sont de mise. La répartition entre les différents métiers dépend pour l'instant des choix des étudiants et de l'offre de formation. Elle n'est que très partiellement encadrée par des quotas, elle n'est pas orientée par des repères nationaux stables quant à l'avenir des contours des métiers, et à leur place dans le système sanitaire pour le métier officinal, ou pour la biologie médicale. Les débouchés professionnels dépendent, pour l'industrie, d'un marché du travail qui relève pour partie de politiques publiques, l'avenir du médicament, et pour partie de stratégies d'entreprises.

Le second constat est relatif au cloisonnement de la vision régionale de la démographie des pharmaciens. Hormis le suivi assuré par l'Ordre des pharmaciens, et l'état des lieux remarquable qu'il réalise par sections, tant des effectifs que des structures,

1. Formulées dans le cadre des comités régionaux, l'élaboration des propositions a très généralement associé le doyen de la faculté de pharmacie, le représentant régional du Conseil de l'Ordre des pharmaciens, un ou des représentants des internes. L'examen régional qui a précédé ces propositions constitue dans la plupart des régions une initiative inédite.

aucun système d'information régional ne permet de disposer d'une vision d'ensemble des effectifs susceptible d'alimenter la réflexion prospective locale et les infléchissements souhaitables.

La coupure entre l'appareil universitaire de formation et les mondes professionnel et administratif est alimentée aussi par les modalités actuelles de la régulation des effectifs. D'une part, seule une partie des pharmaciens, certes la plus importante, fait l'objet d'un encadrement, mais celui-ci s'effectue via le nombre d'officines et non via leurs effectifs. D'autre part, le niveau territorial d'attribution des quotas de professionnels à former varie et ne s'applique pas à tous les métiers de la pharmacie. En effet, le *numerus clausus* est attribué par UFR, alors que les postes pour l'internat sont ouverts au niveau des inter-régions. En outre, seuls les métiers dont l'exercice est sanctionné par la détention d'un DES, soit 20 % des effectifs formés en pharmacie, font l'objet d'un quota de postes.

Le chapitre consacré à l'« état des lieux » comprend trois parties.

La première, sans reprendre les éléments démographiques détaillés publiés par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, présente les effectifs des trois principaux métiers de la pharmacie dans les régions, en les rapprochant des données sur les structures au sein desquelles ils exercent et, pour la biologie médicale, des données démographiques relatives aux médecins biologistes, afin de disposer d'une vision globale.

Une deuxième partie s'attache à caractériser la démographie étudiante et les perspectives qu'elle dessine pour chacun des métiers.

Une troisième partie est consacrée à une présentation plus approfondie de la situation dans quatre régions.

Le second chapitre présente les propositions pluriannuelles de pharmaciens à former, par région et par spécialité telles qu'elles ont été formulées et transmises aux ministres en charge de la Santé et de l'Enseignement supérieur. Elles concernent le *numerus clausus*, les postes ouverts à l'internat mais aussi les flux souhaités en sixième année pour l'officine et l'industrie. Par rapport à la procédure actuelle de régulation de cette profession, deux changements sont introduits dans la démarche suivie par l'Observatoire. D'abord, elle se décline par région, alors que le *numerus clausus* est attribué par UFR et que les postes ouverts à l'internat sont attribués au niveau inter-régional. Elle porte ensuite sur chacun des métiers de la pharmacie auxquels prépare le diplôme, alors que des quotas ne s'appliquent aujourd'hui qu'à la seule filière de l'internat. La distinction des différents métiers se justifie par la nécessité de prendre en compte des besoins en professionnels qui sont variables selon les secteurs d'exercice.

Enfin, des observations sont exprimées sur les difficultés à apprécier les besoins futurs, compte tenu de certaines incertitudes qui entachent la fiabilité des données mais aussi l'appréciation de l'ampleur des transformations qui affectent le contenu et les conditions d'exercice de tous les métiers de la pharmacie.



ÉTAT DES LIEUX
DE LA DÉMOGRAPHIE
DES PHARMACIENS EN 2009-2010

a) Les données et indicateurs pour analyser les situations régionales des pharmaciens en activité

Les effectifs issus des données du RPPS au 1^{er} janvier 2011, ont été regroupés selon leur affectation dans une des cinq catégories suivantes :

- Pharmacie d'officine (titulaires et adjoints),
- Biologie médicale (LABM + biologistes hospitaliers),
- Pharmacie hospitalière (pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur, les PUI),
- Industrie pharmaceutique²,
- Autres.

Ces différents métiers, qui correspondent à des exercices pharmaceutiques distincts, relèvent d'un diplôme unique, à l'issue du parcours de formation qui se particularise au cours du 3^e cycle (cf. schéma page 36).

La densité de pharmaciens, tous secteurs et spécialités confondus, constitue un premier indicateur de cadrage.

Les ratios entre les effectifs et les structures d'exercice représentent un second repère.

Pour les **pharmaciens d'officine**, sont examinés le rapport pharmacien par officine et le nombre des officines par habitant (existence de quota selon la population et les territoires).

Pour les **pharmaciens biologistes**, leur démographie est mise en perspective avec celle des biologistes issus de la filière médecine, ainsi qu'avec le nombre de laboratoires de biologie médicale (LABM), privés et publics, de la région.

Pour les **pharmaciens hospitaliers**, le nombre de pharmacies à usage intérieur (PUI) a été pris en considération, puisque c'est au sein de ces structures que s'exerce leur activité.

Pour les **pharmaciens exerçant en industrie**, aucune information sur les structures n'a été rassemblée. En outre, comme les pharmaciens exerçant dans le secteur de l'industrie ne sont généralement pas inscrits à l'Ordre, une grande partie de ces effectifs ne sont pas recensés dans le RPPS. Une meilleure connaissance de ce secteur est à promouvoir³.

Enfin, un indicateur de remplacement des effectifs permet d'apprécier la pérennité de la situation démographique. On considère, région par région, les professionnels âgés de 55 ans et plus qui sont susceptibles de cesser leur activité au cours des 10 prochaines années. On examine ensuite pour chacune des régions, le rapport entre les effectifs en formation sur les 5 prochaines années et le volume de ces départs potentiels. Un ratio égal à 50% permet, en théorie, de maintenir constants les effectifs en activité⁴.

Cet indicateur de remplacement est le même que celui utilisé dans la démarche de proposition des effectifs de médecins à former. En positionnant les capacités locales potentielles de renouvellement des effectifs, il permet de faire apparaître les décisions de rééquilibrage qui pourraient être nécessaires.

2. Environ la moitié des pharmaciens de l'industrie ne sont pas inscrits à l'Ordre, cette inscription n'étant nécessaire que pour l'exercice de certaines fonctions. De ce fait, si la mise en place du RPPS permettra à l'avenir de tous les enregistrer, les effectifs actuels des pharmaciens de ce secteur sont sous-estimés.

3. La région Rhône-Alpes a initié des contacts avec le LEEM et l'INSERM dans ce sens.

4. Sous réserve de l'absence de migration inter-régionale des diplômés et d'une cessation d'activité à 65 ans.

b) Les données pour analyser les situations régionales des pharmaciens en formation

Le recensement, auprès des facultés de pharmacie, des internes de pharmacie inscrits au DES de biologie médicale selon leur année d'études, initié par l'ONDPS en 2009, s'est poursuivi en 2010.

Ce recensement a été effectué pour les autres DES et complété par le dénombrement des étudiants selon l'année d'études et, pour la sixième année, selon les deux filières pharmacie et industrie, avec une rétrospective sur les années 2008 et 2009. Pour ce premier exercice, il paraissait en effet nécessaire de disposer de données sur trois années consécutives pour réduire les biais liés à d'éventuelles fluctuations d'effectifs selon les années et examiner, à moyen terme, les possibles déperditions en cours de parcours.

Hormis pour les enseignants PU-PH et MCU-PH des différentes spécialités qui se consacrent à la formation des biologistes médicaux, il n'existe pas de recensement national des enseignants en pharmacie au niveau du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, d'autant qu'ils ne sont pas tous pharmaciens mais peuvent appartenir à différentes disciplines des facultés de sciences. Pour les pharmaciens enseignants, cette activité n'entraîne pas d'inscription au tableau de l'Ordre, sauf dans le cas des « bi-appartenants » cités. Ainsi, contrairement aux travaux sur les médecins⁵, aucune comparaison inter-régionale de l'encadrement universitaire ne semble possible, en l'état actuel, à partir de sources administratives, hormis pour la biologie médicale.

Les capacités de formation par le biais des stages peuvent, par contre, donner lieu à inventaire au sein des régions.

Pour les stages en officine, le conseil de l'ordre des pharmaciens dispose des informations exhaustives sur les maîtres de stage et leur répartition territoriale.

Les données relatives aux stages en biologie médicale sont communes avec les internes en médecine, que l'ONDPS rassemble dans le cadre de la démarche de propositions des internes à former en biologie médicale.

5. Cf. Rapport ONDPS 2008-2009, tome 3, *Le renouvellement des effectifs médicaux*.



es pharmaciens en activité

La démographie globale

73 298 pharmaciens sont recensés par le RPPS au 1^{er} janvier 2011, dont 71 797 en France métropolitaine et 1 501 dans les régions d'outre mer. Cet effectif est de 73 259, selon les données publiées dans l'Atlas du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens⁶. 25,4 % d'entre eux sont âgés de 55 ans et plus.

Les variations, tant au niveau inter-régional que régional, sont très faibles, hormis dans les Antilles, où la part des pharmaciens âgés de 55 ans et plus, est très sensiblement supérieure à la moyenne (respectivement 35,6 % et 35,7 % pour la Martinique et la Guadeloupe) [tableau 1].

Globalement, la part qu'occupe chaque région dans les effectifs de pharmaciens est très proche de son poids dans la population générale (tableau 2). Les régions relativement moins dotées que les autres sont celles des Antilles-Guyane (Guyane, Martinique et Guadeloupe), les Pays de la Loire et la Lorraine. À l'inverse, l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées occupent une part dans la démographie des pharmaciens un peu supérieure à celle de leur population.

Près de 95 % des pharmaciens se répartissent dans quatre principaux secteurs : l'officine qui rassemble 75 % des effectifs, les laboratoires publics et privés de biologie médicale et les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé, qui regroupent respectivement 10,4 % et 6,6 % des effectifs, enfin l'industrie qui emploie 5,9 % des pharmaciens inscrits au RPPS.

Si l'on s'intéresse aux inter-régions d'internat⁷, la répartition des professionnels selon ces secteurs d'activité, varie assez peu, mis à part la situation spécifique des Antilles-Guyane et de l'Île-de-France. Pour cette dernière, l'industrie et la biologie occupent toutes deux une place dans le total des effectifs de la région supérieure à la moyenne. Pour les autres inter-régions, les variations du pourcentage de pharmaciens travaillant dans l'industrie expliquent celles des pharmaciens d'officine ou des biologistes. La part des pharmaciens hospitaliers exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur (PUI) apparaît, elle, quasiment constante, mises à part dans l'inter-région Nord Est et les régions d'outre mer.

6. La différence, négligeable, peut être due aux méthodes d'apurement des « multi-activités ».

7. C'est au niveau des inter-régions d'internat qu'actuellement sont ouverts les postes d'internes qui conditionnent l'accès à certains métiers (biologie notamment). C'est pourquoi l'analyse s'intéresse quasi systématiquement (sauf pour l'officine) à cette échelle territoriale, même si l'accent est mis sur l'échelle régionale.

À l'échelle des régions⁸, les contrastes sont un peu plus accusés : la part des officinaux est légèrement supérieure (entre + 3 % et + 6,7%) dans neuf régions, du fait de la quasi-absence d'industrie pharmaceutique. Pour la raison inverse, l'Alsace, la Haute-Normandie, le Centre et l'Île-de-France ont une part d'officinaux légèrement inférieure, de 5 à 6 %, à la moyenne nationale.

TABLEAU 1

PAR INTER-RÉGION ET PAR RÉGION, EFFECTIFS DES PHARMACIENS, NOMBRE ET POURCENTAGE DE PHARMACIENS ÂGÉS DE 55 ANS ET PLUS, AU 1^{ER} JANVIER 2011

	Total pharmaciens	Pharmaciens de 55 ans et plus	Part des 55 ans et plus
NR	303	114	37,6%
Île-de-France	13711	3918	28,6%
Nord-Est	8721	2084	23,9%
Alsace	1885	411	21,8%
Lorraine	2321	549	23,7%
Franche-Comté	1241	313	25,2%
Bourgogne	1864	472	25,3%
Champagne-Ardenne	1410	339	24,0%
Nord-Ouest	9606	1982	20,6%
Basse-Normandie	1443	337	23,4%
Haute-Normandie	1907	390	20,5%
Nord-Pas-de-Calais	4356	857	19,7%
Picardie	1900	398	20,9%
Rhône-Alpes-Auvergne	9250	2169	23,4%
Auvergne	1697	433	25,5%
Rhône-Alpes	7553	1736	23,0%
Ouest	11599	2929	25,3%
Bretagne	3330	792	23,8%
Pays de la Loire	3496	879	25,1%
Centre	2801	716	25,6%
Poitou-Charentes	1972	542	27,5%
Sud	10283	2731	26,6%
Languedoc-Roussillon	3525	894	25,4%
PACA + Corse	6758	1837	27,2%
Sud-Ouest	8324	2388	28,7%
Aquitaine	3879	1056	27,2%
Midi-Pyrénées	3414	891	26,1%
Limousin	1031	260	25,2%
Océan Indien	708	181	25,6%
Antilles-Guyane	793	269	33,9%
Martinique	331	118	35,6%
Guadeloupe	347	124	35,7%
Guyane	115	27	23,5%
TOTAL	73298	18584	25,4%

Sources : RPPS, 2011.

8. C'est au niveau des régions que les disparités de situation s'expriment, et sans doute encore plus au niveau départemental, comme le montre l'Atlas du CNOP, 2011.

TABLEAU 2

**POSITIONNEMENT DES RÉGIONS DANS LES EFFECTIFS TOTAUX DE PHARMACIENS
EN COMPARAISON AVEC LEUR POIDS DÉMOGRAPHIQUE, ET RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS
SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ**

	Part de chaque région dans le total pharmaciens	Part de la région en population	% des pharmaciens d'officine	% des pharmaciens biologistes	% des pharmaciens hospitaliers	% des pharmaciens en industrie
Île-de-France	19%	18%	69,6%	12,0%	6,7%	9,3%
Nord-Est	12%	13%	75,4%	10,0%	7,5%	5,1%
Alsace	3%	3%	69,4%	11,6%	6,4%	10,5%
Lorraine	3%	4%	76,5%	10,3%	9,3%	2,0%
Franche-Comté	2%	2%	79,1%	9,3%	6,7%	2,0%
Bourgogne	3%	3%	76,3%	8,8%	7,6%	5,4%
Champagne-Ardenne	2%	2%	77,2%	9,5%	6,5%	5,4%
Nord-Ouest	13%	14%	77,0%	9,1%	6,3%	6,3%
Basse-Normandie	2%	2%	76,4%	8,4%	7,8%	5,5%
Haute-Normandie	3%	3%	69,6%	9,4%	5,9%	13,6%
Nord-Pas-de-Calais	6%	6%	79,5%	9,2%	6,1%	4,1%
Picardie	3%	3%	79,3%	9,1%	6,0%	4,7%
Rhône-Alpes-Auvergne	13%	12%	72,6%	11,0%	6,9%	7,6%
Auvergne	2%	2%	75,2%	8,6%	6,5%	7,2%
Rhône-Alpes	10%	10%	72,0%	11,5%	7,0%	7,7%
Ouest	16%	17%	77,3%	9,0%	6,9%	5,2%
Bretagne	5%	5%	79,3%	9,6%	6,9%	2,8%
Pays de la Loire	5%	6%	78,6%	9,4%	7,3%	2,9%
Centre	4%	4%	70,3%	7,5%	7,0%	13,3%
Poitou-Charentes	3%	3%	81,9%	9,1%	6,3%	1,6%
Sud	14%	12%	77,4%	11,4%	6,4%	2,6%
Languedoc-Roussillon	5%	4%	79,7%	10,5%	6,0%	2,2%
PACA + Corse	9%	8%	76,2%	11,9%	6,6%	2,9%
Sud-Ouest	11%	12%	85,1%	10,5%	6,2%	4,5%
Aquitaine	5%	5%	78,0%	9,4%	5,8%	5,2%
Midi-Pyrénées	5%	4%	78,6%	10,3%	6,4%	3,4%
Limousin	1%	1%	78,7%	8,8%	7,3%	3,4%
Océan Indien *	1%	1%	79,4%	10,9%	3,2%	3,4%
Antilles-Guyane *	1,1%	1,6%	73,1%	17,3%	4,9%	3,3%
Martinique *	0,5%	0,6%	79,5%	19,6%	5,4%	2,7%
Guadeloupe *	0,5%	0,6%	67,4%	15,9%	4,3%	3,5%
Guyane *	0,2%	0,4%	72,2%	14,8%	5,2%	4,3%
TOTAL **			74,8%	10,4%	6,6%	5,9%
Total sans Antilles-Guyane			74,8%	10,3%	6,6%	5,9%

* Pour les effectifs des DOM, les effectifs de pharmaciens hospitaliers ont été estimés à partir du % de pharmaciens hospitaliers parmi les pharmaciens des établissements de santé, observé France entière (65% de pharmaciens et 35% de biologistes). ** 304 pharmaciens dont le secteur d'activité n'est pas renseigné sont inclus dans le total.

Sources : RPPS 2011 et Insee 2009.

État des lieux comparatif, selon les régions, des différents métiers

■ ■ Les officinaux sont relativement peu affectés par le vieillissement des effectifs

54 825 pharmaciens d'officine étaient recensés au 1^{er} janvier 2011 (sources RPPS – traitement DREES), dont 13 837 âgés de 55 ans et plus, ce qui représente 25 % des effectifs. Cette proportion est relativement modeste au regard d'autres professions comme les médecins (près de 40 %).

Trois régions connaissent cependant un vieillissement des effectifs en activité un peu plus marqué que les autres : les Antilles-Guyane, l'Île-de-France et la Corse⁹.

■ ■ La densité régionale de pharmaciens d'officine en métropole varie de 71 à 109 pour 100 000 habitants et est fortement corrélée à celle des officines

Au niveau national, selon les estimations localisées de la population 2009 de l'Insee et les données RPPS (source DREES 2011), la densité de pharmaciens est de 85,2 pour 100 000 habitants¹⁰. D'après les données transmises par les ARS, le nombre d'officines pour 100 000 habitants est de 35,6, au 1^{er} janvier 2011.

Les régions des DOM-TOM sont les plus faiblement dotées en professionnels par habitant, la Guyane se situant au plus bas de l'échelle (tableau 3) ; en métropole, l'Alsace, la Haute-Normandie et la Lorraine sont au bas du classement, le Limousin, l'Auvergne et Provence-Alpes-Côte-d'Azur étant dans la situation inverse.

Les régions les moins denses en officines sont aussi celles où la densité en professionnels est la plus faible.

■ ■ Le nombre de pharmaciens par officine, 2,4 au niveau national, connaît peu de variations régionales

Aucune région en France métropolitaine n'affiche un nombre de pharmaciens par officine inférieur à 2,2. Il ne semble pas avoir de lien entre ce ratio et les effectifs de professionnels en activité. Ainsi, il est plus faible que la moyenne dans des régions où la densité des pharmaciens est relativement élevée, comme par exemple, en Limousin et en Bourgogne. À l'inverse, l'Alsace connaît le ratio le plus fort (2,8), alors qu'elle fait partie des régions plus faiblement dotées au regard de sa population.

9. En l'absence de faculté de pharmacie et de *numerus clausus* jusqu'en 2010-2011, la Corse n'apparaît pas dans les régions étudiées, mais ses données démographiques sont incluses dans celles de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

10. La densité est un peu inférieure selon les dernières données publiées par le CNOP (82 pharmaciens pour 100 000 habitants).

TABLEAU 3

PAR RÉGION, LES EFFECTIFS ET LA DENSITÉ DES PHARMACIENS D'OFFICINE ET DES OFFICINES

Pharmacie d'officine	Effectifs des pharmaciens d'officine (01/01/2011)	Part des 55 ans et +	Nombre d'officines	Ratio nb pharmaciens/ 100 000 hab. (1)	Nombre de pharmaciens/ officine	Ratio nb officine/ 100 000 hab.
Île-de-France	9 542	29,0 %	4 012	81,3	2,4	34,2
Nord-Est	6 576	23,3 %	2 735	78,8	2,4	32,8
Alsace	1 308	21,4 %	461	70,8	2,8	25,0
Lorraine	1 775	22,1 %	750	75,6	2,4	31,9
Franche-Comté	982	24,6 %	436	84,0	2,3	37,3
Bourgogne	1 423	24,9 %	618	86,7	2,3	37,7
Champagne-Ardenne	1 088	23,9 %	470	81,4	2,3	35,2
Nord-Ouest	7 400	20,9 %	3 200	80,1	2,3	34,6
Basse-Normandie	1 102	24,8 %	497	74,9	2,2	33,8
Haute-Normandie	1 327	21,3 %	553	72,5	2,4	30,2
Nord-Pas-de-Calais	3 464	20,2 %	1 534	86,1	2,3	38,1
Picardie	1 507	19,4 %	616	78,9	2,4	32,2
Rhône-Alpes-Auvergne	6 714	24,2 %	2 710	89,4	2,5	36,1
Auvergne	1 276	26,4 %	593	95,0	2,2	44,1
Rhône-Alpes	5 438	23,7 %	2 117	88,2	2,6	34,3
Ouest	8 971	25,6 %	3 957	81,5	2,3	35,9
Bretagne	2 640	23,6 %	1 149	83,2	2,3	36,2
Pays de la Loire	2 748	25,2 %	1 224	77,7	2,2	34,6
Centre	1 968	27,4 %	897	77,5	2,2	35,3
Poitou-Charentes	1 615	27,4 %	687	91,6	2,4	39,0
Sud	7 958	25,1 %	2 966	101,6	2,7	37,9
Languedoc-Roussillon	2 811	24,3 %	1 040	107,8	2,7	39,9
PACA + Corse	5 147	25,6 %	1 926	98,5	2,7	36,9
Sud-Ouest	7 084	26,4 %	2 982	92,8	2,4	39,1
Aquitaine	3 027	27,0 %	1 275	94,5	2,4	39,8
Midi-Pyrénées	2 684	26,3 %	1 087	93,7	2,5	37,9
Limousin	811	25,3 %	353	109,1	2,3	47,5
Océan Indien	562	25,6 %	267	68,4	2,1	32,5
Antilles-Guyane	580	34,1 %	349	56,2	1,7	33,8
Martinique	263	38,0 %	148	65,4	1,8	36,8
Guadeloupe	234	33,3 %	160	57,9	1,5	39,6
Guyane	83	24,1 %	41	36,7	2,0	18,1
TOTAL (avec 303 NR)	54 825	25,2 %	22 911	85,2	2,4	35,6

(1) Sources Insee Estimations localisées de la population 2009.

■ ■ Les pharmaciens biologistes connaissent un vieillissement plus marqué que les autres métiers de la pharmacie, et supérieur à celui des médecins biologistes

L'exercice de la biologie médicale étant accessible aux pharmaciens et aux médecins diplômés du DES de biologie médicale, l'appréciation de la démographie des pharmaciens exerçant cette spécialité dans les régions suppose la prise en compte des deux filières. Le tableau 4 ci-dessous rassemble les données dans cette optique.

La part des 55 ans et plus est plus forte chez les pharmaciens biologistes (35,3 %) que chez les pharmaciens d'officine et les pharmaciens des établissements de santé. Elle est également supérieure à celle des médecins biologistes (25,2 %). Le vieillissement des pharmaciens biologistes est plus accusé en Île-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur mais aussi dans l'inter-région Nord-Est.

En ce qui concerne les médecins biologistes, la part des 55 ans et plus est supérieure en Midi-Pyrénées, Antilles-Guyane et en Île-de-France. À l'autre extrême, ce sont les régions Bourgogne et Rhône-Alpes qui ont la part la plus faible (moins de 20 %) et, au niveau inter-régional, l'ensemble Rhône-Alpes-Auvergne.

Si l'on considère les deux filières ensemble, la région Île-de-France se situe au-dessus de la moyenne pour la part de biologistes âgés de 55 ans et plus.

■ ■ Les territoires les moins dotés en pharmaciens biologistes le sont également en médecins biologistes

L'analyse conjointe des effectifs de biologistes médecins et pharmaciens au niveau inter-régional et régional, montre que les territoires les moins dotés le sont à la fois pour les deux filières. C'est le cas des DOM, du Centre, de la Picardie et, d'une façon plus large, de l'inter-région Nord-Ouest.

L'inverse est également vrai comme l'illustrent l'Île-de-France, la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur et le Languedoc-Roussillon, et par conséquent l'inter-région Sud.

Il n'y a donc pas de « compensation » entre les deux et la densité globale de biologistes de l'inter-région Sud est supérieure de 60 % à celle du Nord-Ouest.

■ ■ Il existe un lien étroit entre la densité des biologistes et celle des laboratoires

Selon les données du CNOP, la répartition des pharmaciens biologistes tous secteurs confondus selon les départements et régions est très similaire à celle des laboratoires de biologie médicale. On retrouve ce lien, si l'on tient compte des biologistes issus des deux filières, aux échelons régional et inter-régional. Ainsi, ce sont les mêmes régions et inter-régions précédemment citées qui se retrouvent aux deux extrêmes pour la densité de professionnels et leur ratio LABM/100 000 habitants.

Par contre, comme pour l'officine, l'impact de la démographie sur la configuration des laboratoires, au travers du ratio biologiste/structure est apparemment limité,

hormis dans l'inter-région Nord Est et, dans une moindre mesure, en Rhône-Alpes. En effet, le ratio national de 1,7 biologiste par laboratoire connaît peu de variations d'une inter-région à l'autre et d'une région à l'autre, hormis en Franche Comté et Limousin, régions dans lesquelles le nombre de biologistes par laboratoire atteint le double (respectivement 3,4 et 3,5 biologistes par laboratoire)¹¹.

11. Il convient cependant d'être prudent dans l'interprétation de ces différences. En effet, la réglementation récente modifie l'identification des laboratoires au sein du répertoire FINESS (avec un regroupement de catégories). Certaines régions peuvent avoir déjà procédé aux modifications, d'autres non.

TABLEAU 4

PAR RÉGION ET PAR INTER-RÉGION, LES EFFECTIFS DE PHARMACIENS ET DE MÉDECINS BIOLOGISTES MÉDICAUX, LA PART ÂGÉE DE 55 ANS ET PLUS, AINSI QUE LE NOMBRE DE LABORATOIRES D'ANALYSE DE BIOLOGIE MÉDICALE (LABM), RAPPORTÉS À LA POPULATION

Biologie médicale	Effectifs des pharmaciens biologistes (LABM + hospitaliers section G)	Part des pharm. de 55 ans et +	Ratio biol. pharm./100 000 hab.	Effectifs de médecins biologistes	Part des méd. de 55 ans et +	Ratio biol. méd./100 000 hab.	Ratio total biologistes/100 000 hab.	Nombre de LABM autorisés (pub. et privés)	LABM/100 000 hab.	Ratio total biologistes/LABM
Île-de-France	1 640	37,0 %	14,0	814	27,4 %	6,9	20,9	1 100	9,4	2,2
Nord-Est	873	39,5 %	10,5	325	24,6 %	3,9	14,4	464	5,6	2,6
Alsace	219	38,4 %	11,9	76	23,7 %	4,1	16,0	87	4,7	3,4
Lorraine	240	39,6 %	10,2	89	25,8 %	3,8	14,0	144	6,1	2,3
Franche-Comté	116	36,2 %	9,9	42	33,3 %	3,6	13,5	34	2,9	4,6
Bourgogne	164	43,9 %	10,0	67	17,9 %	4,1	14,1	112	6,8	2,1
Champagne-Ardenne	134	38,8 %	10,0	51	25,5 %	3,8	13,8	87	6,5	2,1
Nord-Ouest	873	30,1 %	9,5	329	28,0 %	3,6	13,0	407	4,4	3,0
Basse-Normandie	121	27,3 %	8,2	59	30,5 %	4,0	12,2	76	5,2	2,4
Haute-Normandie	180	35,6 %	9,8	70	31,4 %	3,8	13,7	92	5,0	2,7
Nord-Pas-de-Calais	400	23,8 %	9,9	146	23,3 %	3,6	13,6	195	4,8	2,8
Picardie	172	41,3 %	9,0	54	33,3 %	2,8	11,8	116	6,1	1,9
Rhône-Alpes-Auvergne	1 017	31,6 %	13,5	316	19,6 %	4,2	17,8	427	5,7	3,1
Auvergne	146	28,1 %	10,9	48	22,9 %	3,6	14,4	64	4,8	3,0
Rhône-Alpes	871	32,1 %	14,1	268	19,0 %	4,3	18,5	363	5,9	3,1
Ouest	1 040	33,4 %	9,4	410	21,5 %	3,7	13,2	604	5,5	2,4
Bretagne	321	28,7 %	10,1	130	23,1 %	4,1	14,2	174	5,5	2,6
Pays de la Loire	329	34,7 %	9,3	128	19,5 %	3,6	12,9	208	5,9	2,2
Centre	210	38,6 %	8,3	97	25,8 %	3,8	12,1	136	5,4	2,3
Poitou-Charentes	180	33,3 %	10,2	55	14,5 %	3,1	13,3	86	4,9	2,7
Sud	1 175	39,7 %	15,0	476	23,7 %	6,1	21,1	851	10,9	1,9
Languedoc-Roussillon	369	37,7 %	14,1	158	25,9 %	6,1	20,2	213	8,2	2,5
PACA + Corse	806	40,7 %	15,4	318	22,6 %	6,1	21,5	638	12,2	1,8
Sud-Ouest	894	33,8 %	11,7	342	28,4 %	4,5	16,2	559	7,3	2,2
Aquitaine	366	37,4 %	11,4	139	23,7 %	4,3	15,8	241	7,5	2,1
Midi-Pyrénées	350	30,9 %	12,2	128	36,7 %	4,5	16,7	211	7,4	2,3
Limousin	91	30,8 %	12,2	46	21,7 %	6,2	18,4	45	6,1	3,0
Océan Indien *	87	31,0 %	10,6	29	24,1 %	3,5	14,1	62	7,6	1,9
Antilles-Guyane *	137	36,5 %	13,3	37	35,1 %	3,6	16,9	62	6,0	2,8
TOTAL	7 649	35,3 %	11,9	3 049	25,2 %	4,7	16,6	4 474	7,0	2,4
Martinique *	65	60,0 %	16,2	16	25,0 %	4,0	20,1	29	7,2	2,8
Guadeloupe *	55	32,1 %	13,6	11	27,3 %	2,7	16,3	26	6,4	2,5
Guyane *	17	16,7 %	7,5	10	60,0 %	4,4	11,9	7	3,1	3,9

* Pour les DOM TOM, les effectifs de pharmaciens biologistes hospitaliers sont estimés à partir du % observé France entière au sein des pharmaciens des établissements de santé (65 %).

Sources : RPPS 2011 et Insee 2009, ARS. Traitement ONDPS.

■ ■ Les pharmaciens des établissements de santé sont relativement jeunes

Parmi les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé, la part des 55 ans et plus est faible (19 %), inférieure aux autres secteurs d'activité (tableau 5). Ce constat vaut pour toutes les régions et inter-régions.

La répartition territoriale des professionnels paraît assez équilibrée, si l'on compare la part de chacune des régions et inter-régions parmi les actifs, à son poids dans la population générale. Tout au plus, peut-on noter la position légèrement plus défavorable des DOM, de la Picardie et du Nord-Pas-de-Calais, et une situation inverse pour Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Au niveau inter-régional, le Nord-Ouest et, dans une moindre mesure, le Sud-Ouest disposent de moins de pharmaciens hospitaliers que leur poids démographique, alors que les inter-régions Île-de-France, Rhône-Alpes-Auvergne et Sud en ont un peu plus.

En ce qui concerne le nombre de PUI pour 100 000 habitants (égal à 3,7 France entière), il varie de façon assez importante puisqu'on relève au plus bas de l'échelle, les chiffres de 1,2 en Nord-Pas-de-Calais et 1,6 en Poitou-Charentes, alors que le Centre et la Lorraine en comptent 5,1.

Ces écarts expliquent que le ratio pharmaciens par PUI varie dans un rapport de 1 à 3, dans les régions de la métropole, comme on le voit entre le Centre (1,5) et le Nord-Pas-de-Calais (5,3). La comparaison entre l'Alsace et Poitou-Charentes en est une autre illustration : pour un effectif de professionnels équivalent, elles disposent d'un nombre de PUI qui varie du simple au double.

Ces observations renforcent le constat formulé en Lorraine sur les difficultés de cibler le « bon » niveau d'effectif, car celui-ci varie en fonction du nombre de lits et du niveau de technicité de l'établissement. Il doit, en outre être pondéré par les ETP (Équivalent Temps Plein). Le nombre de lits par ETP paraît ainsi un indicateur robuste, d'autant plus que l'emploi à temps partiel concerne 45 % des effectifs¹².

■ ■ Les effectifs des pharmaciens de l'industrie sont mal identifiés

L'analyse de ce secteur se heurte à deux limites.

Le caractère incomplet du recensement des effectifs d'abord qui ne permet pas d'apprécier leur volume global, puisqu'une grande partie des pharmaciens de ce secteur n'est pas inscrite au tableau de l'Ordre.

Ensuite, l'extrême variation de la part des effectifs de pharmaciens travaillant dans l'industrie selon les régions et les inter-régions, est liée à des spécificités du tissu local, que les données rassemblées ne permettent pas de caractériser.

12. Sources : Éléments démographiques – Ordre des pharmaciens, et « État des lieux de la profession de pharmacien en Lorraine » – Comité régional ONDPS Lorraine, mars 2010.

La région Rhône-Alpes a retenu cet indicateur dans le cadre de la démarche de propositions des effectifs à former.

TABLEAU 5

PAR RÉGION, DÉMOGRAPHIE DES PHARMACIENS HOSPITALIERS, PART DES EFFECTIFS EN COMPARAISON À SON POIDS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE, NOMBRE DE PHARMACIES À USAGE INTÉRIEUR ET NOMBRE DE PHARMACIENS PAR PUI

Pharmacie hospitalière	Effectifs des pharmaciens hospitaliers (01/01/2011)	Part des 55 ans et +	Part de la région (ou IR) dans les actifs	Part de la région en population générale	Nombre de PUI/100 000 hab	Nombre moyen de pharmaciens par PUI
Île-de-France	914	20%	18,9%	18,2%	3,5	2,2
Nord-Est	653	18%	13,5%	13,0%	3,9	2,0
Alsace	120	13%	2,5%	2,9%	3,0	2,2
Lorraine	217	21%	4,5%	3,7%	5,1	1,8
Franche-Comté	83	23%	1,7%	1,8%	4,5	1,6
Bourgogne	141	15%	2,9%	2,6%	2,5	3,4
Champagne-Ardenne	92	15%	1,9%	2,1%	4,2	1,6
Nord-Ouest	604	14%	12,5%	14,4%	2,8	2,4
Basse-Normandie	112	10%	2,3%	2,3%	4,6	1,6
Haute-Normandie	113	19%	2,3%	2,8%	3,8	1,6
Nord-Pas-de-Calais	265	13%	5,5%	6,3%	1,2	5,3
Picardie	114	18%	2,4%	3,0%	3,6	1,7
Rhône-Alpes-Auvergne	639	18%	13,2%	11,7%	4,5	1,9
Auvergne	111	19%	2,3%	2,1%	4,5	1,9
Rhône-Alpes	528	17%	10,9%	9,6%	4,5	1,9
Ouest	804	20%	16,6%	17,1%	3,6	2,0
Bretagne	230	23%	4,8%	4,9%	3,4	2,1
Pays de la Loire	254	17%	5,2%	5,5%	3,5	2,0
Centre	196	18%	4,0%	3,9%	5,1	1,5
Poitou-Charentes	124	23%	2,6%	2,7%	1,6	4,3
Sud	656	23%	13,6%	12,2%	4,1	2,1
Languedoc-Roussillon	213	21%	4,4%	4,1%	3,0	2,8
PACA + Corse	443	23%	9,2%	8,1%	4,6	1,8
Sud-Ouest	532	23%	11,0%	11,9%	4,1	1,7
Aquitaine	225	24%	4,6%	5,0%	4,3	1,6
Midi-Pyrénées	219	21%	4,5%	4,5%	4,1	1,9
Limousin	75	24%	1,5%	1,2%	4,7	2,1
Océan Indien *	13	8%	0,3%	1,3%	2,9	0,5
Antilles-Guyane *	39	28%	0,8%	1,6%	3,8	1,0
TOTAL	4 841	19%			3,7	2,0

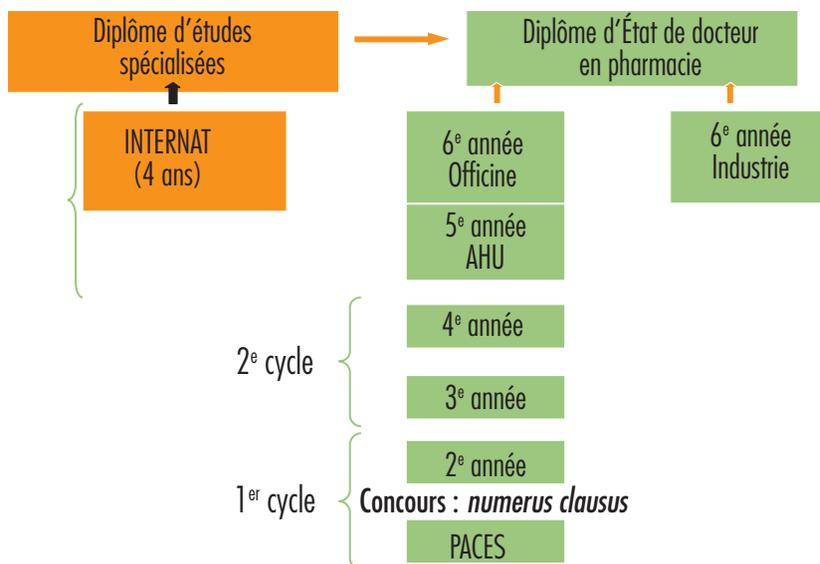
* Pour les effectifs des DOM, les effectifs de pharmaciens hospitaliers ont été estimés à partir du pourcentage de pharmaciens hospitaliers parmi les pharmaciens des établissements de santé, observé France entière (65% de pharmaciens et 35% de biologistes).

Sources : RPPS 2011 et Insee 2009, ARS. Traitement ONDPS.

L a démographie étudiante

Les diplômés en pharmacie exercent différents métiers, acquis dans le cadre de filières d'études distinctes. À partir de la cinquième année, les étudiants se répartissent, en effet, en trois grandes filières : une filière « courte », elle-même scindée en deux options « officine » ou « industrie » qui permet l'obtention d'un diplôme d'État de docteur en pharmacie en un an théoriquement, et l'« internat en pharmacie », qui forme à plusieurs spécialités et qui dure quatre ans (cf. schéma ci-dessous).

SCHÉMA 1
L'INTERNAT EN PHARMACIE



La filière de l'internat, la seule soumise à quota annuel, ne concerne qu'une partie minoritaire des étudiants (moins de 20 % du *numerus clausus* correspondant, ces cinq dernières années). Elle ouvre la voie à trois DES : « biologie médicale » (commun avec les médecins), « pharmacie » avec ses deux options « pharmacie hospitalière » et « pharmacie industrielle et biomédicale », et le DES « innovation pharmaceutique et recherche ». Chacun de ces trois DES fait l'objet d'un contingentement sous forme d'un arrêté ministériel annuel fixant les places ouvertes au concours au niveau inter-régional.

Le *numerus clausus* en pharmacie

Le nombre d'étudiants admis à entrer en seconde année des études de pharmacie est passé de 2 250 en 2001, à 3 095 depuis 2008, soit un accroissement de 37 % en 10 ans. Avant de présenter la situation actuelle, quelques observations sont formulées sur les modalités selon lesquelles cette augmentation se décline depuis 10 ans selon les différentes UFR et régions (tableau 6).

TABLEAU 6
PAR RÉGION ET INTER-RÉGION, ÉVOLUTION DU *numerus clausus* DE 2001 À 2010

Régions et inter-régions	2001-2002	2006-2007	2010-2011	Évolution 2001-2006	Évolution 2006-2010	Évolution 2001-2010
Île-de-France	424	528	532	24,5%	0,8%	25,5%
Nord-Est	338	461	489	36,4%	6,1%	44,7%
Alsace	84	114	121	35,7%	6,1%	44,0%
Lorraine	90	119	126	32,2%	5,9%	40,0%
Franche-Comté	46	66	70	43,5%	6,1%	52,2%
Bourgogne	55	76	82	38,2%	7,9%	49,1%
Champagne-Ardenne	63	86	90	36,5%	4,7%	42,9%
Nord-Ouest	334	449	473	34,4%	5,3%	41,6%
Basse-Normandie	65	90	95	38,5%	5,6%	46,2%
Haute-Normandie	57	79	85	38,6%	7,6%	49,1%
Nord-Pas-de-Calais	151	196	205	29,8%	4,6%	35,8%
Picardie	61	84	88	37,7%	4,8%	44,3%
Rhône-Alpes-Auvergne	298	397	412	33,2%	3,8%	38,3%
Auvergne	66	89	92	34,8%	3,4%	39,4%
Rhône-Alpes	232	308	320	32,8%	3,9%	37,9%
Ouest	317	437	464	37,9%	6,2%	46,4%
Bretagne	78	104	110	33,3%	5,8%	41,0%
Pays de Loire	119	165	177	38,7%	7,3%	48,7%
Centre	73	100	106	37,0%	6,0%	45,2%
Poitou-Charentes	47	68	71	44,7%	4,4%	51,1%
Sud	289	379	379	31,1%	0,0%	31,1%
Languedoc-Roussillon	148	188	188	27,0%	0,0%	27,0%
PACA + Corse	141	191	191	35,5%	0,0%	35,5%
Sud-Ouest	250	339	346	35,6%	2,1%	38,4%
Aquitaine + DOM	104	137	143	31,7%	4,4%	37,5%
Midi-Pyrénées	99	137	136	38,4%	-0,7%	37,4%
Limousin	47	65	67	38,3%	3,1%	42,6%
TOTAL	2250	2990	3095	32,9%	3,5%	37,6%

■ ■ Sur la période 2001-2010, la hausse du *numerus clausus* a affecté de façon très variable les différentes UFR et régions

La progression du *numerus clausus*, de 37,6 % au niveau national, a été surtout marquée entre 2001 et 2006 où elle a atteint 32,9 %. Toutes les UFR ont vu leur *numerus clausus* fortement progresser pendant cette première période, même si on note une croissance plus soutenue à Besançon, Angers, Poitiers, Caen, Rouen et Toulouse et moins forte dans les deux facultés d'Île-de-France (24,5 %).

Pour la période 2006-2010, on assiste à un fort ralentissement de cette tendance (+3,5 %). La comparaison des évolutions doit, cette fois, s'effectuer à l'échelle des régions. En effet, la mise en place de la PACES a eu pour conséquence la publication de quotas d'étudiants en pharmacie dans toutes les subdivisions où existe un *numerus clausus* pour les médecins. Ces étudiants admis effectueront cependant leur deuxième année d'études dans les seules Facultés de pharmacie.

On note une nette différenciation entre quatre régions pour lesquelles les quotas stagnent, voire diminuent (Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Languedoc-Roussillon et Île-de-France) et les autres où ils continuent à croître autour de 5 % ou plus, comme la Bourgogne, la Haute-Normandie et les Pays de la Loire.

Ainsi, sur ces dix années, la part occupée par l'Île-de-France dans la formation des étudiants admis en 2^e année de pharmacie a diminué (de 18,8 % à 17,2 %) comme celle du Languedoc-Roussillon (6,6 % à 6,1 %), alors que celle des Pays de la Loire et de Franche-Comté s'est renforcée (respectivement de 5,3 à 5,7 %, et de 2 % à 2,3 %).

Du fait de ce rééquilibrage au bénéfice des inter-régions Nord-Est, Nord-Ouest et Ouest, la part qu'occupe chacune des régions et inter-régions dans le *numerus clausus* national est à l'heure actuelle assez proche de son poids démographique (tableau 7).

Trois inter-régions ont une part du *numerus clausus* national proche ou supérieure à leur poids relatif dans les effectifs de pharmaciens en activité : Nord-Est, Nord-Ouest, et Rhône-Alpes-Auvergne

Dans ces trois inter-régions, la part du *numerus clausus* est également supérieure à leur poids démographique relatif.

Globalement, les régions qui les composent sont dans la même position. Toutefois, certaines régions s'écartent de la tendance observée au niveau de leur inter-région, comme la Bourgogne, la Haute-Normandie, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et Rhône-Alpes.

Les inter-régions Île-de-France, Ouest, Sud Ouest et Sud ont une part du *numerus clausus* national inférieure à celle qu'occupent leurs actifs dans le total des effectifs France entière

Cependant, les Pays de la Loire (au sein de l'inter-région Ouest), le Languedoc-Roussillon (pour l'inter-région Sud) se distinguent, en ne s'inscrivant pas dans la même tendance : leur poids en *numerus clausus* est supérieur à celui de leurs actifs, que la référence soit le niveau national ou inter-régional. De même, le Limousin occupe une

position spécifique au sein de l'inter-région Sud-Ouest : 2,2 % du *numerus clausus* national lui est affecté alors que sa part d'actifs/national est de 1,4 %. Sa « surdotation » relative est encore plus marquée au sein de son inter-région : cette région dispose de 19,6 % du *numerus clausus* de l'inter-région pour seulement 12,4 % des actifs.

TABLEAU 7

PAR RÉGION ET PAR INTER-RÉGION, LE NUMERUS CLAUSUS, SA PART DANS LE TOTAL FRANCE ENTIÈRE EN 2001 ET 2010, EN COMPARAISON AVEC CELLE QU'ELLE OCCUPE EN 2010 DANS LE TOTAL DES EFFECTIFS EN ACTIVITÉ ET DE LA POPULATION

Régions et inter-régions	2001-2002	2010-2011	Part NC/national en 2001-2002	Part NC/national en 2010-2011	Part NC/NC interrégional en 2010-2011	Part des effectifs régionaux en activité/Total France entière	Part des effectifs régionaux en activité/inter-région	Part de la région en population
Île-de-France	424	532	18,8%	17,2%		18,7%		18%
Nord-Est	338	489	15,0%	15,8%		11,9%		13%
Alsace	84	121	3,7%	3,9%	24,7%	2,6%	21,6%	3%
Lorraine	90	126	4,0%	4,1%	25,8%	3,2%	26,6%	4%
Franche-Comté	46	70	2,0%	2,3%	14,3%	1,7%	14,2%	2%
Bourgogne	55	82	2,4%	2,6%	16,8%	2,5%	21,4%	3%
Champagne-Ardenne	63	90	2,8%	2,9%	18,4%	1,9%	16,2%	2%
Nord-Ouest	334	473	14,8%	15,3%		13,1%		14%
Basse-Normandie	65	95	2,9%	3,1%	20,1%	2,0%	15,0%	2%
Haute-Normandie	57	85	2,5%	2,7%	18,0%	2,6%	19,9%	3%
Nord-Pas-de-Calais	151	205	6,7%	6,6%	43,3%	5,9%	45,3%	6%
Picardie	61	88	2,7%	2,8%	18,6%	2,6%	19,8%	3%
Rhône-Alpes-Auvergne	298	412	13,2%	13,3%		12,6%		12%
Auvergne	66	92	2,9%	3,0%	22,3%	2,3%	18,3%	2%
Rhône-Alpes	232	320	10,3%	10,3%	77,7%	10,3%	81,7%	10%
Ouest	317	464	14,1%	15,0%		15,8%		17%
Bretagne	78	110	3,5%	3,6%	23,7%	4,5%	28,7%	5%
Pays de Loire	119	177	5,3%	5,7%	38,1%	4,8%	30,1%	6%
Centre	73	106	3,2%	3,4%	22,8%	3,8%	24,1%	4%
Poitou-Charentes	47	71	2,1%	2,3%	15,3%	2,7%	17,0%	3%
Sud	289	379	12,8%	12,2%		14,0%		12%
Languedoc-Roussillon	148	188	6,6%	6,1%	49,6%	4,8%	34,3%	4%
PACA + Corse	141	191	6,3%	6,2%	50,4%	9,2%	65,7%	8%
Sud-Ouest	250	346	11,1%	11,2%		11,4%		14%
Aquitaine + DOM	104	143	4,6%	4,6%	41,3%	7,3%	59,0%	8%
Midi-Pyrénées	99	136	4,4%	4,4%	39,3%	4,7%	41,0%	4%
Limousin	47	67	2,1%	2,2%	19,4%	1,4%	12,4%	1%
TOTAL France entière	2 250	3 095	100 %	100 %				

NB : Pour les régions comportant plusieurs UFR, le *numerus clausus* régional (nc) totalise les nc de chaque UFR.

Lecture : Entre 2010-2011 et 2001-2002, la part du nc du Languedoc-Roussillon s'est réduit : 6,1 % au lieu de 6,6 %. Elle représente 49,6 % du nc de l'inter-région Sud, alors que la région compte 34,3 % des pharmaciens en activité de l'inter-région. Son poids dans le nc France entière en 2010 (6,1 %) est supérieur à celui qu'elle occupe dans le total des actifs (4,8 %) et à son poids démographique (4 %). La région Provence-Alpes-Côte-d'Azur présente une situation inversée.

Les effectifs des étudiants en pharmacie

Certaines des analyses présentées s'appuient sur une seule année d'observation et demanderaient donc à être confirmées par un suivi sur une plus longue période. La robustesse des données est, par contre, plus grande pour les effectifs en sixième année qui ont fait l'objet d'un recueil auprès des facultés sur trois années consécutives (2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011). De même, les données sur l'internat en biologie avaient déjà fait l'objet d'un précédent recueil en 2009-2010.

■ ■ 18 030 étudiants au total sont inscrits dans le cursus de pharmacie en 2010-2011

La répartition des 18 030 étudiants, hors PACES, en 2010-2011 est la suivante (cf. tableau A en page 55).

- 3 464 en premier cycle (2^e année) ;
- 6 667 en deuxième cycle (3^e et 4^e année) ;
- 6 013 en 3^e cycle hors internat ;
 - Dont 3 225 en 5^e année ;
 - Dont 2 788 en 6^e année dans l'une des deux filières, officine et industrie ;
- 1 886 sont inscrits dans un DES, toutes années confondues.

■ ■ La répartition des effectifs inscrits en troisième cycle

Après les deux premiers cycles de leurs études et en fin de cinquième année, trois grandes options s'offrent aux étudiants : la pharmacie d'officine, l'industrie ou le concours d'internat (ouvrant lui-même à plusieurs métiers). On analyse ici la répartition des effectifs inscrits en 6^e année, selon ces trois options¹³.

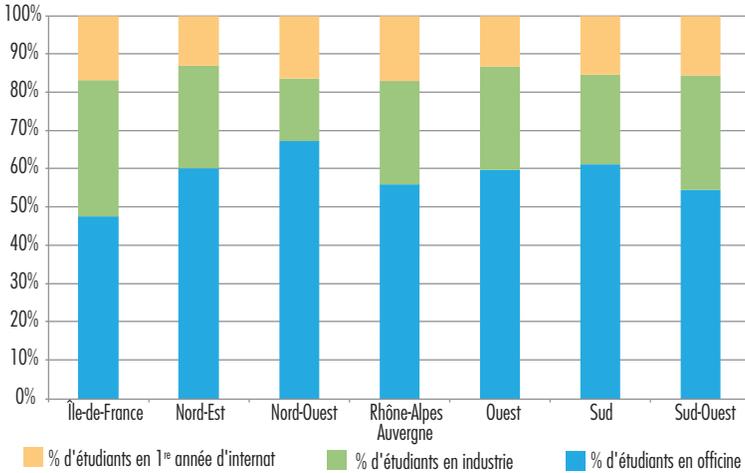
En 2010-2011, la répartition entre les trois filières connaît de faibles variations entre les inter-régions

Aucun phénomène de domination d'une filière au détriment des deux autres n'apparaît de façon manifeste. Chaque inter-région affiche plutôt une double « dominante ». Ainsi, la part des effectifs inscrits en première année d'internat est plus faible dans l'inter-région Nord-Est, sans pour autant que les autres filières ne soient sur représentées par rapport à la moyenne nationale. La région Île-de-France présente une proportion d'inscrits en industrie plus marquée, et la part de l'internat (1^{re} année) y est également élevée alors que la part officinale est plus faible (graphique 1).

13. On a pu vérifier, grâce aux données sur les effectifs inscrits en 6^e année d'officine et d'industrie en 2008-2009 et 2009-2010, que celles-ci s'inscrivaient dans des tendances proches. Les données 2010-2011 ne portent donc pas de spécificités qui conduiraient à relativiser la pertinence de l'état des lieux.

GRAPHIQUE 1

PAR INTER-RÉGION, RÉPARTITION ENTRE FILIÈRES DE MÉTIERS, EN 2^E ANNÉE DE 3^E CYCLE DANS LE RÉPERTOIRE ADELI EN 1990 (HORS MÉDECINS)



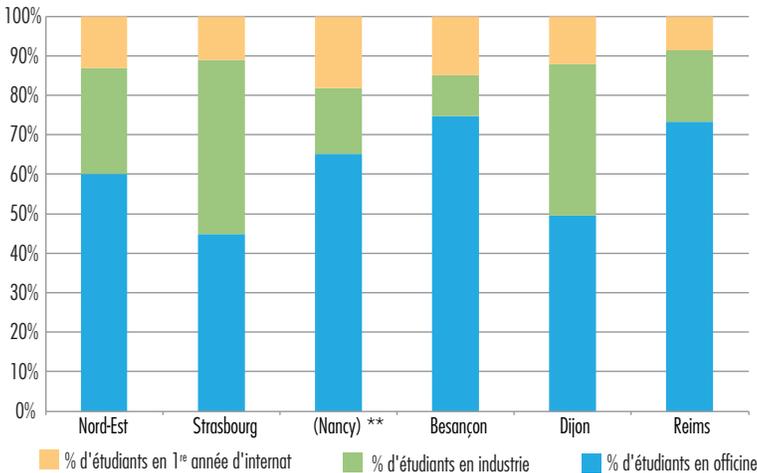
Au sein de chaque inter-région, il existe des spécificités régionales

Des particularités régionales se manifestent au sein de toutes les inter-régions.

Si globalement l'inter-région Nord-Est a une part d'étudiants en officine supérieure à celle de l'Île-de-France, cela ne se vérifie ni en Alsace, où la part de la filière industrie est importante, ni en Bourgogne (graphique 2). L'inter-région Nord-Ouest rassemble la part d'étudiants en 6^e année d'officine la plus importante, du fait essentiellement de la position du Nord-Pas-de-Calais (graphique 3).

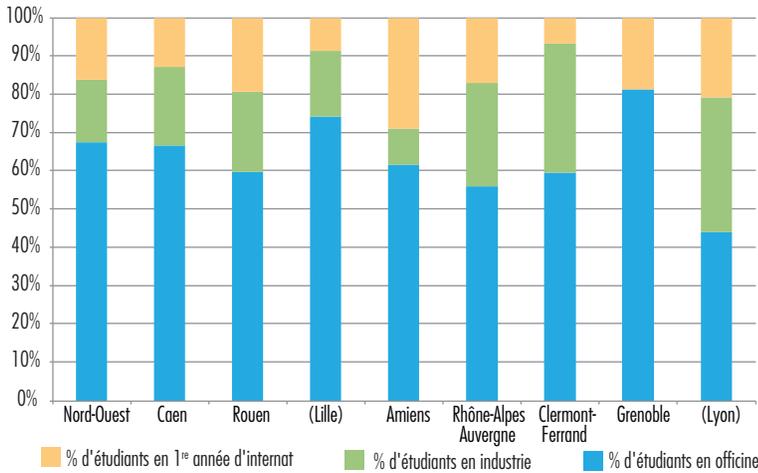
GRAPHIQUE 2

PAR RÉGION, RÉPARTITION ENTRE FILIÈRES AU SEIN DES INTER-RÉGIONS ÎLE-DE-FRANCE ET NORD-EST



GRAPHIQUE 3

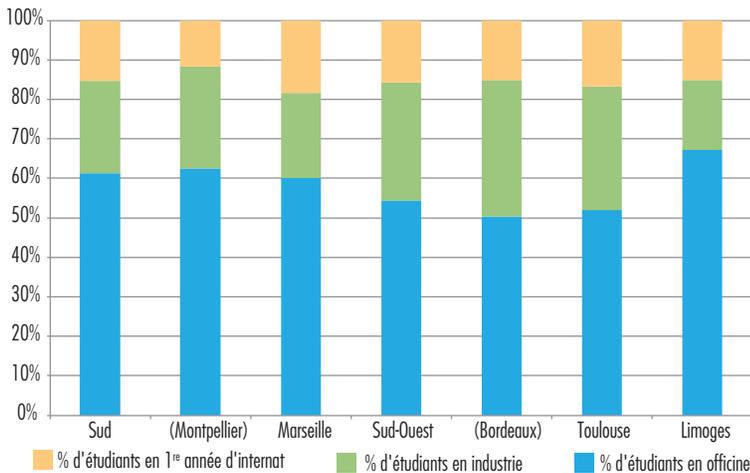
PAR RÉGION, RÉPARTITION ENTRE FILIÈRES AU SEIN DES INTER-RÉGIONS NORD OUEST ET RHÔNE ALPES AUVERGNE



Au sein de l'inter-région Sud-Ouest, la part des effectifs en 6^e année d'officine est très différente entre l'Aquitaine (50 %) et le Limousin (67 %) (graphique 4).

GRAPHIQUE 4

PAR RÉGION, RÉPARTITION ENTRE FILIÈRES AU SEIN DES INTER-RÉGIONS SUD ET SUD-OUEST



L'interprétation de ces constats n'est pas évidente. Globalement, on l'a vu, les répartitions sont équilibrées entre inter-régions ; le fait que ce ne soit pas le cas au niveau régional peut traduire plusieurs phénomènes. Soit les dominantes régionales résultent d'une répartition des rôles entre facultés avec une spécialisation des filières de formation ; soit elle provient des dynamiques universitaires purement locales, en lien avec une hétérogénéité des capacités universitaires de formation et de stages,

et elles aboutissent à un certain équilibre inter-régional, sans que celui-ci soit visé explicitement.

■ ■ Les effectifs inscrits dans les différents DES

Contrairement à ce qui se passe en médecine, le lien entre la région d'inscription et la région de stage peut être distendu. En outre, les internes ne restent pas nécessairement inscrits dans la même faculté au cours de leur internat, les pratiques variant sans doute selon les inter-régions¹⁴. De ce fait, certaines analyses de la répartition régionale des effectifs, effectuées à partir des chiffres transmis par les facultés, restent à conforter par un suivi sur plusieurs années.

Sur la période 2005-2010, l'augmentation du nombre de postes ouverts à l'internat est plus limitée que la progression du *numerus clausus* correspondant. Dans un contexte global d'augmentation des effectifs des étudiants en pharmacie, les choix politiques récents favorisent donc l'orientation des étudiants vers les cursus plus courts, au détriment de l'internat. Après une progression régulière de 2003 à 2007, le nombre de postes ouverts à l'internat a amorcé ensuite une légère diminution.

Il existe un décalage entre la répartition des internes actuellement en formation, et celle initiée par les arrêtés d'ouverture de postes

522 postes avaient été ouverts au concours d'internat 2010-2011¹⁵, soit 5 postes de moins qu'en 2009. La répartition selon les filières d'internat était la suivante :

- 320 en DES de pharmacie, soit 61,3 % du total
- 150 postes ouverts en biologie médicale, soit 28,7 % du total,
- 52 en innovation pharmaceutique et recherche (IPR), soit 10 %.

520 postes ont été ouverts au concours 2011-2012¹⁶. Le nombre de postes en DES de pharmacie est resté identique (320), ceux de la biologie ont été légèrement diminués (145) comme l'IPR (50), si bien que leur part respective est de 62,1, 28,2 et 9,7 %.

Ainsi, depuis la réforme du troisième cycle, le DES de pharmacie a vu ses postes augmenter (de 306 à 320) ainsi que sa part dans le total. Simultanément, le nombre de postes en biologie a été réduit (de 160 à 145). Le DES Innovation pharmaceutique et recherche a lui aussi diminué (de 60 à 50). Non qualifiant, ce DES semble placer les diplômés devant un problème de débouchés et de concurrence avec les scientifiques¹⁷.

14. Ainsi, si 19 internes au total étaient inscrits à Clermont-Ferrand, il nous a été signalé que le nombre d'affectés par semestre oscillait entre 30 et 35 en permanence. À l'inverse, à Lille, du fait de la saturation des terrains de stage de biologie, aucun interne n'a été inscrit en 1^{re} année de biologie. Il est probable cependant qu'au fur et à mesure de leur ancienneté, des internes s'inscriront à Lille en 3^e et 4^e années.

15. Arrêté du 4 janvier 2010, JO du 16 janvier 2010.

16. Arrêté du 30 novembre 2010, JO du 4 décembre 2010.

17. En outre, selon la Fédération nationale des syndicats d'internes en pharmacie (FNSIP), chaque inter-région présente des spécificités, ce qui ne semble favoriser ni l'information éclairée des étudiants, ni garantir un traitement équitable des internes.

Dans le total des effectifs d'internes en formation en 2010 2011, la filière « pharmacie »¹⁸ accueille bien la part la plus importante des inscrits dans toutes les inter-régions, mais aucune n'atteint 62,1%, l'inter-région Nord-Ouest étant celle qui en est la plus proche avec près de 60 % des internes dans cette filière. Les inter-régions Rhône-Alpes-Auvergne et surtout Sud-Ouest sont celles qui s'en écartent le plus. Pour cette dernière, la part des internes en DES de pharmacie est actuellement de 45 %.

La filière *biologie médicale* est partout sur-représentée par rapport aux pourcentages figurant dans l'arrêté. L'écart est le plus marqué dans les inter-régions Rhône-Alpes-Auvergne et Sud-Ouest, où cette filière représente plus de 40 % des internes inscrits, alors que, selon le dernier arrêté, respectivement 26,8 % et 23,8 % des postes ouverts lui sont affectés.

La filière *IPR* n'atteint 10 % des internes en formation que dans les inter-régions Nord est et Sud-Ouest. L'inter-région Nord-Ouest compte 4 % seulement d'internes dans cette filière, ce score reposant essentiellement sur celui très élevé, de la Haute-Normandie (tableau B en page 56).

Les perspectives que dessine la démographie étudiante pour les différents métiers

L'analyse des effectifs en formation est d'autant plus importante à réaliser, dans une visée prospective, que la démographie étudiante ne fait l'objet que d'une régulation partielle : en dehors du nc, seuls les postes ouverts à l'internat sont gérés par quotas. Les écarts identifiés précédemment entre la répartition des postes ouverts par les derniers arrêtés depuis 2009 et la répartition des effectifs dans le cursus mettent de surcroît en lumière la relative fragilité de la régulation de l'internat.

La réflexion initiée sur les perspectives à cinq ans, vise donc à prendre la mesure des dynamiques de renouvellement des effectifs qui sont en cours, selon les métiers et selon les territoires. Ces perspectives sont bien sûr relatives à la démographie des pharmaciens en activité et aux besoins de renouvellement que l'on peut identifier. Ces besoins relèvent pour une part des cessations prévisibles d'activité, mais aussi de priorités telles que, par exemple, pour les officinaux, une meilleure prise en compte de la répartition de la population, ou pour les biologistes, d'un redressement de la part des médecins. Enfin, les évolutions peuvent être justifiées par une réduction des inégalités entre régions, c'est pourquoi les comparaisons des situations territoriales constituent toujours l'arrière-fond des examens qui sont menés.

18. Pour les années antérieures à la réforme, les internes de pharmacie hospitalière et des collectivités et de pharmacie industrielle et biomédicale, ont été ajoutés aux effectifs du nouveau DES.

■ ■ La part des étudiants se destinant à l'exercice officinal varie d'une inter-région à l'autre, mais surtout d'une région à l'autre

Au sein d'une promotion¹⁹, la part des étudiants inscrits en 6^e année d'officine varie selon les inter-régions. Elle représente moins de 50 % des effectifs d'une promotion en Île-de-France, et atteint 67 % dans l'inter-région Nord-Ouest.

En Île-de-France, cette 6^e année ne regroupe que 2,8 fois plus d'effectifs que la première année d'internat, alors que dans les inter-régions Nord-Est et Ouest, elle en regroupe 4,6 et 5,2 fois plus.

Au niveau régional, Lille et Reims affichent respectivement 8,4 et 8,6 fois plus d'étudiants en 6^e année d'officine que d'internes en première année (tableau 8).

Le nombre d'étudiants par rapport au nombre d'actifs et de maîtres de stages ainsi que la mobilisation des officinaux dans l'encadrement d'étudiants sont variables.

Le nombre d'étudiants en 6^e année rapporté au nombre d'officinaux en activité, fait apparaître de forts écarts. En Poitou-Charentes, les étudiants ne représentent que 2,4 % des effectifs en activité, alors qu'ils constituent 7,1 % des actifs en Champagne-Ardenne et 6,5 % en Limousin.

Le même constat vaut pour les maîtres de stage. La Champagne-Ardenne et la Lorraine ont respectivement 3 et 3,3 maîtres de stage pour un étudiant, alors que Midi-Pyrénées et l'Aquitaine en disposent respectivement de 7 et 6.

Le pourcentage d'officines qui participent à l'accueil des stagiaires, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de maîtres de stages et celui des officines, dépasse 50 %, en Alsace, Franche-Comté et Midi-Pyrénées, alors qu'il n'atteint pas le tiers en Centre et Bretagne (tableau 9).

Les perspectives de renouvellement des effectifs pourraient, en cas de prolongement de la situation actuelle, être positives pour les 10 prochaines années

Si l'on considère maintenu à son niveau actuel, pendant les 5 prochaines années, l'effectif des étudiants en 6^e année d'officine, les flux entrants représenteraient partout, sauf en région Poitou-Charentes, plus que la moitié des effectifs susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années (tableau 9). Cet indicateur est cependant fragile, à la fois parce qu'il ne repose que sur une année d'observation, mais surtout parce qu'il fait l'hypothèse d'une autarcie régionale, alors que les pharmaciens formés ne s'installent pas nécessairement dans la région de leur diplôme (cf. chapitre « Un approfondissement régional du diagnostic »).

19. Une promotion regroupe ici les effectifs de la 6^e année d'officine et d'industrie ainsi que ceux de la première année d'internat.

TABLEAU 8

PAR RÉGION ET INTER-RÉGION, LES ÉTUDIANTS EN 6^E ANNÉE D'ÉTUDES, LA PART DES INSCRITS EN 6^E ANNÉE D'OFFICINE AU SEIN D'UNE PROMOTION ET PAR RAPPORT AUX INTERNES

	Et inscrits en 6 ^e année Officine en 2010/2011	Et inscrits en 6 ^e année Industrie en 2010/2011	Et inscrits en 1 ^{re} année d'internat en 2010/2011 (tous DES confondus)	Part 6 ^e année officine/Total promotion	Rapport 6 ^e année officine/1 ^{re} année internat
Île-de-France	283	212	101	47%	2,8
Nord-Est	323	144	70	60%	4,6
Alsace	61	60	15	45%	4,1
Lorraine	90	23	25	65%	3,6
Franche-Comté	50	7	10	75%	5,0
Bourgogne	45	35	11	49%	4,1
Champagne-Ardenne	77	19	9	73%	8,6
Nord-Ouest	302	73	74	67%	4,1
Basse-Normandie	52	16	10	67%	5,2
Haute-Normandie	43	15	14	60%	3,1
Nord-Pas-de-Calais	135	31	16	74%	8,4
Picardie	72	11	34	62%	2,1
Rhône-Alpes-Auvergne	213	103	65	56%	3,3
Auvergne	53	30	6	60%	8,8
Rhône-Alpes	160	73	59	55%	2,7
Ouest	320	147	61	61%	5,2
Bretagne	82	22	14	69%	5,9
Pays de Loire	93	55	26	53%	3,6
Centre	60	40	12	54%	5,0
Poitou-Charentes	39	8	9	70%	4,3
Sud	292	112	73	61%	4,0
Languedoc-Roussillon	138	57	26	62%	5,3
PACA + Corse	154	55	47	60%	3,3
Sud-Ouest	214	118	62	54%	3,5
Aquitaine + DOM	83	57	25	50%	3,3
Midi-Pyrénées	78	47	25	52%	3,1
Limousin	53	14	12	67%	4,4
TOTAL	1 947	909	506	58%	3,8

Lecture : À la Faculté de Reims, on recense en 2010-2011, 77 étudiants en 6^e année d'officine, 19 en 6^e année d'industrie et 9 internes en 1^{re} année, soit une promotion de 105 étudiants en 6^e année d'études. 73% des étudiants de cette promotion se préparent à l'exercice officiel. Ils sont 8,6 fois plus nombreux que leurs collègues en 1^{re} année d'internat.

Sources : Facultés de pharmacie. Traitement ONDPS.

TABLEAU 9

**PAR RÉGION ET INTER-RÉGION, NOMBRE D'ÉTUDIANTS EN FORMATION ET CAPACITÉS
D'ENCADREMENT EN OFFICINE**

	Effectifs des pharmaciens d'officine (01/01/2011)	dont âgés de 55 ans et plus	Nombre d'officines	Nombre de maîtres de stage agréés	Nb MS/Nb officines en %	Nombre d'étudiants en 6 ^e année	Nb maîtres stage/étudiants	Nb étudiants/actifs en %	Indicateur remplacement des effectifs en %
Île-de-France	9 542	2 770	4 012	859	21 %	283	3,0	3,0 %	51 %
Nord-Est	6 576	1 529	2 735	1 280	47 %	323	4,0	4,9 %	106 %
Alsace	1 308	280	461	261	57 %	61	4,3	4,7 %	109 %
Lorraine	1 775	392	750	297	40 %	90	3,3	5,1 %	115 %
Franche-Comté	982	242	436	234	54 %	50	4,7	5,1 %	103 %
Bourgogne	1 423	355	618	258	42 %	45	5,7	3,2 %	63 %
Champagne-Ardenne	1 088	260	470	230	49 %	77	3,0	7,1 %	148 %
Nord-Ouest	7 400	1 549	3 200	1 173	37 %	302	3,9	4,1 %	97 %
Basse-Normandie	1 102	273	497	194	39 %	52	3,7	4,7 %	95 %
Haute-Normandie	1 327	283	553	149	27 %	43	3,5	3,2 %	76 %
Nord-Pas-de-Calais	3 464	701	1 534	601	39 %	135	4,5	3,9 %	96 %
Picardie	1 507	292	616	229	37 %	72	3,2	4,8 %	123 %
Rhône-Alpes-Auvergne	6 714	1 624	2 710	922	34 %	213	4,3	3,2 %	66 %
Auvergne	1 276	337	593	220	37 %	53	4,2	4,2 %	79 %
Rhône-Alpes	5 438	1 287	2 117	702	33 %	160	4,4	2,9 %	62 %
Ouest	8 971	2 296	3 957	1 237	31 %	274	4,5	3,1 %	60 %
Bretagne	2 640	622	1 149	373	32 %	82	4,5	3,1 %	66 %
Pays de la Loire	2 748	693	1 224	372	30 %	93	4,0	3,4 %	67 %
Centre	1 968	539	897	251	28 %	60	4,2	3,0 %	56 %
Poitou-Charentes	1 615	442	687	241	35 %	39	6,2	2,4 %	44 %
Sud	7 958	2 000	2 966	1 041	35 %	292	3,6	3,7 %	73 %
Languedoc-Roussillon	2 811	682	1 040	551	53 %	138	4,0	4,9 %	101 %
PACA + Corse	5 147	1 318	1 926	490	25 %	154	3,2	3,0 %	58 %
Sud-Ouest	7 084	1 871	2 982	1 201	40 %	214	5,6	3,0 %	57 %
Aquitaine	3 027	816	1 275	499	39 %	83	6,0	2,7 %	51 %
Midi-Pyrénées	2 684	706	1 087	549	51 %	78	7,0	2,9 %	55 %
Limousin	811	205	353	153	43 %	53	2,9	6,5 %	129 %
Océan Indien	562	144	267	0	0 %				
Antilles-Guyane	580	198	349	21	6 %				
Martinique	263	100	148	7	5 %				
Guadeloupe	234	78	160	9	6 %				
Guyane	83	20	41	5	12 %				
TOTAL	54 825	13 837	22 911	7 734	34 %	1 901	4,1	3,5 %	69 %

Lecture : En Lorraine, 297 pharmaciens d'officine sont maîtres de stage agréés ; compte tenu des 90 étudiants en 6^e année, le ratio est de 3,3 maîtres de stage par étudiant. Le ratio maître de stage/officines est de 39,6 %, un peu supérieur à la moyenne.

Les étudiants en 6^e année d'officine représentent 5,1 % des actifs. Si le flux annuel de 90 étudiants en 6^e année d'officine était maintenu pendant 5 ans, soit 450 professionnels formés en 5 ans, les départs en retraite des pharmaciens en activité âgés de 55 ans et plus dans les dix ans seraient largement compensés et même au-delà (115 %, au lieu des 50 % nécessaires au renouvellement à l'identique).

■ ■ En biologie médicale, la place relative des inter-régions dans la formation n'est pas toujours identique à celles qu'elles occupent en termes de population

L'analyse des effectifs et de la répartition territoriale des internes en formation repose sur la prise en compte des effectifs issus des deux filières pharmacie et médecine. Elle se réfère à deux types de données :

- celles qui proviennent des effectifs inscrits par les Facultés de médecine et de pharmacie en 2010-2011 ;
- puis, dans une optique plus prospective, celles construites à partir des effectifs attendus pour les cinq prochaines années ; pour les médecins, en se référant à l'arrêté du 13 juillet 2010 qui fixe les postes ouverts par région pour cette période ; pour les pharmaciens, en faisant l'hypothèse du maintien à l'identique des effectifs d'internes inscrits en 1^{re} année de DES de biologie médicale en 2010-2011 sur cinq ans.

Sur la base des inscrits en 2010, l'Île-de-France, et les inter-régions du Sud et du Sud-Ouest, sont en sur représentation relativement à leur poids démographique. On observe, à l'inverse, une sous représentation plus marquée de l'Ouest et des Antilles-Guyane.

Le prolongement sur 5 ans de la situation actuelle permettrait un certain rééquilibrage, sauf pour l'Île-de-France et Rhône-Alpes Auvergne qui maintiendraient une part dans la formation, supérieure à leur part dans la population générale (tableau 10).

La part respective des internes en médecine et en pharmacie parmi les inscrits en DES de biologie médicale, varie selon les régions et inter-régions.

La part des internes en médecine est en moyenne de 27 % à l'échelle nationale, mais varie selon les régions de 10 % en Languedoc-Roussillon à 48 % en Bourgogne. Au niveau des inter-régions, le Sud et l'Île-de-France connaissent une répartition particulièrement déséquilibrée en défaveur des internes en médecine (qui représentent respectivement 16 et 17 % des DES inscrits en biologie médicale), alors que l'Ouest atteint 37 % d'internes en médecine.

En perspective, le prolongement sur cinq ans des effectifs d'inscrits en 1^{re} année en 2010 (« internes attendus ») permettrait un rééquilibrage : la filière des médecins représenterait 36 % au niveau national, des écarts persistant cependant entre l'inter-région Sud (25 %) et Ouest (49 %). L'Île-de-France se rapprocherait de la moyenne (31 %).

Par contre, si l'on se place au niveau des régions, on retrouve l'hétérogénéité décrite plus haut (part des médecins variant entre 15 et 60 %).

TABLEAU 10

PAR RÉGION ET INTER-RÉGION, SELON LES FILIÈRES, LES EFFECTIFS D'INTERNES EN BIOLOGIE MÉDICALE, OBSERVÉS EN 2010 ET PRÉVISIBLES SUR LA PÉRIODE 2010-2014

	Nb d'internes de médecine en DES de biol. méd. en 2010	Nb d'internes de pharmacie en DES de biol. méd. en 2010	Part de la filière médecine dans le total en 2010	Nb d'internes de médecine en DES de biol. méd. sur la période 2010-2014 (selon l'arrêté)	Nb d'internes de pharmacie en DES de biologie attendus sur la période 2010-2014	Part prévisible de la filière médecine dans le total sur la période 2010-2014
Île-de-France	33	164	17%	75	165	31%
Nord-Est	45	86	34%	61	100	37%
Alsace	6	23	21%	15	10	60%
Lorraine	12	23	34%	11	50	18%
Franche-Comté	5	15	25%	10	15	40%
Bourgogne	10	11	48%	10	15	40%
Champagne-Ardenne	12	14	46%	15	10	60%
Nord Ouest	39	98	28%	60	105	36%
Basse-Normandie	6	20	23%	15	15	50%
Haute-Normandie	6	21	22%	15	35	30%
Nord-Pas-de-Calais	19	37	34%	20	0	100%
Picardie	8	20	29%	10	55	15%
Rhône-Alpes-Auvergne	35	97	27%	55	100	35%
Auvergne	8	10	44%	15	15	50%
Rhône-Alpes	27	87	24%	40	85	32%
Ouest	53	98	37%	99	130	49%
Bretagne	14	22	39%	30	30	50%
Pays de la Loire	20	34	42%	39	75	34%
Centre	10	26	28%	20	25	44%
Poitou-Charentes	9	16	36%	10	0	100%
Sud	21	107	16%	35	105	25%
Languedoc-Roussillon	4	38	10%	13	35	27%
PACA + Corse	17	69	20%	22	70	24%
Sud-Ouest	38	91	29%	60	80	43%
Aquitaine	14	36	28%	25	30	45%
Midi-Pyrénées	11	37	23%	20	30	40%
Limousin	7	18	28%	10	20	33%
Océan Indien	6	0	100%	5	0	100%
Antilles-Guyane	5	0	100%	5	0	100%
TOTAL	269	741	27%	450	785	36%

Lecture : Dans l'inter-région Île-de-France, en 2010, les internes en médecine représentaient 17% des inscrits au DES de biologie médicale. L'arrêté pluriannuel prévoit 75 internes en médecine en biologie sur la période 2010-2014. Si les internes en pharmacie du DES restent pendant 5 ans au niveau observé en 2010 (33 X 5 = 165), les internes en médecine représenteront 31% des inscrits sur la période.

Les perspectives de renouvellement des biologistes âgés de 55 ans et plus varient selon les régions et inter-régions

L'indicateur de renouvellement des effectifs sert à éclairer la situation des biologistes médicaux quelle que soit la filière d'origine, pharmacie ou médecine²⁰, et permet de comparer les régions ou inter-régions. Bien entendu, ces pourcentages ne sont que des repères indicatifs car ils ne tiennent pas compte des mobilités inter-régionales, dont on sait qu'elles sont à la fois importantes et éminemment variables selon les régions de formation.

Au niveau France entière, les flux « attendus » toutes filières confondues, pour le DES de biologie médicale dans les cinq ans correspondent à 35 % des effectifs de biologistes de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité d'ici dix ans. Mais ce pourcentage est plus faible dans les deux inter-régions où ceux-ci sont plus nombreux : Île-de-France et Sud (en sus des Antilles-Guyane qui ne forment pas de pharmaciens). À l'inverse, il atteint 47 % dans le Nord-Ouest et l'Ouest.

Pour les médecins biologistes, le total des postes prévus par l'arrêté représentent 58,6 % des 55 ans et plus, ce qui équivaut à un maintien de leurs effectifs.

Par contre, pour les pharmaciens, le maintien des postes publiés en 2010 sur 5 ans correspond à seulement 28 % des effectifs susceptibles de partir en retraite dans les dix ans.

Si l'on se place au niveau des régions, les postes ouverts aux internes en médecine sur la période 2010-2014 représentent une fraction très variable des effectifs de médecins biologistes de 55 ans et plus : de 31 % en Languedoc-Roussillon, 32 % en Provence-Alpes-Côte-d'Azur et 33 % en Île-de-France (trois régions qui connaissent des situations démographiques plus favorables que les autres mais aussi un vieillissement plus accentué qu'ailleurs de ces professionnels), à 156 % dans les Pays de la Loire, dont la situation est diamétralement opposée.

Au niveau inter-régional, ces contrastes se retrouvent (112 % dans l'Ouest, 89 % en Rhône-Alpes-Auvergne et 31 % dans le Sud).

Pour les pharmaciens, on constate également une grande hétérogénéité des situations. L'indicateur de renouvellement varie entre 12 % et 77 %. Toutefois le fait que certaines régions n'aient aucun inscrit en 1^{re} année (Nord-Pas-de-Calais et Poitou-Charentes), ce qui correspond probablement à des choix de répartition à l'intérieur de l'inter-région susceptibles d'évoluer au cours du cursus, impose des précautions dans l'interprétation.

Au niveau inter-régional, au contraire, ces contrastes s'estompent : le Sud et l'Île-de-France ont les pourcentages les plus faibles (inférieurs ou égaux à 26 %) et le Sud-Ouest atteint 40 % (tableau 12).

20. L'indicateur de renouvellement est le rapport entre les effectifs de 55 ans et plus et les effectifs actuels de 6^e année, maintenus pendant 5 ans. Il permet d'apprécier la part des effectifs en activité susceptible de cesser son activité au cours des 10 prochaines années que les étudiants en formation pourraient remplacer. Un ratio égal à 50 % permet en théorie de maintenir constants les effectifs en activité.

TABLEAU 11

PAR RÉGION, LES EFFECTIFS DE BIOLOGISTES MÉDICAUX ÂGÉS DE 55 ANS ET PLUS, LES EFFECTIFS D'INTERNES EN PHARMACIE ET EN MÉDECINE ATTENDUS POUR LA PÉRIODE 2010-2014 ET L'INDICATEUR DE RENOUVELLEMENT DES BIOLOGISTES PHARMACIENS ET MÉDECINS ASSOCIÉS

	Effectifs des pharmaciens biologistes (LABM + hospitaliers de la section G) âgés de 55 ans ou plus	Effectifs d'internes en pharmacie du DES de biologie attendus	Indicateur de renouvellement des pharmaciens biologistes de 55 ans et plus	Effectifs des médecins biologistes âgés de 55 ans ou plus	Effectifs de médecins biologistes formés d'ici à 2014 selon arrêté	Indicateur de renouvellement des médecins biologistes de 55 ans et plus
Île-de-France	607	165	26 %	223	75	34 %
Nord-Est	345	100	30 %	80	61	76 %
Alsace	84	10	12 %	18	15	83 %
Lorraine	95	50	53 %	23	11	48 %
Franche-Comté	42	15	36 %	14	10	71 %
Bourgogne	72	15	21 %	12	10	83 %
Champagne-Ardenne	52	10	19 %	13	15	115 %
Nord-Ouest	263	105	40 %	92	60	65 %
Basse-Normandie	33	15	45 %	18	15	83 %
Haute-Normandie	64	35	55 %	22	15	68 %
Nord-Pas-de-Calais	95	0	0 %	34	20	59 %
Picardie	71	55	77 %	18	10	56 %
Rhône-Alpes-Auvergne	321	100	31 %	62	55	89 %
Auvergne	41	15	37 %	11	15	136 %
Rhône-Alpes	280	85	30 %	51	40	78 %
Ouest	347	130	37 %	88	99	113 %
Bretagne	92	30	33 %	30	30	100 %
Pays de la Loire	114	75	66 %	25	39	156 %
Centre	81	25	31 %	25	20	80 %
Poitou-Charentes	60	0	0 %	8	10	125 %
Sud	467	105	22 %	113	35	31 %
Languedoc-Roussillon	139	35	25 %	41	13	32 %
PACA + Corse	328	70	21 %	72	22	31 %
Sud-Ouest	300	80	27 %	97	60	62 %
Aquitaine	137	30	22 %	33	25	76 %
Midi-Pyrénées	108	30	28 %	47	20	43 %
Limousin	28	20	71 %	10	10	100 %
Océan Indien	27	0	0 %	7	5	71 %
Antilles-Guyane	50	0	0 %	13	5	38 %
TOTAL	2700	785	29 %	768	450	59 %

■ ■ Un possible accroissement des effectifs des pharmaciens des établissements de santé

En moyenne, la part de l'option pharmacie hospitalière parmi les inscrits en 3^e et 4^e année du DES de pharmacie est de 78 %, elle est plus faible en Île-de-France 73 %.

Compte tenu des chiffres modestes des effectifs âgés de 55 ans et plus et des effectifs d'internes inscrits en 3^e et 4^e du DES en 2010, les flux « attendus » pour les cinq prochaines années²¹ correspondent à 84 % des pharmaciens qui vont cesser leur activité dans les dix ans. On devrait donc assister à un accroissement des effectifs, si la tendance reste inchangée.

TABEAU 12

PAR RÉGION, LES EFFECTIFS D'INTERNES INSCRITS EN 3^E ET 4^E ANNÉE, LE NOMBRE DES SERVICES AGRÉÉS ET L'INDICATEUR DE RENOUVELLEMENT À FLUX ANNUEL INCHANGÉ

	Nombre d'internes en 3 ^e et 4 ^e année en pharmacie hospitalière en 2010	Nombre de services agréés en pharmacie hospitalière	Part de la pharmacie hospitalière dans le total des internes en 3 ^e et 4 ^e année en 2010	Flux d'internes 2010-2014, si les inscrits restent = à 2010	Indicateur de renouvellement
Île-de-France	73	142	73 %	180	101 %
Nord-Est	34	133	81 %	85	74 %
Alsace	15	17	100 %	37,5	234 %
Lorraine	9	21	75 %	22,5	50 %
Franche-Comté	6	13	75 %	15	79 %
Bourgogne	4	68	67 %	10	48 %
Champagne-Ardenne	0	14	0 %	0	0 %
Nord-Ouest	60	104	91 %	150	172 %
Basse-Normandie	17	29	100 %	42,5	386 %
Haute-Normandie	14	17	100 %	35	159 %
Nord-Pas-de-Calais	23	41	81 %	57,5	65 %
Picardie	6	17	100 %	15	75 %
Rhône-Alpes-Auvergne	40	103	71 %	100	89 %
Auvergne	3	15	100 %	7,5	36 %
Rhône-Alpes	37	88	70 %	92,5	102 %
Ouest	38	84		87,5	55 %
Bretagne	12	28	92 %	30	58 %
Pays de la Loire	11	22	81 %	27,5	64 %
Centre	6	19	67 %	15	43 %
Poitou-Charentes	9	15	90 %	22,5	80 %
Sud	42	135	79 %	105	71 %
Languedoc-Roussillon	16	29	73 %	40	91 %
PACA + Corse	26	106	84 %	65	63 %
Sud-Ouest	44	48	76 %	110	91 %
Aquitaine	20	19	80 %	50	91 %
Midi-Pyrénées	19	14	73 %	47,5	101 %
Limousin	5	9	83 %	15	83 %
Océan Indien	0	6	0 %		
Antilles-Guyane	0	9			
TOTAL	331	758	78 %	818	88 %

21. En supposant maintenus à l'identique les postes du DES 2010 ainsi que la part de l'option pharmacie hospitalière.

Aucune région n'apparaît en situation difficile par rapport au renouvellement de ses effectifs globaux

Cet état des lieux permet de constater que, au niveau global, le remplacement des effectifs susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années serait déjà pratiquement assuré. En effet, les effectifs en formation en 6^e année d'études, maintenus pendant 5 ans, représentent 91 % des effectifs de 55 ans et plus. On peut donc estimer que les flux entrants seraient très supérieurs aux flux sortants, si la démographie étudiante restait stable.

Le tableau 13 synthétise les perspectives démographiques actuelles, globalement et selon chacun des trois métiers qui regroupent l'essentiel des effectifs.

Pour la pharmacie d'officine, près de 70 % des effectifs âgés de 55 ans et plus seraient remplacés par les effectifs formés sur 5 ans dans cette filière. Seule la région Poitou-Charentes ne paraît pas disposer d'un nombre d'étudiants en formation dans cette filière permettant de compenser les effectifs qui cesseraient leur activité.

Pour les pharmaciens biologistes médicaux, l'indicateur de renouvellement est de 29 %, ce qui signifie que le prolongement de la situation actuelle ne permettrait pas d'aboutir à des effectifs à hauteur de ce qu'ils sont actuellement. Seule l'inter-région Nord-Ouest est en dans une situation plus favorable, et au niveau régional, la Haute-Normandie, le Limousin, la Lorraine, les Pays de la Loire et la Picardie.

Les pharmaciens des établissements de santé présentent des perspectives de renouvellement plus favorables que les officinaux, la situation la plus tendue apparaissant dans l'inter-région Ouest, du fait de la région Centre.

TABLEAU 13

**PAR RÉGION ET PAR INTER-RÉGION, LES EFFECTIFS GLOBAUX ET LES INDICATEURS
DE RENOUVELLEMENT PAR MÉTIER : OFFICINE, BIOLOGIE ET PHARMACIE HOSPITALIÈRE**

	Effectif total	dont âgés de 55 ans ou plus	Flux de diplômés attendus sur 5 ans	Indicateur de renouvellement des 55 ans et plus d'ici à 2016	Indicateur de renouvellement des officinaux de 55 ans et plus d'ici à 2016	Indicateur de renouvellement pharmaciens biologistes de 55 ans et plus d'ici à 2016	Indicateur de renouvellement pharmaciens hospitaliers de 55 ans et plus d'ici à 2016
Île-de-France	13 711	3 918	2 980	76 %	51 %	26 %	101 %
Nord-Est	8 721	2 084	2 685	129 %	106 %	30 %	74 %
Alsace	1 885	411	680	165 %	109 %	12 %	234 %
Lorraine	2 321	549	690	126 %	115 %	53 %	50 %
Franche-Comté	1 241	313	335	107 %	103 %	36 %	79 %
Bourgogne	1 864	472	455	96 %	63 %	21 %	48 %
Champagne-Ardenne	1 410	339	525	155 %	148 %	19 %	0 %
Nord-Ouest	9 606	1 982	2 245	113 %	97 %	40 %	172 %
Basse-Normandie	1 443	337	390	116 %	95 %	45 %	386 %
Haute-Normandie	1 907	390	360	92 %	76 %	55 %	159 %
Nord-Pas-de-Calais	4 356	857	910	106 %	96 %	0 %	65 %
Picardie	1 900	398	585	147 %	123 %	77 %	75 %
Rhône-Alpes-Auvergne	9 250	2 169	1 905	88 %	66 %	31 %	89 %
Auvergne	1 697	433	445	103 %	79 %	37 %	36 %
Rhône-Alpes	7 553	1 736	1 460	84 %	62 %	30 %	102 %
Ouest	11 599	2 929	2 640	90 %	60 %	30 %	55 %
Bretagne	3 330	792	590	74 %	66 %	33 %	58 %
Pays de la Loire	3 496	879	1 210	138 %	67 %	66 %	64 %
Centre	2 801	716	560	78 %	56 %	31 %	43 %
Poitou-Charentes	1 972	542	280	52 %	44 %	0 %	80 %
Sud	10 283	2 731	2 385	87 %	73 %	22 %	71 %
Languedoc-Roussillon	3 525	894	1 105	124 %	101 %	25 %	91 %
PACA	6 758	1 837	1 280	70 %	58 %	21 %	63 %
Sud-Ouest	8 324	2 207	1 970	89 %	57 %	27 %	91 %
Aquitaine	3 879	1 056	825	78 %	51 %	22 %	91 %
Midi-Pyrénées	3 414	891	750	84 %	55 %	28 %	101 %
Limousin	1 031	260	395	152 %	129 %	71 %	83 %
Océan Indien	708	181	0	0 %	0 %	0 %	0 %
Antilles-Guyane	793	269	0	0 %	0 %	0 %	0 %
Guadeloupe	347	124	0	0 %	0 %	0 %	0 %
Martinique	331	118	0	0 %	0 %	0 %	0 %
Guyane	115	27	0	0 %	0 %	0 %	0 %
TOTAL DOM TOM	1 501	450	0	0 %	0 %	0 %	0 %
FRANCE ENTIÈRE	72 590	18 403	16 810	91 %	69 %	29 %	88 %

Tableaux récapitulatifs

TABLEAU A

PAR RÉGION, PAR INTER-RÉGION ET PAR CYCLES, LES EFFECTIFS D'ÉTUDIANTS

Facultés de pharmacie	Premier cycle hors Paces	Deuxième cycle		Troisième cycle hors internat			Internat	Total étudiants inscrits en 2010-2011 hors PACES
	Et inscrits en 2 ^e année en 2010-2011	Étudiants inscrits en 3 ^e année en 2010-2011	Étudiants inscrits en 4 ^e année en 2010-2011	Étudiants inscrits en 5 ^e année en 2010-2011	Étudiants inscrits en 6 ^e année en 2010-2011	Étudiants inscrits en 6 ^e année en 2010-2011	Total des internes inscrits en DES	
Île de France	614	643	615	748	283	212	415	3530
Paris Descartes	296	314	316	425	170	87	233	1841
Paris Sud	318	329	299	323	113	125	182	1689
Nord Est	551	487	534	451	323	144	225	2715
Strasbourg	123	123	151	112	61	60	63	693
Nancy	146	125	132	133	90	23	64	713
Besançon	80	71	72	56	50	7	38	374
Dijon	92	78	84	79	45	35	34	447
Reims	110	90	95	71	77	19	26	488
Nord Ouest	530	501	497	387	302	73	265	2555
Caen	109	99	94	92	52	16	51	513
Rouen	86	96	94	64	43	15	53	451
Lille	242	202	214	150	135	31	104	1078
Amiens	93	104	95	81	72	11	57	513
Rhône Alpes Auvergne	444	425	440	407	213	103	249	2281
Clermont-Ferrand	97	95	104	89	53	30	21	489
Grenoble	116	100	93	68	69	0	58	504
Lyon	231	230	243	250	91	73	170	1288
Ouest	513	498	481	432	274	125	220	2543
Rennes	118	115	118	96	82	22	50	601
Angers	78	81	75	76	46	22	26	404
Nantes	106	107	102	107	47	33	49	551
Tours	127	121	104	98	60	40	51	601
Poitiers	84	74	82	55	39	8	44	386
Sud	443	384	426	431	292	112	267	2355
Montpellier	228	178	222	221	138	57	102	1154
Marseille	215	206	197	209	154	55	165	1201
Sud Ouest	369	358	378	369	214	118	245	2051
Bordeaux	146	145	154	164	83	57	103	852
Toulouse	148	145	147	141	78	47	99	805
Limoges	75	68	77	64	53	14	43	394
TOTAL	3464	3296	3371	3225	1901	887	1886	18030

Sources : Facultés de pharmacie.

TABLEAU B

PAR RÉGION ET INTER-RÉGION, LES EFFECTIFS D'INTERNES EN COURS DE CURSUS, INSCRITS EN DES, ET LEUR RÉPARTITION EN POURCENTAGE

Répartition internat en 2010 selon les régions	Nombre total d'inscrits en DES biologie médicale	Nombre total d'inscrits en DES pharmacie (anct pharm. hosp. et col. et pharm. ind. bioméd.)	Nombre total d'inscrits en DES IPR et pharmacie spé.	Total internes	Biologie médicale en %	DES pharmacie en %	IPR en %
Île-de-France	164	213	38	415	39,5%	51,3%	9,2%
Nord-Est	86	114	25	225	38,2%	50,7%	11,1%
Alsace	23	32	8	63	36,5%	50,8%	12,7%
Lorraine	23	35	6	64	35,9%	54,7%	9,4%
Franche-Comté	15	19	4	38	39,5%	50,0%	10,5%
Bourgogne	11	17	6	34	32,4%	50,0%	17,6%
Champagne-Ardenne	14	11	1	26	53,8%	42,3%	3,8%
Nord-Ouest	98	158	9	265	37,0%	59,6%	3,4%
Basse-Normandie	20	28	3	51	39,2%	54,9%	5,9%
Haute-Normandie	21	32	0	53	39,6%	60,4%	0,0%
Nord-Pas-de-Calais	37	64	3	104	35,6%	61,5%	2,9%
Picardie	20	34	3	57	35,1%	59,6%	5,3%
Rhône-Alpes-Auvergne	97	132	20	249	39,0%	53,0%	8,0%
Auvergne	10	9	2	21	47,6%	42,9%	9,5%
Rhône-Alpes	87	123	18	228	38,2%	53,9%	7,9%
Ouest	98	104	18	220	44,5%	47,3%	8,2%
Bretagne	22	26	2	50	44,0%	52,0%	4,0%
Pays de la Loire	34	33	8	75	45,3%	44,0%	10,7%
Centre	26	20	5	51	51,0%	39,2%	9,8%
Poitou-Charentes	16	25	3	44	36,4%	56,8%	6,8%
Sud	107	146	14	267	40,1%	54,7%	5,2%
Languedoc-Roussillon	38	58	6	102	37,3%	56,9%	5,9%
PACA	69	88	8	165	41,8%	53,3%	4,8%
Sud-Ouest	91	128	26	245	37,1%	52,2%	10,6%
Aquitaine	36	54	13	103	35,0%	52,4%	12,6%
Midi-Pyrénées	37	52	10	99	37,4%	52,5%	10,1%
Limousin	18	22	3	43	41,9%	51,2%	7,0%
TOTAL	741	995	150	1886	39,3%	52,8%	8,0%

Sources : Facultés de pharmacie.

U

n approfondissement régional du diagnostic

Des analyses démographiques plus fouillées, effectuées par certaines régions, sont présentées ici dans la mesure où elles font apparaître des points de vue ou des indicateurs susceptibles d'enrichir ultérieurement la démarche. Deux thèmes sont ainsi présentés de façon synthétique : les différences infra régionales de situation et la mobilité géographique des internes en formation et des diplômés.

Les différences infra régionales de situations coïncident avec des disparités de capacité des structures de soins

Au sein de toutes les régions, il existe des différences de dotations en effectifs de pharmaciens et en densité, entre les départements. Les réflexions menées en Rhône-Alpes présentent l'intérêt de les interroger à l'aune, d'une part, des structures d'exercice pour la pharmacie hospitalière et en examinant, d'autre part, pour les officines, la situation des effectifs au regard des références en vigueur en matière d'équivalent temps plein (ETP).

La région Rhône Alpes regroupe huit départements dont le comité régional a distingué les situations, à partir d'une analyse effectuée par l'ARS.

Le département du Rhône rassemble 35 % des effectifs régionaux, alors que les autres départements en compte chacun au plus 10 %. Les distinctions départementales font également apparaître de fortes différences de densité de pharmaciens. La densité régionale est supérieure à la densité nationale, mais ce n'est le cas que pour 3 des départements qui composent la région.

L'analyse plus spécifique menée selon les métiers met également en lumière des disparités entre les départements, pour des structures équivalentes.

Ainsi, pour la pharmacie hospitalière, des écarts marquent les différents départements, et ce quel que soit le type d'établissement considéré. Pour les petits établissements, dans le Rhône, le ratio est de 0,65 ETP pour 100 lits, soit le double de celui de l'Ardèche, département qui présente également le ratio le plus faible pour les gros établissements, 0,63 ETP contre 0,88 en Savoie et 0,74 pour l'ensemble de la région.

Une approche de même type est envisagée par l'ARS Auvergne, qui envisage d'étendre le diagnostic aux effectifs pharmaceutiques travaillant dans les PUI des établissements médico-sociaux en incluant les assistants.

De la même façon, la cartographie du nombre d'ETP manquant en officine par commune, ainsi que celle illustrant l'évolution brute des officines entre 2007 et 2011, élaborée à partir des données de l'assurance maladie, permet d'identifier pour chaque département de la région les pharmacies d'officine déficitaires en ETP de pharmaciens assistants²² (tableau 14).

TABLEAU 14

NOMBRE DE PHARMACIES D'OFFICINE DÉFICITAIRES EN 2009 EN ETP PHARMACIEN ASSISTANT EN RHÔNE-ALPES (SUR 2 108 PHARMACIES D'OFFICINE)

Département	Nombre d'officines où il y a défaut d'assistant	ETP pharmacien manquant
Ain	12	5,29
Ardèche	8	2,63
Drôme	3	0,52
Isère	5	0,86
Loire	11	5,92
Rhône	16	5,75
Savoie	2	0,86
Haute-Savoie	10	3,42
Total	67	25,25

Sources : Données issues du logiciel PHAR.

Les régions conservent diversement les pharmaciens diplômés dans leurs facultés

L'obtention d'un diplôme de pharmacien au sein d'une faculté donnée ne garantit pas l'exercice dans la région de cette faculté. La mobilité des diplômés par rapport au lieu des études est un phénomène qui touche tous les métiers. Dans les professions de santé, dont les effectifs admis à se former sont soumis à des quotas établis par territoire (la région, ou la subdivision), cette mobilité présente des enjeux particuliers. En effet, la régulation territoriale vise une répartition équitable de l'offre de soins qui ne peut être atteinte que dans la mesure où les professionnels de santé, une fois formés, ne quittent pas la région.

Pour les médecins, la mobilité des nouveaux diplômés fait l'objet depuis 2001, d'un suivi régulier par l'ONDPS. Deux régions en ont exploré les caractéristiques pour les pharmaciens, et les résultats illustrent l'intérêt d'organiser un suivi régulier également pour cette profession.

En Bourgogne, l'ARS a établi une première mesure de la mobilité à partir du lieu d'obtention du diplôme des pharmaciens en activité au 1^{er} janvier 2011 (tableau 15).

22. Le nombre d'adjoints en officine est fonction du chiffre d'affaires. Le seuil de recrutement d'un adjoint augmente chaque année, il est aujourd'hui fixé à 1 300 000 euros.

TABLEAU 15

PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ, NOMBRE DE PHARMACIENS AYANT OBTENU LEUR DIPLÔME À DIJON, DANS UNE AUTRE RÉGION ET À L'ÉTRANGER

Secteur d'activité	DIJON		ÉTRANGER (UE et hors UE)		France (hors Bourgogne)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Industrie pharmaceutique	25	24,8%	1	1%	75	74%	101	100%
LBM	47	40,9%		0%	68	59%	115	100%
Officine	692	48,6%	10	1%	721	51%	1 423	100%
Pharmacien biologiste	22	44,9%	3	6%	24	49%	49	100%
Pharmacien en établissement de santé	57	40,4%	2	1%	82	58%	141	100%
Autres	21	60,0%		0%	14	40%	35	100%
Total	864	46,4%	16	1%	984	53%	1 864	100%

1 864 pharmaciens exercent leur profession en Bourgogne au 1^{er} janvier 2011 parmi lesquels 864, soit 46,4 %, ont obtenu leur diplôme à la Faculté de pharmacie de Bourgogne.

Les variations entre les différents secteurs d'activité sont relativement importantes : à titre d'exemple, seuls 24,8 % des pharmaciens du secteur de l'industrie pharmaceutique ont été diplômés en Bourgogne contre 48,6 % des pharmaciens d'officine.

Parmi les 984 pharmaciens diplômés par une autre Faculté que l'Université de Bourgogne, les lieux de formation les plus récurrents sont Lyon (18,4 % des pharmaciens), suivi de près de Paris (18,1 % des pharmaciens) puis Clermont-Ferrand (14,9 % des pharmaciens).

Après l'analyse de la région d'obtention du diplôme des 1 864 pharmaciens en activité en Bourgogne, le profil de quelques cohortes de diplômés a été dressé au niveau national afin de connaître l'évolution de la part des diplômés qui font le choix d'exercer leur profession en Bourgogne.

Analyse de cohortes de diplômés

Pour réaliser cette étude, neuf promotions de diplômés ont été retenues : 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 et 2006.

Après avoir identifié le nombre de diplômés bourguignons, étrangers et français (hors Bourgogne), plusieurs indicateurs ont été définis²³ :

23. Deux éléments limitent cette analyse, selon les auteurs. En premier lieu, le fait que seuls les pharmaciens en activité sur le territoire national au 1^{er} janvier 2011 ont été pris en compte. L'information fournie par le RPPS se limite en effet aux seuls professionnels de santé en activité. On ne dispose donc pas des informations relatives aux PS diplômés une année t qui auraient cessé leur activité ou qui auraient quitté le territoire national. L'effectif de certaines cohortes peut par conséquent être sous-estimé. Par ailleurs, le RPPS ne permet pas de cibler la commune de la primo-inscription à l'ordre. La seule information disponible est la commune d'exercice du professionnel. Les flux ayant pu se dérouler entre l'activité 2011 et la fin des études n'est donc pas visible. Il s'agit donc d'une information indicative.

- la part des diplômés bourguignons parmi l'ensemble des diplômés français
- la part des diplômés français exerçant leur profession en Bourgogne
- la part des diplômés bourguignons optant pour un exercice en Bourgogne.

TABEAU 16

RÉSULTATS POUR LES COHORTES DE DIPLÔMÉS 1990-2006

	Nombre de diplômés			Part des diplômés bourguignons parmi l'ensemble des diplômés	Part des diplômés s'installant en Bourgogne (n)	Part des diplômés bourguignons s'installant n Bourgogne (n)
	France métropolitaine (hors Bourgogne)	Étranger	Bourgogne			
Cohorte 1990	1 704	6	26	1,5%	2,2% (38)	38% (10)
Cohorte 1992	1 734	13	45	1,5%	3,0% (53)	56% (25)
Cohorte 1994	1 684	24	51	1,5%	3,1% (54)	45% (23)
Cohorte 1996	1 654	21	38	1,5%	2,7% (45)	55% (21)
Cohorte 1998	1 639	17	34	1,5%	2,6% (43)	59% (20)
Cohorte 2000	1 648	26	41	1,5%	2,4% (40)	51% (21)
Cohorte 2002	1 716	27	40	1,5%	2,2% (38)	45% (18)
Cohorte 2004	1 763	29	32	1,4%	2,5% (44)	69% (22)
Cohorte 2006	1 761	16	42	1,4%	2,3% (42)	50% (21)

Les effectifs de diplômés en France métropolitaine augmentent jusqu'en 1992 pour diminuer ensuite jusque dans les années 1998. À partir de 2000, le nombre de diplômés repart à la hausse avec une stagnation à partir de 2004.

L'évolution des effectifs en Bourgogne est proche de la situation nationale : la phase d'augmentation du nombre de diplômés est toutefois plus longue puisqu'elle dure jusqu'en 1994. La phase décroissante s'achève également en 2004, le nombre de diplômés semblant ensuite remonter plus vite qu'au niveau national.

Parmi l'ensemble des diplômés français, la part des étudiants bourguignons reste stable avec 1,5%. En considérant en revanche la part des diplômés français s'installant en Bourgogne, de faibles variations peuvent être observées : parmi les diplômés de 2002, 2,2% ont opté pour une activité en Bourgogne contre 3,1% dans la cohorte 1994.

Pour une année donnée, le nombre de diplômés français exerçant en Bourgogne est supérieur au nombre de formés en Bourgogne, ce qui permet de conclure à une certaine attractivité de la région.

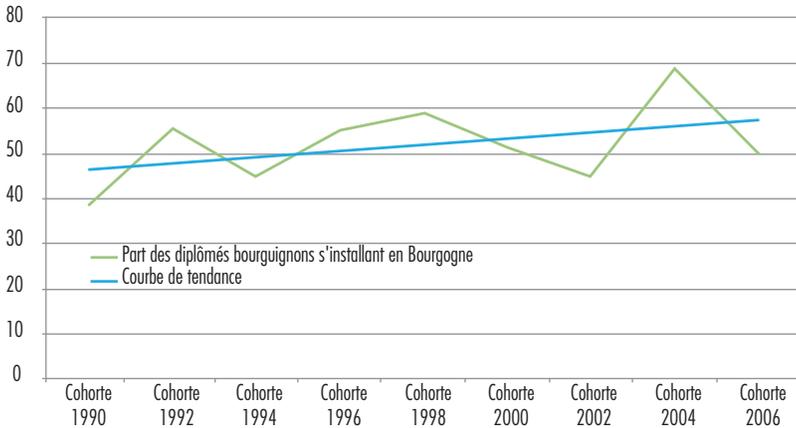
Enfin, il est intéressant, à l'aide du graphique ci-dessous, de considérer la part des étudiants bourguignons ayant fait le choix d'exercer leur art en Bourgogne suite à l'obtention de leur diplôme.

La courbe de tendance montre un indicateur globalement à la hausse entre 1990 et 2006, renforçant ici encore l'idée de l'attractivité de la région Bourgogne. L'indicateur varie de 38% en 1990 à 69% en 2004. Il convient néanmoins de mettre en garde contre un biais statistique : en effet, ne disposant pas de l'information relative à la région de la première inscription à l'Ordre mais uniquement le lieu d'activité des pharmaciens, il est probable qu'une partie non négligeable des diplômés bourguignons de 1992

aient changé de lieu d'activité entre 1992 et aujourd'hui. Autrement dit, parmi les diplômés de 1992, certains ont pu s'installer en première instance en Bourgogne pour quitter la région ensuite. Ces effectifs ne sont donc pas inclus dans cette analyse.

GRAPHIQUE 5

PART DES DIPLÔMÉS BOURGUIGNONS S'INSTALLANT EN BOURGOGNE



En Lorraine, le comité régional a également exploré la capacité régionale de rétention des diplômés par la faculté de Nancy.

Dans un premier temps, il s'est agi, à partir de la liste des étudiants ayant soutenu leur thèse de 2003 à 2007, d'identifier la région d'exercice des docteurs en pharmacie diplômés²⁴.

Sur les 401 diplômés recensés par la Faculté, 333 ont été retrouvés dans le répertoire ADELI, dont 225 en Lorraine, 13 inactifs (c'est-à-dire des personnes qui ont été inscrites dans le répertoire ADELI et qui ne le sont plus, soit parce qu'elles ont cessé provisoirement ou définitivement d'exercer, soit parce qu'elles sont parties exercer à l'étranger) et 95 pharmaciens exercent dans une autre région que la Lorraine.

En conséquence, la très grande majorité (plus de 80 %) des pharmaciens diplômés récemment s'est inscrite dans ADELI et exerce actuellement dont près de 60 % de l'ensemble en Lorraine (tableau 17).

24. M. Kedzierewicz, faculté de pharmacie, État des lieux de la profession de pharmacien en Lorraine, comité régional ONDPS, mars 2010.

TABLEAU 17

RÉGIONS D'EXERCICE DES PHARMACIENS DIPLÔMÉS DE LA FACULTÉ DE NANCY ENTRE 2003 ET 2007

Année de thèse	Exercice					Total thésés	Dont exerçant en officine	% d'exerçant en Lorraine	% de retrouvés dans le répertoire ADELI
	Lorraine	Grand-Est	Autres régions	Non trouvés dans ADELI	Inactifs				
2003	34	7	13	5	3	62	42	54,8	91,9
2004	44	3	20	10	2	79	57	55,7	87,3
2005	57	8	4	14	6	89	63	64	84,3
2006	49	5	11	15		80	59	61,3	81,3
2007	41	5	19	24	2	91	56	45,1	73,6
Total	225	28	67	68	13	401	277	56,1	83,0

Sources : Liste des thèses de la faculté de pharmacie et fichier ADELI-DRASS Lorraine.

Ces taux comparés à ceux des médecins montrent que les pharmaciens issus de la faculté de Nancy exercent plus souvent en Lorraine que leurs homologues médicaux. L'explication vient peut-être du fait que la plupart des pharmaciens diplômés à Nancy est originaire de la région, ce qui n'est pas ou plus le cas pour les médecins, en particulier pour les médecins spécialistes (hors médecine générale) depuis la mise en place des ECN favorisant les flux d'internes entre régions.

Autres observations : un certain délai s'écoule entre la soutenance de thèse et l'inscription dans ADELI (ce délai peut atteindre 2 ou 3 ans). De plus, un nombre assez important (68) d'anciens étudiants ne figurent pas dans le fichier.

Pour le différentiel entre les diplômés et les inscrits, celui-ci peut s'expliquer partiellement par le fait de l'impossibilité pour les diplômés de nationalité hors UE de s'inscrire à l'Ordre des Pharmaciens et donc à ADELI, et également par le fait qu'un certain nombre de professionnels exerçant notamment dans l'industrie, l'administration, les organismes de recherche, à l'université... n'ont pas l'obligation de s'inscrire à l'Ordre des Pharmaciens ou/et à ADELI.

Le tableau 18 montre que 77 % des 1 118 pharmaciens recensés en Lorraine ont un diplôme délivré par la Faculté de pharmacie de Nancy.

En conclusion : le taux de rétention des anciens étudiants de Nancy est plutôt favorable puisqu'en moyenne sur 100 diplômés de Nancy retrouvés dans ADELI, 70 exercent en Lorraine. Et inversement sur 100 professionnels pharmaciens exerçant en Lorraine, près de 80 % sont issus de la faculté de pharmacie de Nancy.

TABLEAU 18

**RÉPARTITION DES PHARMACIENS EXERÇANT EN LORRAINE SELON L'ANNÉE
ET LE LIEU D'OBTENTION DU DIPLÔME**

Année d'obtention du diplôme	Lorraine	Grand-Est	Autres régions	Total	% de diplômés lorrains
1990	46	8	10	64	71,9
1991	30	6	8	44	68,2
1992	59	8	7	74	79,7
1993	42	13	2	57	73,7
1994	48	9	5	62	77,4
1995	51	4	8	63	81
1996	47	8	5	60	78,3
1997	60	11	8	79	75,9
1998	53	11	10	74	71,6
1999	49	9	5	63	77,8
2000	53	7	5	65	81,5
2001	45	7	7	59	76,3
2002	42	6	2	50	84
2003	38	6	11	55	69,1
2004	49	6	8	63	77,8
2005	60	2	11	73	82,2
2006	56	5	10	71	78,9
2007	31	5	6	42	73,8
Total	859	131	128	1118	77,0

Sources : ADELI au 01/01/2008 DRASS Lorraine.

Étude sur la mobilité inter-régionale des pharmaciens biologistes

Les données portant sur le lieu d'exercice et l'UFR d'origine des pharmaciens biologistes diplômés par la Faculté de Pharmacie de Nancy entre 2003 et 2007 sont regroupées dans le tableau 19.

Sur 15 diplômés à l'UFR de Nancy durant cette période, 3 biologistes seulement exercent hors Lorraine, étant précisé que 2 d'entre eux sont originaires d'une autre UFR que celle de Nancy.

Le faible nombre de diplômés durant ces 5 années, au regard du nombre d'internes entrés en formation pendant cette période s'explique par le fait que chaque promotion d'internes (et donc ensuite de diplômés) est répartie sur les 5 villes de l'inter-région.

TABLEAU 19

**PHARMACIENS BIOLOGISTES DIPLÔMÉS À NANCY ENTRE 2003 ET 2007,
LEUR RÉGION D'EXERCICE ACTUELLE ET LEUR FACULTÉ D'ORIGINE**

Région d'exercice	Situation professionnelle	Nombre	Faculté d'origine
Lorraine	Salariés	6	Nancy
Lorraine	Salariés	1	Strasbourg
Lorraine	Libéral	5	Nancy
Autres régions	Salariés	2	Autres facultés
Autre région	Salariés	1	Nancy

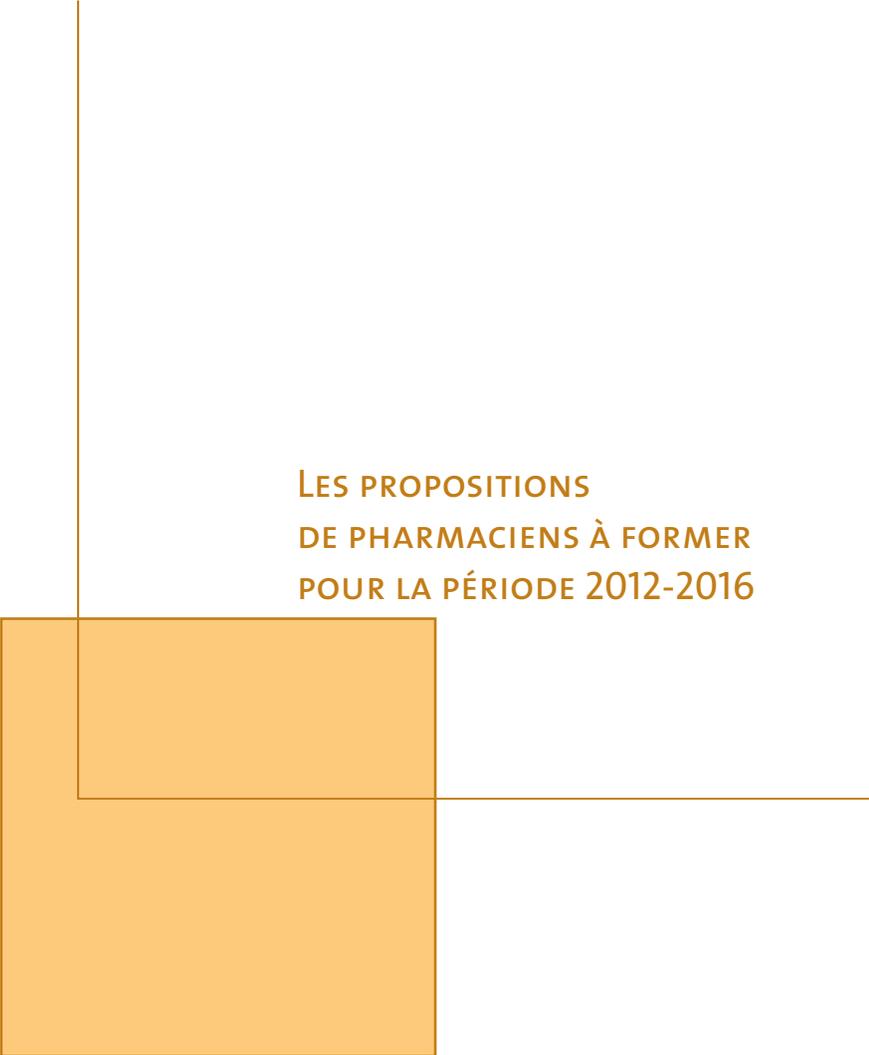
En Rhône Alpes, sur les 7 553 pharmaciens en activité, 4 961 sont diplômés de la région (3 428 à Lyon soit 45 % et 1 533 de Grenoble soit 20 %) [tableau 20]. 251 pharmaciens ont obtenu leur diplôme à Clermont-Ferrand (soit 3 %), 218 à Marseille (soit également 3 %) et 415 à Montpellier-Nîmes (soit environ 5 %). 33 diplômés ont été obtenus en dehors du territoire national soit 0,4 %.

TABLEAU 20

LIEU D'OBTENTION DU DIPLÔME DES PHARMACIENS EXERÇANT EN RÉGION RHÔNE-ALPES

Lieu d'activité / Origine du diplôme	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	TOTAL
Lyon	308	103	173	311	456	1 786	98	193	3 428
Grenoble	30	54	115	768	28	93	220	225	1 533
Étranger au territoire national	5	1	2	2	1	13	2	7	33
Autres régions de France	209	199	255	358	289	711	170	368	2 559

Sources : RPPS/DREES, 2011.

A decorative graphic consisting of a vertical orange line on the left, a horizontal orange line extending from the vertical line to the right, and a large orange square at the bottom left. The text is positioned to the right of the vertical line and above the horizontal line.

LES PROPOSITIONS
DE PHARMACIENS À FORMER
POUR LA PÉRIODE 2012-2016

Conformément aux missions de l'Observatoire²⁵, les propositions portent sur une période pluriannuelle, de 2012 à 2016. Ce premier exercice a permis d'initier, au niveau régional, une concertation entre les conseils régionaux de l'Ordre des pharmaciens, les doyens, les ARS et les représentants des étudiants. Cet engagement conjoint d'une réflexion sur les besoins correspond à un apprentissage d'une démarche prospective qui demandera toutefois des approfondissements. En effet, la régionalisation de la démarche introduit un niveau d'élaboration nouveau par rapport à celui de l'inter régionalisation qui est celui en vigueur actuellement pour l'affectation des postes à l'internat. Par ailleurs, l'affectation d'un *numerus clausus* par UFR ne donne pas lieu systématiquement à une réflexion régionale commune.

Trois grandes options arrêtées par le conseil d'orientation ont guidé les inflexions par rapport aux propositions qui avaient été transmises par les comités régionaux de l'observatoire.

- Le maintien, sur la période 2012-2016, du *numerus clausus* actuel. Cette option tient compte des perspectives favorables de renouvellement des effectifs établies par l'état des lieux régional, mais aussi des mutations en cours de la profession qui génèrent des incertitudes sur l'évaluation des besoins ;
- Une redistribution du *numerus clausus* entre régions afin de prendre en compte les évolutions de la répartition de la population générale sur le territoire ;
- Un rééquilibrage prudent de la biologie médicale en faveur de la filière médecine, afin de préserver pour ce DES, des effectifs adaptés au fonctionnement des structures.

L'ONDPS, sur la base de l'état des lieux et des propositions régionales concernant les effectifs pour l'officine et l'industrie, formule par ailleurs des propositions pour ces deux métiers bien qu'ils ne fassent pas l'objet jusqu'ici de régulation par quotas, ni d'orientations de la part des pouvoirs publics.

25. Cf. décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010.



e *numerus clausus*

Les propositions de l'ONDPS aboutissent à un *numerus clausus* de 15 475 pour la période 2012-2016, soit la reconduction pour les 5 prochaines années du *numerus clausus* annuel actuel (3 095).

Les principales inflexions par rapport aux demandes transmises par les comités régionaux portent sur le niveau global du *numerus clausus* et sur sa répartition entre les régions.

Ces propositions infléchissent à la baisse les chiffres transmis par les régions, qui aboutissaient, hors DOM, à un chiffre de 3 160 par an soit 15 800 pour la période. Si l'on tient compte des demandes formulées par les Antilles-Guyane, le total des propositions était encore supérieur et s'élevait à 3 198 par an, soit 15 990 pour la période. Il n'a pas semblé pertinent de se référer à cette proposition haute, compte tenu des perspectives démographiques globales décrites dans l'état des lieux. Les besoins des Antilles-Guyane et de La Réunion constituent néanmoins un élément important à prendre en compte, d'autant que la situation démographique dans ces territoires est beaucoup plus problématique qu'en métropole.

Déterminer le *numerus clausus* régional à partir des données populationnelles aboutit à faire évoluer sélectivement les chiffres proposés initialement par certaines régions.

Deux indicateurs servent de référence pour proposer ces infléchissements : la densité d'étudiants par rapport à la population générale et les perspectives de croissance démographique d'ici à 2030 (projections Insee).

Le nombre d'étudiants en pharmacie pour 100 000 habitants est de 4,8 étudiants, en moyenne nationale, avec des variations conséquentes entre les DOM TOM très au-dessous de ce chiffre (0,4) et le Limousin très au-dessus (9).

La croissance démographique nationale d'ici 2030 serait de 8,8% mais les variations régionales seraient fortes, allant de -5,4% en Champagne-Ardenne à +27,2% dans les DOM et +26% pour le Languedoc-Roussillon.

Les propositions de l'ONDPS procèdent à des inflexions à la hausse dans les régions qui ont une densité d'étudiants moins élevée que la moyenne et qui vont, de surcroît, connaître une expansion démographique supérieure aux autres. Elles veillent à ne pas proposer de hausse trop forte pour préserver la qualité de la formation. Ainsi, les capacités d'accueil des deux facultés de la région Île-de-France apparaissent saturées, ce qui amène à ne pas augmenter ses étudiants.

Pour maintenir le chiffre global de *numerus clausus*, les propositions, à l'inverse, infléchissent à la baisse les effectifs d'étudiants dans les régions qui ont une densité plus élevée et qui vont, de surcroît, connaître une moindre expansion démographique que les autres, voire pour certaines, une réduction (tableau 21).

On peut souligner que ces inflexions permettent le relèvement du *numerus clausus* dans des régions qui n'avaient relativement pas, ou moins, bénéficié de la hausse observée sur la période 2006-2010 (cf. analyse détaillée dans État des lieux, démographie étudiante). Elles tiennent également compte des besoins et des perspectives d'évolution analysés par les comités régionaux.

TABLEAU 21

Régions et inter-régions	NC 2010-2011	Propositions régionales pour 2011/2012 et les 4 années suivantes	Nombre d'étudiants en 2010 2011 pour 100 000 habitants	Évolution de la population française 2009-2030 (projection Insee) en %	Nombre d'étudiants correspondant à un ratio de 4,8 pour 100 000 hab	Propositions ONDPS pour 2011/2012 et les 4 années suivantes
Île-de-France	532	532	4,5	7,0%	563	532
Nord-Est	489	493	5,9	0,8%	400	470
Alsace	121	122	6,6	11,0%	89	120
Lorraine	126	126	5,4	-3,1%	113	122
Franche-Comté	70	73	6,0	2,4%	56	68
Bourgogne	82	82	5,0	-1,2%	79	80
Champagne-Ardenne	90	90	6,7	-5,4%	64	80
Nord-Ouest	473	473	5,1	0,7%	443	461
Basse-Normandie	95	95	6,5	1,1%	71	88
Haute-Normandie	85	85	4,6	1,3%	88	85
Nord-Pas-de-Calais	205	205	5,1	-3,1%	193	200
Picardie	88	88	4,6	1,5%	92	88
Rhône-Alpes-Auvergne	412	412	5,5	10,6%	360	403
Auvergne	92	92	6,8	-0,9%	65	86
Rhône-Alpes	320	320	5,2	13,1%	296	317
Ouest	464	466	4,2	9,4%	529	477
Bretagne	110	110	3,5	10,7%	152	120
Pays de la Loire	177	177	5,0	12,7%	170	174
Centre	106	108	4,2	4,7%	122	108
Poitou-Charentes	71	71	4,0	7,3%	85	75
Sud	379	388	4,8	18,3%	376	384
Languedoc-Roussillon	188	188	7,2	26,0%	125	174
PACA + Corse	191	200	3,7	14,5%	251	210
Sud-Ouest	342	342	4,5	16,5%	366	368
Aquitaine	135	135	4,2	12,5%	154	142
Midi-Pyrénées	136	136	4,7	17,6%	138	138
Limousin	67	67	9,0	1,1%	36	60
Océan Indien	4	4	0,5	27,2%	39	
Antilles-Guyane et Polynésie	4	58	0,4	27,2%	89	28
TOTAL	3 095	3 106	4,8	8,8%	3 126	3 095

■ Augmentation NC proposée.

■ Régions pour lesquelles le nombre d'étudiants actuel est supérieur à celui correspondant à 4,8/100 000 hab.

■ Valeurs supérieures à la moyenne.

Lecture : En Bretagne, le nc en 2010-2011 s'élève à 110, ce qui correspond à une densité de 3,5 étudiants pour 100 000 habitants. Pour atteindre un ratio de 4,8 étudiants pour 100 000 habitants, le nc devrait être fixé à 152. La proposition de l'ONDPS est un nc fixé à 120 pour la période 2012-2016



es postes ouverts à l'internat

Les propositions pour le nombre de postes ouverts à l'internat sur la période s'élevaient à 2 510 sur les 5 années, ce qui représente 16,2 % des effectifs du *numerus clausus* correspondant. Selon le dernier arrêté publié pour l'année 2011-2012, le pourcentage était de 17,2 %.

Les principales modifications qu'entraînent les propositions de l'Observatoire par rapport à celles formulées par les régions, outre la légère diminution des postes d'internes, ont trait au rééquilibrage entre les DES de biologie et de pharmacie, au bénéfice de ce dernier.

Pour le DES d'innovation pharmaceutique et recherche, l'ONDPS propose 247 postes en retenant les propositions régionales. Celles-ci s'inscrivent dans la continuité de la réduction des postes dans l'attente d'une redéfinition de ses débouchés et de son contenu. Cette prudence avait déjà été préconisée par l'Observatoire.

Pour le DES de biologie médicale, l'ONDPS propose l'ouverture de 7 68 postes.

Cette proposition s'inscrit dans la perspective d'un rééquilibrage au profit de la filière médecine, tout en prenant acte de la nécessité de préserver les ressources globales en biologie médicale. Dans plusieurs régions, cet impératif implique qu'intervienne, en compensation, une augmentation des postes ouverts aux ECN, pour la période 2012-2016 afin de rééquilibrer les deux filières. C'est le cas dans les régions de l'inter-région Nord-Est, et Sud, ainsi qu'en Picardie, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes.

Cette proposition se traduit par une légère diminution de 5 postes sur la période pour chaque inter-région par rapport aux propositions régionales. Ces dernières aboutissaient en effet à les augmenter, alors que cette hausse ne semble cohérente ni avec l'objectif souhaité d'un rééquilibrage de la biologie médicale en faveur des médecins, ni avec l'équilibre entre filières défini par les arrêtés relatifs aux concours 2010-2011 et 2011-2012 (environ 28 % en biologie, 62 % pour la pharmacie).

Une diminution plus marquée de 15 postes, proposée pour l'inter-région Sud, concerne essentiellement le Limousin qui présente une situation de renouvellement particulièrement favorable de la biologie médicale tant pour les médecins que pour les pharmaciens.

Ce réajustement des postes de la filière biologie et la légère réduction de la filière IPR pouvant entraîner une diminution assez sensible des postes d'internes, l'option a été prise d'opérer un rééquilibrage en augmentant le DES de pharmacie.

Pour les DES de pharmacie, 1 495 postes sont proposés.

Les postes offerts pour ce DES sont légèrement augmentés dans toutes les inter-régions, par rapport aux propositions régionales, sauf en Île-de-France. L'augmentation correspond à 60 postes de plus en 5 ans.

Les inflexions à la hausse sont ciblées en priorité dans les régions au sein desquelles les postes de biologie devraient diminuer, en sorte que globalement les dotations en postes ouverts à l'internat par inter-région sont proches de celles qui leur ont attribuées dans le dernier arrêté.

Au sein de ce DES, cette augmentation devrait concerner essentiellement l'option pharmacie hospitalière, compte tenu des incertitudes sur les débouchés de l'option pharmacie industrielle et biomédicale.

TABLEAU 22

PAR INTER-RÉGION ET PAR DES, PROPOSITIONS ONDPS ET COMPARAISON AVEC LES POSTES OUVERTS EN 2011-2012

	Propositions ONDPS 2012-2016				Soit en moyenne annuelle				Postes ouverts 2011-2012 (arrêté 30/11/2010)			
	Biologie médicale	Pharmacie	IPR	Total	Biologie médicale	Pharmacie	IPR	Total	Biologie médicale	Pharmacie	IPR	Total
Antilles-Guyane	20	0	0	20	4	0	0	4	0	0	0	0
Île-de-France	160	285	40	485	32	57	8	97	31	57	10	98
Nord-Est (Nancy) Reims Strasbourg	85	180	35	300	17	36	7	60	19	42	8	69
Nord-Ouest (Lille) Caen Amiens Rouen	100	210	50	360	20	42	10	72	20	45	9	74
Rhône-Alpes (Lyon) Clermont-Ferrand	95	230	25	350	19	46	5	70	19	47	5	71
Ouest (Nantes) Rennes Tours Poitiers*	93	165	24	282	19	33	4,5 *	56,5 *	21	37	3	61
Sud (Montpellier) Nice Marseille	105	250	40	395	21	50	8	79	20	52	7	79
Sud Ouest (Bordeaux) Toulouse Limoges *	110	175	33	318	22	35	6,5 *	63,5 *	15	40	8	63
TOTAL	768	1 495	247	2 510	154	299	49,4	502	145	320	50	515
Rapport effectifs d'internes/Nc correspondant				16,2%								17,2%

*Pour l'IPR, le total n'est pas un multiple de 5, ce qui implique quelques fluctuations au cours de la période.



a sixième année

L'examen conjoint des propositions relatives à la sixième année, pour l'officine, l'industrie et l'internat permet de situer les perspectives selon les métiers qui regroupent l'essentiel des effectifs de pharmaciens. Les propositions de l'Observatoire aboutissent à une augmentation minimale de la part de l'internat, et à une diminution minimale de la part de l'industrie, la part de l'officine restant inchangée.

On doit également souligner que, sur la période 2012-2016, les propositions pour les promotions d'étudiants effectuant leur 6^e année, aboutissent à un effectif de 15 685, soit 1 % de plus que le *numerus clausus* correspondant (15 460). Ce chiffre sous-estime le potentiel d'étudiants à cette étape de leur parcours, si les comportements observés aujourd'hui se prolongent. En effet, l'état des lieux montre que les effectifs des 5^e années d'études en 2010-2011 (3 225), sont supérieurs de 8 % au *numerus clausus* 2005-2006, qui était de 2 990.

Pour l'officine et l'industrie

Ces deux filières représentent l'essentiel des effectifs en sixième année. La part respective de chacune d'entre elles varie selon les régions et les inter-régions. Les raisons qui expliquent ces différences n'ont pas pu être développées dans le cadre de ce premier exercice prospectif. Les effectifs proposés par les comités régionaux ne font pas l'objet de modifications. Toutefois, on doit souligner que ces propositions conduisent à une hausse des effectifs de la filière industrie qui pourrait s'avérer problématique en matière de débouchés. Une réflexion particulière devrait être certainement développée au sein des comités régionaux sur ce point.

Pour la France métropolitaine, un effectif global de 13 125 est proposé pour la sixième année hors internat, dont 9 081 pour l'officine et 4 044 pour l'industrie²⁶. Ces propositions introduisent des inflexions numériquement mineures par rapport à l'effectif de 12 945 auquel aboutirait le prolongement pendant 5 ans de la situation observée actuellement.

Néanmoins, cette faible inflexion en valeur absolue entraîne une diminution de 174 pour l'officine et une augmentation de 351 pour l'industrie. La réduction globale de la part des officinaux, de 2 %, est davantage marquée dans certaines régions.

On peut souligner que toutes les régions et les inter-régions font des propositions à la hausse pour l'industrie. Les propositions pour les inter-régions Rhône-Alpes Auvergne et Ouest, et, dans une moindre mesure, Sud-Ouest augmentent également les officinaux.

26. Les Antilles-Guyane proposent un effectif de 270 officinaux à former pour les 5 prochaines années.

TABLEAU 23

PAR RÉGION ET PAR INTER-RÉGION, EN POURCENTAGE, LA RÉPARTITION DES EFFECTIFS EN 6^e ANNÉE ENTRE L'INTERNAT, L'OFFICINE ET L'INDUSTRIE, SELON LES PROPOSITIONS ONDPS ET SELON LA SITUATION OBSERVÉE AUJOURD'HUI

	Propositions ONDPS 2012-2016				Répartition en % pour chaque promotion			Répartition en % parmi les inscrits en 6 ^e année en 2010-2011		
	Internat	Officine	Industrie	Total	Part de l'internat	Part de l'officine	Part de l'industrie	Part de l'internat	Part de l'officine	Part de l'industrie
Île-de-France	485	1 300	870	2 655	18,3 %	49,0 %	32,8 %	16,9 %	47,5 %	35,6 %
Nord-Est	300	1 496	644	2 440	12,3 %	61,3 %	26,4 %	13,0 %	60,1 %	26,8 %
Alsace	76	225	310	611	12,4 %	36,8 %	50,7 %	11,0 %	44,9 %	44,1 %
Lorraine	81	447	105	633	12,8 %	70,6 %	16,6 %	18,1 %	65,2 %	16,7 %
Franche-Comté	46	302	20	368	12,5 %	82,1 %	5,4 %	14,9 %	74,6 %	10,4 %
Bourgogne	51	225	150	426	12,0 %	52,8 %	35,2 %	12,1 %	49,5 %	38,5 %
Champagne-Ardenne	46	297	59	402	11,4 %	73,9 %	14,7 %	8,6 %	73,3 %	18,1 %
Nord-Ouest	360	1 495	395	2 250	16,0 %	66,4 %	17,6 %	16,5 %	67,3 %	16,3 %
Basse-Normandie	45	220	60	325	13,8 %	67,7 %	18,5 %	12,8 %	66,7 %	20,5 %
Haute-Normandie	85	225	100	410	20,7 %	54,9 %	24,4 %	19,4 %	59,7 %	20,8 %
Nord-Pas-de-Calais	165	700	175	1 040	15,9 %	67,3 %	16,8 %	8,8 %	74,2 %	17,0 %
Picardie	65	350	60	475	13,7 %	73,7 %	12,6 %	29,1 %	61,5 %	9,4 %
Rhône-Alpes-Auvergne	350	1 070	490	1 910	18,3 %	56,0 %	25,7 %	17,1 %	55,9 %	27,0 %
Auvergne	53	270	125	448	11,8 %	60,3 %	27,9 %	6,7 %	59,6 %	33,7 %
Rhône-Alpes	297	800	365	1 462	20,3 %	54,7 %	25,0 %	20,2 %	54,8 %	25,0 %
Ouest	282	1 590	610	2 482	11,4 %	64,1 %	24,6 %	11,6 %	60,6 %	27,8 %
Bretagne	66	440	110	616	10,7 %	71,4 %	17,9 %	11,9 %	69,5 %	18,6 %
Pays de la Loire	107	625	250	982	10,9 %	63,6 %	25,5 %	10,7 %	57,4 %	31,8 %
Centre	62	300	200	562	11,0 %	53,4 %	35,6 %	10,7 %	53,6 %	35,7 %
Poitou-Charentes	47	225	50 à 75	322	14,6 %	69,9 %	15,5 %	16,1 %	69,6 %	14,3 %
Sud	395	1 070	530	1 995	19,8 %	53,6 %	26,6 %	15,3 %	61,2 %	23,5 %
Languedoc-Roussillon	144	515	335	994	14,5 %	51,8 %	33,7 %	11,8 %	62,4 %	25,8 %
PACA + Corse	251	555	195	1 001	25,1 %	55,4 %	19,5 %	18,4 %	60,2 %	21,5 %
Sud-Ouest	318	1 060	555	1 933	16,5 %	54,8 %	28,7 %	15,7 %	54,3 %	29,9 %
Aquitaine	118	415	285	818	14,4 %	50,7 %	34,8 %	15,2 %	50,3 %	34,5 %
Midi-Pyrénées	138	380	200	718	19,2 %	52,9 %	27,9 %	16,7 %	52,0 %	31,3 %
Limousin	62	265	70	397	15,6 %	66,8 %	17,6 %	15,2 %	67,1 %	17,7 %
Antilles-Guyane	20	0	0	20						
TOTAL	2 510	9 081	4 094	15 685	16,0 %	57,9 %	26,1 %	15,1 %	57,9 %	27,0 %

Lecture : En Basse-Normandie, 12,8 % des étudiants sont inscrits dans un DES, 66,7 % sont inscrits dans la filière officine et 20,5 % dans la filière industrie. Les propositions de l'ONDPS aboutissent à des parts respectives de 13,8 % pour l'internat, 67,7 % pour l'officine et 18,5 % pour l'industrie.

TABLEAU 24 – PAR RÉGION, POUR LA PÉRIODE 2012-2016, LES EFFECTIFS PROPOSÉS PAR L'ONDPS COMPARÉS AUX EFFECTIFS QUE PERMETTRAIT LA PROLONGATION SUR 5 ANS DE LA SITUATION OBSERVÉE EN 2010-2011

	Officine				Industrie				Propositions 2012-2016		Effectifs si prolongement sur 5 ans de la situation 2010		Part de l'officine si prolongement de la situation 2010	Part de l'officine selon les propositions régionales		
	2008-2009		2009-2010		2010-2011		2008-2009		2009-2010		2010-2011				Officine	Industrie
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2010-2011	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2010-2011	Officine	Industrie	Officine	Industrie				
Île-de-France	277	334	283	212	178	175	212	178	175	1300	870	1490	942	61%	60%	
Nord-Est	289	287	323	144	80	114	144	80	114	1496	644	1498	563	73%	70%	
Alsace	43	43	61	60	50	58	60	50	58	225	310	245	280	47%	42%	
Lorraine	86	73	90	23	11	23	23	11	23	447	105	415	95	81%	81%	
Franche-Comté	40	42	50	7	3	0	7	3	0	302	20	220	17	93%	94%	
Bourgogne	47	52	45	35	11	26	35	11	26	225	150	240	120	67%	60%	
Champagne-Ardenne	73	77	77	19	5	7	19	5	7	297	59	378	52	88%	83%	
Nord-Ouest	302	307	302	73	60	72	73	60	72	1495	395	1518	342	82%	79%	
Basses-Normandie	58	55	52	16	16	18	16	16	18	220	60	275	83	77%	79%	
Haute-Normandie	38	47	43	15	15	12	15	15	12	225	100	213	70	75%	69%	
Nord-Pas-de-Calais	131	130	135	31	23	36	31	23	36	700	175	660	150	81%	80%	
Picardie	75	75	72	11	6	6	11	6	6	350	60	370	38	91%	85%	
Rhône-Alpes-Auvergne	205	175	213	103	68	104	103	68	104	1070	490	988	458	68%	69%	
Auvergne	47	55	53	30	19	29	30	19	29	270	125	258	130	67%	68%	
Rhône-Alpes	158	120	160	73	49	75	73	49	75	800	365	730	328	69%	69%	
Ouest	253	279	274	125	74	99	125	74	99	1590	560	1343	497	73%	74%	
Bretagne	67	80	82	22	19	33	22	19	33	440	110	382	123	76%	80%	
Pays de la Loire	90	99	93	55	27	24	55	27	24	625	250	470	177	73%	71%	
Centre	66	60	60	40	24	32	40	24	32	300	200	310	160	66%	60%	
Poitou-Charentes	30	40	39	8	4	10	8	4	10	225	50	182	37	75%	82%	
Sud	253	278	302	112	62	79	112	62	79	1070	530	1388	422	77%	67%	
Languedoc-Roussillon	133	138	148	57	32	42	57	32	42	515	335	698	218	76%	61%	
PACA + Corse	120	140	154	55	30	37	55	30	37	555	195	690	203	77%	74%	
Sud-Ouest	199	204	214	118	78	84	118	78	84	1060	555	1028	467	69%	66%	
Aquitaine	80	86	83	57	42	37	57	42	37	415	285	415	227	65%	59%	
Midi-Pyrénées	74	81	78	47	25	38	47	25	38	380	200	388	183	68%	66%	
Limousin	45	37	53	14	11	9	14	11	9	265	70	225	57	80%	79%	
TOTAL	1688	1765	1818	832	573	703	832	573	703	9081	4044	9255	3690	71%	69%	
										13125		12945				

Lecture : Dans l'inter-région Sud, le prolongement pendant 5 ans des effectifs inscrits en 2010 permettrait la formation de 1 388 officinaux. Les propositions formulées pour le Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, respectivement de 515 et 555 aboutissent à un effectif inférieur, de 1 070. La part actuelle en 6^e année, des inscrits en officine, qui est de 77%, passerait à 67% selon les propositions.



Les incertitudes qui relativisent la portée des prévisions sur les besoins d'effectifs de pharmaciens

La démarche de propositions a fait émerger deux sortes d'incertitudes, avec lesquelles elle a composé.

Certaines incertitudes relèvent d'imperfections liées à l'indisponibilité actuelle de données ou à l'absence de suivi régulier. Les comportements observés aussi bien des étudiants en formation que des pharmaciens en activité introduisent des variations par rapport à la situation que l'on pourrait déduire mécaniquement des dispositifs de formation ou du prolongement des comportements antérieurs.

D'autres incertitudes sont liées plus fondamentalement à l'avenir des métiers de la pharmacie, tant dans leur contenu que dans leurs débouchés.

Les flux des effectifs en formation subissent des variations liés en partie à une durée effective et à des taux d'abandon des études mal appréciés

La mise en place de la première année commune des études de santé (PACES) se traduit par une moindre possibilité de prévision des choix d'orientation des étudiants. Les informations sur ce sujet dont les facultés de pharmacie disposent n'ont pas été rassemblées cette année mais devront l'être à l'occasion de l'actualisation des propositions.

Une autre incertitude sur les flux d'étudiants concerne plus spécifiquement les internes en DES. Leur affectation inter-régionale se traduit par une mobilité au cours de l'internat qui les conduit à être affectés/inscrits successivement dans plusieurs facultés selon le lieu où se déroulent leurs stages. En sorte que le dénombrement qui est effectué doit être considéré comme une photographie, à un moment donné, et ne reflète donc qu'imparfaitement la situation régionale.

Le recensement régional des étudiants inscrits dans la filière industrie est, lui aussi, soumis à réserve dans la mesure où des formations peuvent être assurées conjointement par deux UFR, c'est le cas par exemple en Bourgogne et en Franche-Comté.

Au cours du cursus, selon les régions, les effectifs d'étudiants inscrits s'écartent parfois de façon assez sensible du *numerus clausus* initial, et ce dès la 2^e année.

Ainsi au niveau national, si l'on examine les effectifs des 5^e années d'études en 2010-2011, soit un total d'inscrits de 3 225, ils sont supérieurs de 8 % au *numerus clausus* 2005-2006 (2990, soit 8 %). Cependant, l'écart varie de +42 % en Île-de-France et +20 % en Aquitaine, à -26 % à Grenoble et -23 % à Lille. Ces fluctuations ont des

explications sans doute multiples selon les facultés, en particulier des redoublements, des changements de facultés mais aussi peut-être des abandons en cours de cursus, non repérables actuellement.

Seul un suivi de cohortes, que permet le RPPS, permettra de documenter la durée moyenne des parcours pour les différentes filières, et de mesurer l'ampleur des éventuels abandons.

Plusieurs réserves limitent également la solidité de l'état des lieux sur l'internat. L'affectation inter-régionale des internes, les exigences des maquettes en termes de stages et l'hétérogénéité des capacités d'accueil selon les régions, notamment en biologie médicale, entraînent de fréquents changements de faculté au cours du parcours, de sorte que les effectifs d'une région fluctuent beaucoup d'une année sur l'autre.

Il semble également y avoir une certaine « évaporation » pour les deux filières pharmacie et IPR, le total des inscrits étant assez sensiblement inférieur aux postes publiés les quatre dernières années, phénomène que l'on n'observe pas en biologie médicale. Ainsi, pour la promotion du concours 2007-2008, 29 % des internes de la filière pharmacie (pharmacie hospitalière et collectivités et pharmacie industrielle et biomédicale) et 51 % des internes de pharmacie spécialisée ont démissionné. Le suivi des effectifs issus du concours 2009-2010 confirme l'importance de ces démissions, en particulier en pharmacie spécialisée. La répétition annuelle de l'enquête est indispensable pour consolider ces constats.

Enfin l'appréciation des capacités de formation et d'encadrement est insuffisamment outillée. Il n'existe pas pour le moment d'indicateurs permettant de comparer sur une base homogène les ressources en encadrement et les capacités de formation des régions.

Il serait utile de disposer de critères harmonisés pour apprécier l'adaptation des conditions de formation aux évolutions envisagées des flux d'étudiants, en particulier pour les deux filières pharmacie et industrie.

La capacité des régions à conserver les pharmaciens qu'elles forment, et, le cas échéant, à attirer des jeunes pharmaciens est sans doute inégale

Les écarts entre le nombre de pharmaciens nouvellement diplômés dans une région (par filière et métiers) et le nombre de nouveaux inscrits à l'Ordre dans cette même région (selon les mêmes catégories) n'ont pas été identifiés cette année au niveau national. Plusieurs régions ont mené cette analyse et les résultats locaux présentés précédemment confirment l'intérêt de disposer de ces éléments. Ils font notamment apparaître, de fortes variations selon les métiers, en lien avec les caractéristiques du marché du travail et de l'offre de postes dans les différents secteurs d'activité.

Une comparaison systématique, région par région, sur plusieurs années consécutives, des nouveaux diplômés et des nouveaux inscrits permettrait, à l'instar de ce qui est fait pour la médecine, de mesurer l'ampleur de ces migrations inter-régionales et d'identifier les régions les plus fragiles (fuite de diplômés et moindre attractivité sur les jeunes d'autres régions).

À l'échelle nationale, le travail sur la démographie 2011 du CNOP signale un taux de « fuite » important hors du secteur santé (environnement, cosmétologie, etc.). Des analyses régionales pourraient éclairer certains de ses déterminants. Ainsi, la région Alsace signale « l'arrivée d'un nombre relativement important d'étudiants étrangers inscrits à la Faculté de Strasbourg classés en rang utile pour poursuivre leurs études au-delà de la première année et le nombre très important de pharmaciens option industrie qui, dès leur diplôme obtenu, trouvent un emploi dans l'industrie chimique et pharmaceutique suisse et allemande ». D'autres régions frontalières peuvent être confrontées à ces phénomènes de sortie du territoire. En outre, un tel constat local de fuite importante (vers l'étranger ou d'autres secteurs d'activité) peut constituer, pour certains comités, une incitation à engager des études qualitatives sur ce qui les motive et, le cas échéant, à prendre des mesures de nature à les réduire.

La délicate appréciation des besoins futurs

Chacun des métiers assure des missions spécifiques qui rendent indispensable le développement d'une réflexion qui lui soit propre.

Dans le même temps, de nombreux changements dans les parcours professionnels rendent aléatoires les rapprochements entre le diplôme et la ressource correspondante pour l'exercice. Les pharmaciens ont en effet la possibilité au cours de leur parcours professionnel de s'orienter vers un autre secteur d'exercice que celui pour lequel ils ont été formés initialement. Le métier de pharmacien d'officine est, par exemple, fréquemment exercé en seconde partie de la vie professionnelle par des pharmaciens qui ne s'y destinaient pas originellement.

Enfin, les pharmaciens d'industrie, mal repérés dans les recensements ordinaires du fait qu'ils ne sont forcément inscrits à l'Ordre, constituent un effectif sur lequel il est particulièrement difficile de se prononcer.

L'ampleur de ces changements, que suit le CNOP, peut modifier les prévisions démographiques basées sur les formations initiales.

Au-delà du chiffrage nécessaire des flux annuels des sorties et entrées en cours de carrière, des études de cohorte et des enquêtes plus qualitatives pourraient identifier des régularités éventuelles (sous forme de « parcours type », d'âge au moment du changement, etc.) qui permettraient d'intégrer ces phénomènes de réorientations dans les prévisions.

Enfin, l'ampleur des transformations qui affectent le contenu et les conditions d'exercice de tous les métiers de la pharmacie rend problématique la réflexion

prospective sur les besoins. Tant le conseil d'orientation de l'ONDPS que les comités régionaux ont souligné la difficulté dans ce contexte d'en apprécier les conséquences numériques.

La majorité, les officinaux, relève d'un exercice libéral entrepreneurial, sans toutefois que l'on puisse entièrement confondre le statut de titulaire avec celui d'adjoint. Les problèmes démographiques concernent d'ailleurs avant tout (et quasi exclusivement) les adjoints.

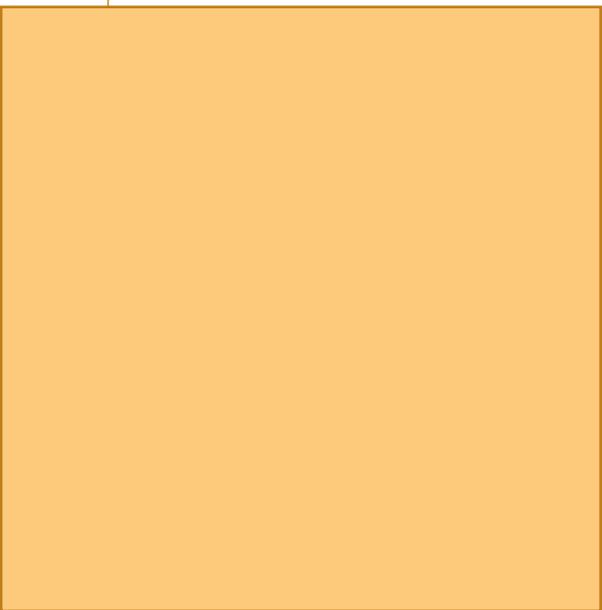
Les biologistes médicaux sont, quant à eux, proches des médecins avec lesquels ils partagent une même formation et *a priori* un même statut.

Les pharmaciens des établissements relèvent de problématiques encore différentes.

C'est le cas également des pharmaciens de l'industrie, dont une grande partie d'ailleurs n'est pas recensée à l'institution la plus rassembleuse du métier, l'Ordre des pharmaciens.

À cet éclatement qui se traduit par une multiplicité des acteurs à rassembler pour évoquer les besoins régionaux, s'ajoute un grand nombre d'incertitudes plus structurelles. On peut évoquer la rentabilité et l'implantation des officines ainsi que l'évolution de leurs missions, la réforme de la biologie médicale et ses conséquences sur les effectifs globaux des biologistes, les réorganisations que connaissent les pharmacies à usage intérieur où exercent les pharmaciens des établissements de santé.

**LE MÉTIER
D'ORTHOPHONISTE :
LES FAÇONS DE L'EXERCER**



L'orthophonie est une discipline paramédicale jeune dont les domaines d'intervention sont très vastes.

La reconnaissance de l'orthophonie, la mise en route d'une formation spécifique et sa structuration en groupe professionnel ont réellement commencé en 1964 par la loi du 10 juillet, suivie du décret d'application en 1965 qui régleme les conditions d'exercice de la profession et institue un diplôme national, le certificat de capacité d'orthophonie. En 1983, le champ de compétences est précisé par décret, en l'étendant à la prévention, puis en 2002, une certaine indépendance vis-à-vis des médecins est reconnue par le décret de compétence. Celui-ci permet aux orthophonistes de fixer eux-mêmes le nombre de séances à l'issue du bilan orthophonique qui, lui, ne peut être effectué que sur prescription médicale¹.

Les effectifs des orthophonistes connaissent une forte évolution démographique marquée par des disparités géographiques persistantes. Confrontée à une importante augmentation de la demande, l'orthophonie s'exerce sous des statuts et des modes d'exercice variés : en hôpital, en établissement de réadaptation, en centre de rééducation du langage, à domicile ou en cabinet privé.

L'étude dont les principaux résultats sont présentés s'attache à caractériser l'activité des orthophonistes, en tenant compte de l'environnement dans lequel ils pratiquent. La diversité des pratiques et de la patientèle interroge les facteurs qui concourent à cette diversité, ainsi que les conséquences possibles sur la prise en charge des patients. L'investigation réalisée dresse aussi un portrait des évolutions que pourrait connaître la prise en charge des déficiences et troubles de la communication humaine, par les orthophonistes mais aussi par d'autres professionnels ou institutions.

Les attentes que développent les plus jeunes à l'égard de l'exercice de ce métier, comme celles des prescripteurs constituent à cet égard des points de vue déterminants².

La profession est ainsi examinée à travers différents prismes. Une première série d'analyses se rapporte aux caractéristiques démographiques, d'activité et de patientèle des orthophonistes. Développé au niveau national, ce cadrage permet d'identifier les singularités des deux régions au sein desquelles les récits des professionnels sur leur métier ont été recueillis, à travers des entretiens qualitatifs. Le devenir du métier est ensuite interrogé, à l'aune d'abord des bénéfices et des améliorations attendus en termes de prise en charge des patients, puis des attentes des professionnels ou bien encore des évolutions en cours de la formation. Des points de vue institutionnels et de professionnels prescripteurs ou collaborateurs des orthophonistes sont enfin énoncés.

1. cf. Extrait du décret de compétence relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste en annexe 1.

2. Cash R., Cash E., Potoka A.C., Les Asclépiades Conseil et évaluation/ONDPS, Étude sur les champs d'intervention des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions (à paraître).



es effectifs et leur répartition

La profession, très féminisée a connu une forte évolution démographique

Au 1^{er} janvier 2010, d'après les données ADELI³, on compte 19 247 orthophonistes en France métropolitaine. Ils étaient 13 914 au 1^{er} janvier 2001. Ainsi, l'évolution des effectifs a été de +38 % sur la période 2001-2010, soit en moyenne +3,6 % par an.

En parallèle, sur la période, la densité est passée de 24 à 31 pour 100 000 habitants, ce qui représente une augmentation moyenne annuelle de 2,9 % sur ces 9 années.

Le taux de féminisation est très élevé : 96,2 %. Les effectifs se répartissent d'une manière homogène sur toutes les tranches d'âge entre 25 et 59 ans puis diminuent dans les tranches d'âge supérieures, même si le taux d'activité jusqu'à 65 ans reste important.

Les flux de formation importants, de l'ordre de 780 jeunes admis par an en centres de formation, étaient jusqu'alors renforcés par des flux de professionnels formés en Belgique, qui devraient diminuer, celle-ci cherchant à limiter le taux de diplômés non belges dans ses écoles⁴.

Les modes d'exercice des orthophonistes sont variés mais orientés majoritairement vers le secteur libéral

D'après les données de la DREES, au 1^{er} janvier 2010, en France métropolitaine 11 075, soit 57,5 % des orthophonistes exercent en cabinet libéral individuel et 4 139 (21,5 %) en cabinet de groupe. Le mode d'exercice salarié est donc minoritaire (21 %). 1 472 orthophonistes travaillent en secteur hospitalier et 2 391 dans d'autres institutions, essentiellement des établissements pour handicapés.

Selon les données de la CNAMTS, en 2010, 14 889 orthophonistes ont déclaré une activité libérale⁵, 1 672 d'entre eux exerçant également une activité salariée⁶. Ainsi le

3. Sicart D., 2010, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 144, mai.

4. Ce phénomène concerne aussi d'autres professions paramédicales, comme les masseurs kinésithérapeutes.

5. Sont considérés comme libéraux les professionnels qui ont assuré au moins un acte présenté au remboursement dans l'année. Les salariés exclusifs ne sont donc pas comptabilisés par la CNAMTS.

6. L'exercice mixte est selon la CNAMTS plus développé que selon la source ADELI, dans laquelle l'exercice mixte est certainement sous déclaré.

secteur libéral a enregistré une croissance de 72 %, entre 1995 et 2010, soit une moyenne de 3,7 % par an. Cette évolution a été de 4 % par an pour les libéraux exclusifs, 4,3 % pour les exercices mixtes (libéral + hôpital), et seulement 1,3 % pour les exercices mixtes libéral + salarié dans d'autres institutions. L'exercice libéral est devenu progressivement et continûment majoritaire.

La part des orthophonistes libéraux, toujours majoritaire, varie néanmoins de moins de 70 % en Limousin et en Franche-Comté, à plus de 80 % en Aquitaine, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Pays de la Loire, Picardie, Rhône-Alpes.

Les disparités géographiques sont marquées, quel que soit le secteur d'exercice

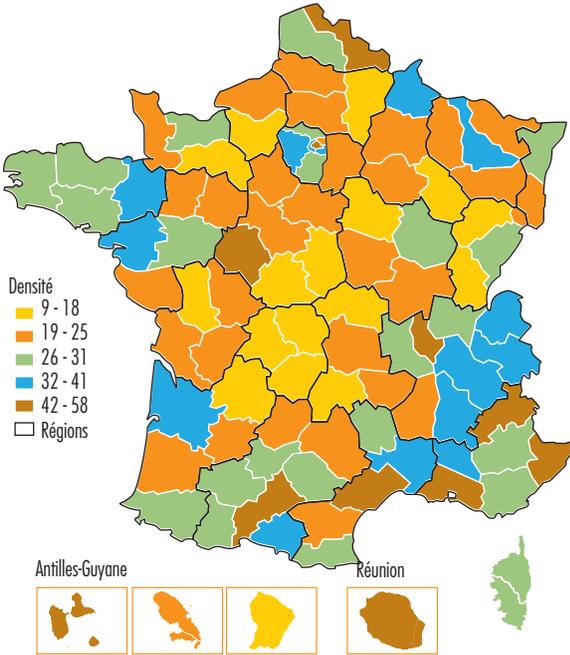
Les plus fortes densités d'orthophonistes (entre 34 et 41 pour 100 000 habitants) se rencontrent en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées, Île-de-France, les plus faibles se situent essentiellement dans le centre de la France (Poitou-Charentes, Auvergne, Limousin) et en Picardie (carte 1).

Les libéraux, comme les salariés, sont très majoritairement implantés dans un pôle urbain : 85 % contre environ 9 % dans une commune rurale. Il s'agit donc d'une profession citadine, dont plus de 90 % des professionnels⁷ exercent en zone urbaine ou péri-urbaine.

7. La population française d'une manière générale connaît certes une forte tendance à l'urbanisation : en 2006, 11 millions de personnes vivaient dans un espace à dominante rurale, soit 18 % de la population seulement (*Insee Première* n° 1218, janvier 2009), mais ce taux est tout de même le double du taux d'implantation des orthophonistes.

CARTE 1

PAR DÉPARTEMENT, LES DENSITÉS D'ORTHOPHONISTES



Sources : Adeli, DREES, au 1^{er} janvier 2010.

Les disparités concernent aussi bien les orthophonistes libéraux que les salariés. Pour ces derniers, les densités sont inférieures à 2 pour 100 000 habitants dans l'Allier, l'Eure, la Somme, les Vosges, alors qu'elles sont supérieures à 10 dans les Hautes-Alpes, les Ardennes, le Doubs, la Haute-Garonne, la Nièvre, le Nord, les Hautes-Pyrénées et Paris.

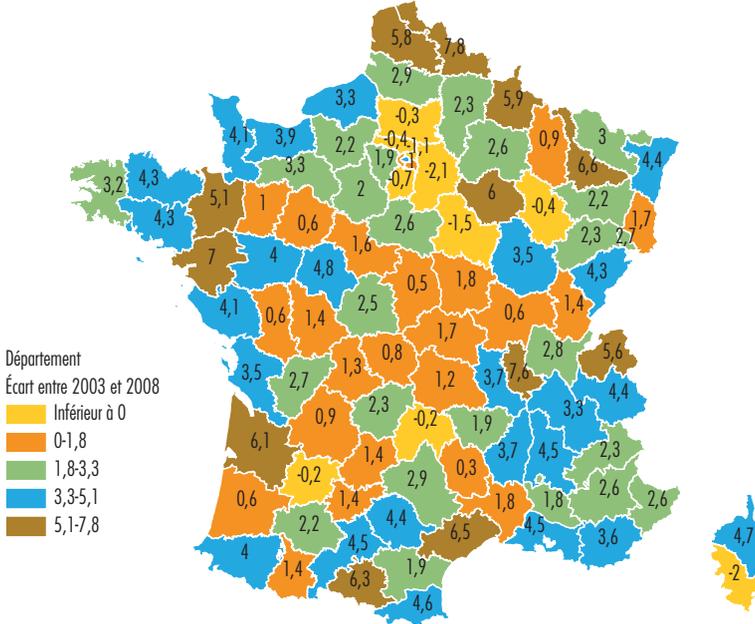
La répartition diffère pour les libéraux, mais il est rare qu'une densité forte dans un secteur soit compensée par une densité faible dans l'autre.

Selon les analyses menées par la CNAMTS, la hausse des effectifs enregistrée sur la période 2003-2008 ne semble pas se traduire par une réduction des inégalités territoriales de dotation. Tant l'évolution des variations de densité (carte 2) que la répartition des nouveaux entrants en 2008 (carte 3), tendent à confirmer les inégalités de répartition de départ⁸.

8. ONDPS, 2009, Compte rendu de l'audition des orthophonistes, disponible à l'adresse internet suivante <http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>

CARTE 2

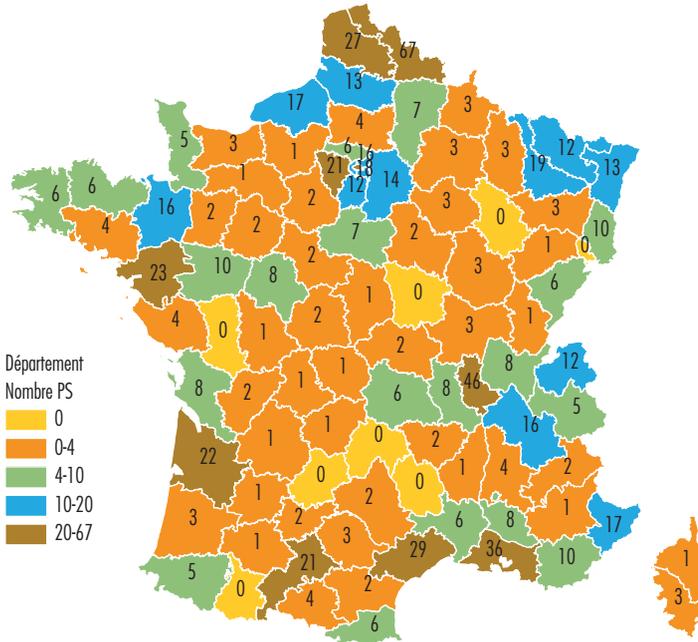
PAR DÉPARTEMENT, VARIATION DE LA DENSITÉ DES ORTHOPHONISTES LIBÉRAUX ENTRE 2003 ET 2008



Sources : CNAMTS, 2009.

CARTE 3

PAR DÉPARTEMENT, NOMBRE DE NOUVEAUX INSTALLÉS EN 2008



Sources : CNAMTS, 2009.

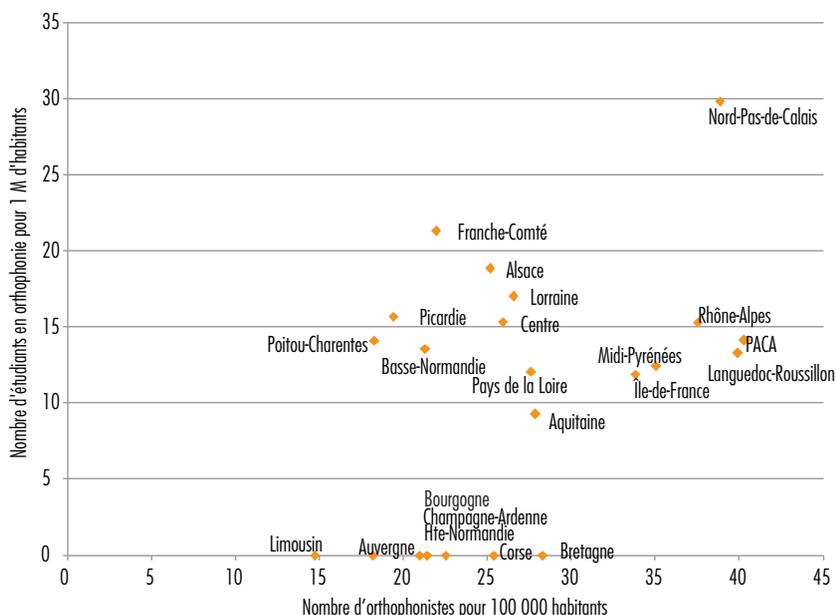
■ ■ Des corrélations variables entre la présence d'un centre de formation et le niveau de densité des orthophonistes

Seize centres de formation, localisés dans quinze régions assurent la formation des orthophonistes⁹ (cf. Liste des centres de formation en orthophonie en Annexe 2).

À l'exception notable de la Bretagne dont la densité d'orthophonistes se rapproche de la moyenne nationale, les régions qui ne disposent pas d'un centre de formation, présentent les densités parmi les plus basses de France. Cependant, certaines régions pourtant dotées d'un centre connaissent aussi des densités faibles comme, par exemple, la Franche-Comté, la Basse-Normandie, la Picardie, ou Poitou-Charentes. Dans ces trois dernières régions toutefois, la création du centre est récente. Le graphique suivant met en relation la densité d'orthophonistes et la densité d'étudiants en orthophonie par région.

GRAPHIQUE 1

DENSITÉS RÉGIONALES EN ÉTUDIANTS EN ORTHOPHONIE ET EN ORTHOPHONISTES EN ACTIVITÉ EN 2010



Sources : DREES, arrêté du 14 juin 2011.

Quatre groupes de régions se distinguent :

- le groupe des régions sans centre de formation (Auvergne, Limousin) ;
- le groupe des régions avec une densité d'étudiants moyenne et une densité d'or-

9. Les centres de formation ont une double tutelle : le ministère de l'Éducation nationale et le ministère chargé de la Santé. Une délégation de responsabilité vers les ARS est actuellement à l'étude.

thophonistes supérieure à la moyenne nationale : Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Île-de-France ;

- le groupe des régions avec une densité d'étudiants moyenne et une densité d'orthophonistes inférieure à la moyenne nationale ;
- et le Nord-Pas-de-Calais qui ressort de façon isolée en raison de sa densité élevée en étudiants.

Lors de l'audition organisée par l'ONDPS¹⁰ l'hétérogénéité de la répartition selon les départements a été analysée, en effet, comme en partie liée à la localisation des lieux de formation, et par voie de conséquence aux opportunités de stages, qui permettent par la suite d'élire un lieu d'exercice.

Toutefois, les liens entre le lieu de réalisation des études et celui de l'implantation professionnelle peuvent être distendus. La possibilité de se présenter à trois concours favorise la mobilité des étudiants, dans des régions différentes de celles où ils ont leurs attaches familiales. Ce point est confirmé par les résultats de l'étude réalisée par la Fédération nationale des étudiants en orthophonie (FNEO) sur l'installation des jeunes orthophonistes¹¹, qui indiquent que près de 60 % des jeunes diplômés s'installent dans leur région d'origine, le lieu de formation paraissant un critère moindre de choix du lieu d'installation.

Le principal critère prévalant pour le choix du lieu d'exercice est lié aux opportunités professionnelles : 50,3 %, viennent ensuite la proximité familiale : 20,1 % et le travail du conjoint : 15,7 %. Le fait que dans 32 % des cas, le lieu de stage a débouché sur un emploi, souligne l'importance de l'existence de lieux de stage diversifiés.

■ ■ L'impact des disparités géographiques sur l'activité des orthophonistes libéraux est significatif

Il existe des relations entre la densité d'orthophonistes libéraux et le nombre de patients par orthophoniste enregistrés dans une année (cf. graphique 2, sur lequel sont identifiés les départements des deux régions ayant fait l'objet d'une enquête qualitative).

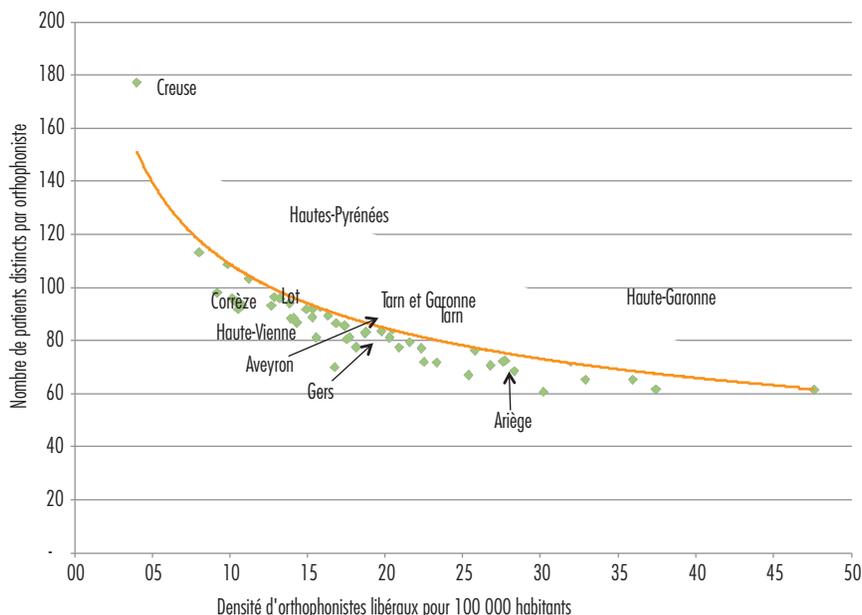
On observe une tendance décroissante du nombre de patients pris en charge par professionnel dans l'année, en fonction de la densité d'orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants. La moyenne nationale s'établit à 78,5 patients par orthophoniste. Parmi les 24 départements qui se situent au-dessous de cette valeur, 18 ont des densités élevées, supérieures à la moyenne nationale (23,6 pour 100 000 habitants). La Haute-Garonne en est un exemple. La Creuse est à la fois le département le moins dense et celui où le nombre de patients par professionnel est le plus élevé (177,2). Le point extrême vers la droite est celui de l'Hérault, présentant la plus forte densité avec un nombre de patients par orthophoniste de 61,7 en 2010.

10. ONDPS (2009), *Compte rendu, op. cit.*

11. Enquête réalisée auprès de 344 étudiants de 4^e année dans l'ensemble des centres.

GRAPHIQUE 2

RELATION ENTRE DENSITÉ D'ORTHOPHONISTES LIBÉRAUX PAR DÉPARTEMENT ET NOMBRE DE PATIENTS DISTINCTS PAR ORTHOPHONISTE LIBÉRAL



Sources : CNAMTS, 2010.

Le même type de relation peut être établi entre la densité d'orthophonistes et le nombre d'actes par patient et par an : le graphique 3 suivant illustre le fait que ce nombre moyen d'actes par patient augmente avec la densité. Dans les départements à densité faible, les prises en charge sont limitées en termes de fréquence hebdomadaire des séances.

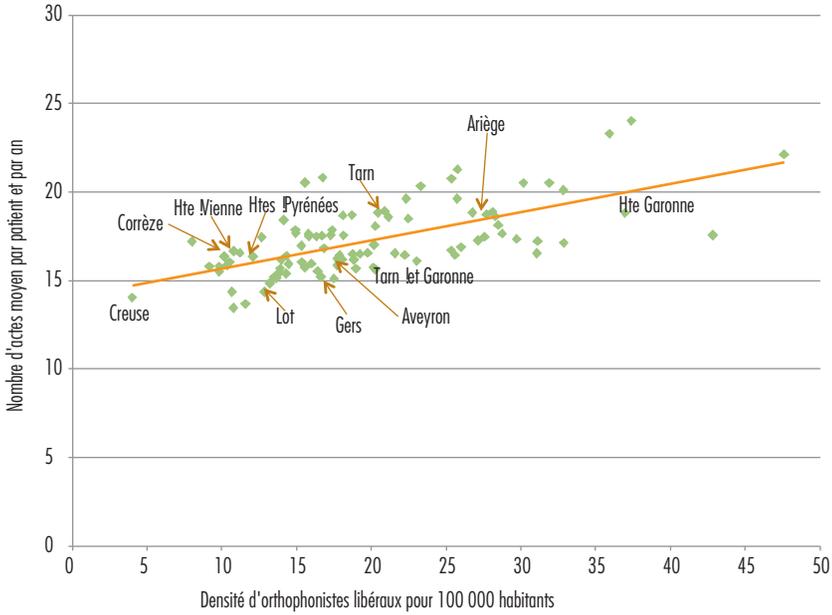
En outre, l'orientation de l'activité des orthophonistes semble différer selon leur implantation, urbaine ou rurale. Selon les résultats d'une étude réalisée en Rhône Alpes¹², 7,6 pathologies sont traitées en moyenne par les orthophonistes exerçant en milieu urbain (ville, banlieue, zone péri-urbaine) contre 8,6 pathologies pour ceux exerçant en milieu rural¹³.

12. *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, sous la dir. de Laurence Tain, Ed. ENSP, Rennes, 2007.

13. Commune de moins de 2000 habitants selon l'Insee.

GRAPHIQUE 3

RELATION ENTRE DENSITÉ D'ORTHOPHONISTES LIBÉRAUX PAR DÉPARTEMENT ET NOMBRE D'ACTES MOYEN PAR PATIENT ET PAR AN



Sources : CNAMTS, 2010.



Les étudiants bacheliers sont autorisés à s'inscrire aux études en vue du diplôme, après une évaluation quantitative et qualitative des aptitudes sensorielles, motrices et psychiques.

Une fois les 4 années de formation accomplies pour acquérir la compétence d'orthophoniste, il n'existe pas de possibilité de spécialisation en orthophonie. Il existe toutefois des DU proposés par exemple dans les facultés de médecine ou encore des masters en neuropsychologie. Certains ont aussi d'autres formations, en psychologie notamment. La question de l'opportunité de créer des spécialisations au sein de l'orthophonie suscite de sérieuses réserves de la part des 2 fédérations, la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) et la Fédération nationale des étudiants en orthophonie (FNEO); elles y sont à ce jour opposées.

L'arrêté du 14 juin 2011 fixe à 783 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste.

La formation initiale des orthophonistes s'est récemment intégrée dans la réforme du LMD

Le certificat de capacité d'orthophoniste est délivré par les universités habilitées à cet effet¹⁴. Cette formation comprend des enseignements théoriques, des enseignements dirigés, des stages et un mémoire de recherche. La durée des enseignements théoriques et des enseignements dirigés est au minimum de 1 640 heures, celle des stages est au minimum de 1 200 heures. Le mémoire est de préférence élaboré sur deux années d'études et soutenu devant un jury.

La reconnaissance de la formation initiale au niveau master défendue par la profession depuis des années est effective depuis 2011 et devrait se traduire dès la rentrée 2012, par la définition de modalités de formation théoriques et pratiques harmonisées dans l'ensemble des écoles universitaires préparant au certificat de capacité en orthophonie. Cette harmonisation répond à une demande de la FNEO, qui estime que la formation théorique étant différente d'un centre de formation à un autre, les connaissances des orthophonistes pour une pathologie particulière sont hétérogènes. Elle souligne également que les stages peu diversifiés et de contexte mal défini ne permettent pas aux étudiants de pouvoir appréhender l'ensemble des pathologies qu'ils pour-

14. cf. l'arrêté du 25 avril 1997 modifiant l'arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du Certificat de capacité d'orthophoniste.

ront rencontrer. Elle constate que, selon les centres de formation, le nombre de domaines devant obligatoirement faire l'objet d'un stage varie de 3 à 10¹⁵.

Dans le courrier adressé par les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur aux syndicats représentant la profession, une reconnaissance de la formation en orthophonie avancée au niveau master 2 est en outre évoquée. Elle correspondrait à la mise en place d'une année complémentaire destinée à répondre aux besoins de rééducation très spécifiques de certains patients, « permettant ainsi de jeter les bases d'une nouvelle profession d'orthophoniste praticien. Des axes sont d'ores et déjà dessinés en neurologie ou en ORL ».

La formation continue est largement suivie dans la profession

La formation permanente est généralement organisée par des associations ou par les syndicats professionnels, organismes formateurs officiels, et souvent réalisée avec le concours d'universitaires. La réforme prévue du développement professionnel continu (DPC), dont les décrets sont encore en cours de discussion, pourrait profondément modifier l'organisation actuelle de la formation continue.

La Fédération nationale des orthophonistes (FNO) recense environ 70 organismes formateurs dédiés à la formation des orthophonistes, et quelques autres organismes à spectre plus étendu (universités). Ainsi, l'offre de formation est extrêmement vaste et recouvre un grand nombre de thématiques.

Selon une étude¹⁶, chaque année, près de la moitié des professionnels participent au moins à une session de formation continue.

La FNO organise, en collaboration avec l'Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (UNADREO), les rencontres annuelles d'orthophonie. Quelques congrès hors du domaine de l'orthophonie présentent aussi un intérêt pour les orthophonistes, tels que celui de la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER), des congrès de neurolinguistique, de neuropsychologie, auxquels certains orthophonistes choisissent de participer en fonction de leurs compétences plus particulières.

La profession est aussi engagée dans l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le thème central retenu a été le bilan orthophonique. Un référentiel a été constitué, avec le soutien méthodologique de la HAS, et mis en œuvre dans 4 sites géographiques sur financement FIOCS¹⁷. Le bilan de l'expérimentation doit être réalisé fin 2011.

15. Documents de la FNEO sur la réforme de la formation initiale, sur le profil des étudiants, le mémoire d'orthophonie.

16. Kremer J.-M., Lederlé E., 2009, *L'orthophonie en France*, 6^e éd., coll. « Que sais-je ? », Presses Universitaires de France, Paris, n° 2751.

17. Bétrancourt P., 2010, « Évaluation de la pratique professionnelle du bilan orthophonique... c'est parti ! », *L'Orthophoniste*, n° 301, septembre.

Des supports audiovisuels de formation sont également diffusés aux professionnels intéressés ; par exemple, un DVD sur l'aphasie, l'autisme, les troubles de l'apprentissage chez l'enfant, la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer... Ces projets ont pu être soutenus financièrement par des Fondations (Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité, Fondation Orange...).



activité des orthophonistes

L'activité des orthophonistes est principalement centrée sur cinq actes

Les données communiquées par la CNAMTS pour l'année 2010, permettent de connaître quelle est aujourd'hui la nature de l'activité des orthophonistes (cf. annexe 3). Celle-ci a connu depuis 1970, des évolutions significatives des groupes de pathologies prises en charge¹⁸.

Au plan national, 5 actes représentent 77 % des remboursements de l'orthophonie en secteur libéral :

- Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance : 29,5 % de la base de remboursement ;
- Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, par séance : 27,6 % ;
- Rééducation du langage dans les aphasies, par séance : 8,6 % ;
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques par séance : 5,6 % ;
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, par séance : 5,6 %.

Les bilans représentent par ailleurs, dans leur ensemble, 5,7 % de la base nationale de remboursement.

Les prescripteurs sont essentiellement les médecins généralistes

Les principaux prescripteurs sont les généralistes et les pédiatres, souvent après repérage en secteur scolaire¹⁹. Le tableau suivant fournit ces informations en pourcentage global d'actes prescrits.

18. Le métier d'orthophoniste, *op. cit.*

19. Il existe des outils de repérage destinés aux médecins mais ils sont peu utilisés ; ils sont jugés trop longs à faire passer aux enfants qui ne sont pas toujours en état de coopérer suffisamment au moment où ils sont en consultation médicale.

Pour certains actes chez les adultes, les neurologues sont, bien sûr, d'importants prescripteurs (plus de 10 % des prescriptions pour ces actes) :

- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives,
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques,
- Bilans des troubles neurologiques, du bégaiement, du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux.

Les ORL sont de même présents dans les actes spécialisés relevant de leur discipline.

TABEAU 1

RÉPARTITION DES SPÉCIALITÉS DES PRESCRIPTEURS DES ACTES D'ORTHOPHONIE

	Pourcentage des prescriptions
Omnipraticiens	83,3 %
Pédiatres	7,8 %
Neurologues	2,3 %
ORL	2,1 %
Établissements	1,0 %
Chirurgie dentaire	0,7 %
Psychiatrie	0,6 %
Autres	2,2 %

Sources : CNAMTS, 2010.

La médecine scolaire et l'orthophonie entretiennent de fortes interactions dans la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages

Les orthophonistes de ville font partie intégrante des acteurs du « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit », mis en œuvre en 2002 par l'Éducation nationale²⁰, à la suite du rapport Ringard²¹ sur la prise en charge de l'enfant dysphasique et dyslexique. On estime à environ 4 à 6 % les enfants d'une classe d'âge, concernés par ces troubles pris dans leur ensemble, dont moins de 1 % présentent une déficience sévère²².

20. *Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale* n° 6 du 7-2-2002.

21. Ringard J.-C., 2000, « À propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique », rapport public, ministère de l'Éducation nationale, février.

22. Les troubles spécifiques des apprentissages recouvrent les dysphasies, dyslexies, dyscalculies (troubles des fonctions logico-mathématiques), les dyspraxies (troubles de l'acquisition de la coordination). Ces troubles sont considérés comme primaires, c'est-à-dire que leur origine est supposée développementale, indépendante de l'environnement socio-culturel d'une part, et d'une déficience avérée ou d'un trouble psychique d'autre part.

Ce plan d'action comprend deux moments essentiels, le bilan de 3-4 ans à l'entrée de la maternelle, du ressort de la PMI, et le bilan des 5-6 ans à l'entrée à l'école primaire sous la responsabilité du médecin de l'Éducation nationale.

Le taux de couverture des bilans obligatoires est variable d'un département à l'autre, et fonction de la densité des médecins scolaires disponibles. Le Limousin dispose par exemple de 12 médecins scolaires alors que la médecine scolaire de Paris dispose de 55 médecins ETP (équivalents temps plein), soit un médecin pour 3 500 élèves. Au niveau national on compte un médecin scolaire pour 6 000 à 7 000 élèves sur le territoire national.

Localement, des organisations ou plans spécifiques soutiennent plus ou moins cette priorité (cf. encadré).

Encadré

Dans le Limousin, un protocole a été mis en place pour le bilan à 5-6 ans : Le repérage est effectué par l'enseignant.

En cas de difficultés repérées, l'enfant est pris en charge par le système de santé scolaire :

- un bilan standard est effectué par le personnel infirmier ;
- et en cas de difficultés identifiées, un bilan approfondi est réalisé par le médecin scolaire, ce bilan pouvant conduire à plusieurs types d'actions : recommandations aux parents, aménagements pédagogiques, orientation vers l'orthophoniste, avis spécialisé.

Le suivi en PMI peut aussi orienter l'enfant vers ce circuit.

En Haute-Vienne, une convention avec la CPAM prévoit que le médecin scolaire peut prescrire directement le bilan orthophonique. Ce type de convention tend à se diffuser dans d'autres départements.

En cas de handicap lourd, l'enfant est orienté vers la MDPH qui établit le projet personnalisé de santé.

Pour l'année 2009-2010, en Corrèze, sur 2 365 enfants éligibles au bilan des 5-6 ans, un peu plus de 300 bilans approfondis ont été effectués, et 37 demandes d'avis orthophoniques (soit 1,6% de la cohorte).

En Creuse, 188 bilans approfondis et 37 demandes d'avis orthophoniques sur 1 055 enfants. Il s'agit dans ces deux départements de la première cause de demande d'avis spécialisés devant les avis ophtalmologiques.

En Midi-Pyrénées, le médecin scolaire a aussi la faculté de prescrire le bilan orthophonique, avec l'accord de la CPAM et de l'Ordre des médecins.

On distingue le repérage (par l'enseignant), le dépistage (fait par le médecin scolaire) et le diagnostic (requérant un avis médical et le diagnostic orthophonique posé à l'issue du bilan).

Les directives insistent sur le libre choix des familles de recourir (ou non) aux professionnels de leur choix.

Les multiples parcours parallèles pour le dépistage et la prise en charge soulignent l'importance d'une bonne information réciproque des intervenants s'occupant de

l'enfant (enseignant, RASED, médecin de PMI et médecin scolaire) afin d'assurer une meilleure efficacité et continuité des soins²³.

En France, l'école est considérée comme n'étant pas « un lieu de soins » ce qui explique l'absence d'orthophonistes dans le milieu scolaire. Ceux-ci sont donc sollicités par les parents, en ville, le plus souvent en dehors des heures de classe de l'enfant, voire pendant le temps scolaire.

Toutefois, pour les enfants handicapés pris en charge en SESSAD par exemple, les professionnels (orthophonistes, orthoptistes...) peuvent intervenir directement en milieu scolaire.

L'orthophoniste a un rôle très important comme source d'information pour l'enseignant, qui essaiera d'adapter ses méthodes pédagogiques aux besoins et progrès de l'enfant, et pour le médecin scolaire, qui jugera de la nécessité de mesures supplémentaires si le maintien en milieu scolaire ordinaire devenait difficile.

Ce rôle de l'orthophoniste dans la circulation de l'information se heurte à son caractère informel, volontaire, mais aussi à la nécessité de confidentialité. Dans la pratique, la qualité de cette coordination et de cette information mutuelle des acteurs s'occupant de l'enfant semble hétérogène, relevant de paramètres individuels.

La nomenclature des actes s'est adaptée au rôle croissant des orthophonistes dans les pathologies du langage et de la parole et à l'évolution de leurs relations avec les prescripteurs

Les conventions conclues entre la profession des orthophonistes et l'assurance maladie évoquent l'ensemble des aspects régissant l'exercice libéral, incluant les aspects de formation continue, d'optimisation médicalisée des dépenses, de recommandations de bonnes pratiques, d'évaluation des pratiques professionnelles.

La nomenclature consacre la réalisation du bilan orthophonique qui est un moment important de la prise en charge. Deux types de prescriptions de bilans peuvent être établis :

- un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire, à l'issue duquel un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'entente préalable ;
- un bilan orthophonique d'investigation, à l'issue duquel un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des

23. La généralisation de la transmission du dossier médical de liaison rempli par la PMI (institué par l'arrêté interministériel du 18 août 1997 publié au JO du 2 septembre 1997) est souhaitée par l'Éducation nationale pour permettre d'assurer, en lien avec les familles, le suivi prioritaire des enfants nécessitant une attention particulière.

propositions de l'orthophoniste. Le médecin peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature.

L'orthophoniste établit une demande d'entente préalable. À la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur, un bilan de renouvellement peut s'avérer nécessaire.

Le tarif de la lettre clé a peu augmenté au cours des dix dernières années, passant de 2,20 euros en 1998 à 2,35 euros en 2002, 2,37 euros en 2003 et 2,40 euros en 2007 (dans le cadre d'une négociation sur la revalorisation de la nomenclature des actes ciblés sur le handicap). Depuis 2007, aucune modification du tarif de l'AMO n'a été effectuée²⁴.

Les relations entre les orthophonistes et les autres professions de santé

L'exercice libéral apparaît très isolé en comparaison de l'exercice salarié, caractérisé par le travail en équipe (la composition de celle-ci varie selon les institutions mais peut comprendre psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, orthoptistes...). C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles certains orthophonistes libéraux optent pour le cabinet de groupe, ou maintiennent un exercice mixte.

Les psychomotriciennes interrogées dans l'enquête régionale ont souligné l'efficace collaboration avec les orthophonistes. Le seul problème évoqué est celui des effectifs insuffisants de professionnels, qui implique un fort délai d'attente pour la prise en charge d'enfants poly-handicapés (parfois plus d'un an dans certaines institutions). Il arrive que des psychomotriciennes soient installées en secteur libéral en cabinet de groupe avec des orthophonistes ; dans ce cas, elles travaillent en étroite collaboration avec réalisation « de séances à la suite pour certains enfants ». De même, l'orthoptiste interrogée dans un SESSAD voit tout l'intérêt du travail en équipe ; les prises en charge communes avec l'orthophoniste sont fréquentes.

Les interactions entre orthophonistes et psychologues sont visiblement moins étroites.

Les kinésithérapeutes travaillent, eux aussi, peu avec les orthophonistes, surtout en secteur libéral, sauf dans le cas d'activités spécifiques telles que :

- la prise en charge de patients ayant eu un AVC : « La collaboration avec les orthophonistes se situe à un niveau minimal : seulement une discussion autour d'un même patient ». Il s'agit « davantage d'une relation de type échange d'informations ».
- la prise en charge d'enfants poly-handicapés : le kinésithérapeute prend en charge les problèmes orthopédiques, et l'orthophoniste travaille en parallèle avec

24. Dans le cadre de la négociation conventionnelle, en 2007, la valeur de l'AMO a été ajustée pour finaliser l'accord conventionnel signé en 2006 qui portait sur la NGAP. Le dernier accord conventionnel portant sur la lettre clé date de 2002.

l'enfant ; « de temps en temps, des échanges ont lieu, surtout en cas de problème neurologique en sus ; c'est un vrai travail d'équipe, où intervient aussi le psychomotricien ».

Dans des institutions pour enfants handicapés, la collaboration avec les orthophonistes se déroule essentiellement sous forme de réunion de synthèse sur les enfants pris en charge. Il est signalé que le kinésithérapeute et l'orthophoniste réalisent parfois ensemble une séance avec certains enfants ; par exemple, au moment de l'enquête, deux enfants myopathes étaient pris en charge ainsi.

Dans les établissements de santé, il peut y avoir des zones de recouvrement d'activité entre ergothérapeutes, neuropsychologues et orthophonistes et des « doublons » d'actes, notamment de bilans, peuvent se produire. Mais, surtout en neuropsychologie, c'est la complémentarité des actions qui est soulignée « les deux n'ont pas le même regard ».

Une autre prise en charge, celle des troubles de la déglutition, peut poser le même type de problème : elle peut relever selon les contextes, du kinésithérapeute ou de l'orthophoniste. Ces professionnels auront recours à des techniques différentes pour prendre en charge ces troubles. L'aiguillage vers l'un ou l'autre de ces professionnels de santé se fera en fonction des habitudes, mais aussi en fonction des effectifs respectifs des deux professions dans le service hospitalier.

D

ifférents points de vue sur l'efficacité de la prise en charge orthophonique

Pour l'orthophonie, comme dans d'autres domaines liés à la santé, il n'existe pas d'estimation des besoins, ni d'estimation de la façon dont l'offre les satisfait ou pourrait les satisfaire, qui fasse consensus. Plusieurs points de vue peuvent cependant éclairer la réflexion.

La satisfaction des demandes actuelles de prises en charges orthophoniques

Pour les orthophonistes, comme pour d'autres professions de santé, il est difficile d'affirmer que les régions apparemment sur-dotées ne sont pas tout simplement correctement dotées en orthophonistes, les autres régions étant en conséquence toutes sous-dotées. Le fait qu'un orthophoniste nouvellement installé trouve rapidement sa clientèle, quel que soit son lieu d'installation en France plaide pour un diagnostic d'insuffisance globale du nombre d'orthophonistes par rapport à la demande.

Parmi les facteurs participant à l'accroissement observé de celle-ci, on peut citer les exigences grandissantes de la société en matière de capacités de communication. Un meilleur repérage des troubles de l'apprentissage chez l'enfant, et leur orientation plus précoce vers des soins orthophoniques y participent également. Les difficultés sociales induisent aussi un accroissement des difficultés d'apprentissage.

L'accroissement de la demande est noté aussi chez les adultes, en neurologie notamment, mais aussi en ORL avec les laryngectomisés, les problèmes de voix. La prise en charge des AVC représente une activité en hausse. La prise en charge orthophonique des patients atteints de maladie d'Alzheimer est aussi indiquée au stade précoce, bien que les orthophonistes interrogés se soient montrés partagés sur l'intérêt de ce type de prise en charge. L'augmentation du nombre d'orthophonistes sur le territoire participe enfin à cette augmentation de la demande, en la rendant possible.

Une autre façon d'envisager la question de l'adéquation entre l'offre et la demande consiste à adopter un raisonnement basé sur les prises en charge actuelles. Selon les données de la CNAMTS, pour l'AVC, par exemple, 40 000 patients distincts atteints d'aphasie ont bénéficié d'une rééducation orthophonique en secteur libéral en 2010. Or, en France, l'aphasie toucherait 300 000 personnes en France, avec 40 000 nouveaux cas par an (dont 75 % dus à un AVC)²⁵. Ainsi, à effectif et à activité inchangée, les orthophonistes libéraux prendraient donc en rééducation l'ensemble des nouveaux cas d'aphasie.

25. Fery-Lemonnier E., 2009, *Rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC en France*, juin.

En matière de dyslexie, dysorthographe... les données sont moins précises. Dans un rapport de l'INSERM²⁶ de 2007 comme dans le rapport Ringard de 2000, la prévalence est estimée à un peu moins de 5 % des enfants de primaire. Sur la base de 5 %, pour une classe d'âge, de l'ordre de 40 000 enfants seraient concernés. Actuellement, les orthophonistes libéraux prennent en charge dans l'année 381 500 enfants pour des troubles du langage oral et écrit, et 38 000 pour des dyscalculies. Ce sont des chiffres élevés qui permettent de penser que les enfants les plus gravement touchés sont pris en charge en orthophonie et que même les enfants en situation de difficulté « intermédiaire » peuvent aussi bénéficier d'une telle prise en charge.

Ces appréciations positives doivent être nuancées, car la question de la réponse à la demande semble moins liée à l'accès d'une manière générale qu'aux délais d'attente et à l'intensité de prise en charge. Une seule séance par semaine peut être, par exemple, assurée par l'orthophoniste dans des cas qui pourraient mériter davantage, ou bien des patients aphasiques peuvent nécessiter plus d'un an de rééducation, auquel cas des patients « échapperaient » à une rééducation nécessaire au regard de ces estimations. En outre, l'action des orthophonistes s'adresse à d'autres types de difficultés que l'aphasie ou la dyslexie.

Pour apprécier la façon dont les besoins sont pris en charge, il convient enfin de rappeler les disparités de l'offre de professionnels entre départements et surtout entre zones urbaines et rurales. Une moindre présence de professionnels influence le nombre et la nature des actes d'autant que les organisations et les dispositifs locaux la compensent diversement. L'examen de la situation contrastée de deux régions du point de vue de la densité d'orthophonistes apporte sur ce point un éclairage complémentaire.

L'examen de deux situations régionales contrastées

Pour disposer de situations couvrant une variété de pratiques et de lieux d'exercice, des enquêtes ont été réalisées auprès d'orthophonistes pratiquant dans 2 régions, choisies sur la base de leur situation *a priori* contrastée en matière d'offre de soins orthophoniques²⁷. La présence ou non d'un centre de formation, la densité en orthophonistes par habitant et la proportion d'orthophonistes libéraux ont constitué les critères principaux pour sélectionner les régions du Limousin et de Midi-Pyrénées. La première, qui ne dispose pas de centre de formation, se caractérise par une densité faible (<80 % de la moyenne nationale). La seconde dispose d'un centre de formation à Toulouse, qui a admis, pour l'année 2009-2010, 36 élèves ; elle connaît une densité régionale forte (>110 % de la moyenne nationale), mais de fortes disparités inter-départementales.

26. INSERM, *Dyslexie, dysorthographe et dyscalculie, Bilan des données scientifiques*, Expertise collective, 2007.

27. Cf. annexe 4, présentation de l'enquête.

Le Limousin représente la région ayant la densité d'orthophonistes la plus faible de France (110 professionnels, soit 15 pour 100 000 habitants), et les 3 départements de la région se rangent parmi les départements ayant le nombre d'orthophonistes le plus bas, avec dans la Creuse, seulement 5 orthophonistes libéraux et 8 salariés. Dans la Haute-Vienne et la Corrèze, les effectifs sont respectivement de 38 libéraux, 17 salariés, et 24 libéraux, 18 salariés. D'après les derniers chiffres communiqués par l'Agence régionale de santé (ARS), le nombre d'orthophonistes est même passé de 110 à 103 au 1^{er} janvier 2011. Sur les 110 orthophonistes enregistrés, les 2/3 ont plus de 45 ans ; il y a très peu d'orthophonistes jeunes, comparativement aux données nationales.

En l'absence de centre de formation à Limoges, les orthophonistes en exercice dans cette région ont été formés hors région, dans presque toute la France.

Deux projets, soulignés par l'ARS, devraient toutefois structurer l'activité d'orthophonie dans la région dans les années à venir :

- Le projet de généralisation du dépistage de la surdité chez le nouveau-né dans les maternités ; ce projet, qui sera inscrit dans le SROS, est notamment porté par le service d'ORL du CHU de Limoges, et en particulier l'orthophoniste travaillant dans ce service.
- Le projet de création d'un centre de formation d'orthophonie à Limoges, dans le cadre d'un Institut régional de la rééducation qui concerne 4 professions : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens. Sont impliqués le conseil régional, l'ARS, le CHU, l'Université. La première étape devrait être un démarrage en septembre 2012 pour les ergothérapeutes, les autres professions devant s'intégrer les années suivantes.

La région Midi-Pyrénées se situe dans la fourchette basse des régions à forte densité (avec 1015 orthophonistes, ce qui donne une densité de 36 orthophonistes pour 100 000 habitants). Les variations entre les 8 départements sont les suivantes :

- une densité faible dans les Hautes-Pyrénées (24 pour 100 000 habitants, avec 26 orthophonistes libéraux et 29 salariés), l'Aveyron (23 pour 100 000 habitants, avec 48 libéraux et 14 salariés) et le Lot (23 pour 100 000 habitants, avec 27 libéraux et 13 salariés),
- une densité modeste dans le Gers (28 pour 100 000 habitants, avec 34 libéraux et 17 salariés), le Tarn (28 pour 100 000 habitants, avec 81 libéraux et 25 salariés), le Tarn-et-Garonne (27 pour 100 000 habitants avec 50 libéraux et 13 salariés),
- une densité moyenne dans l'Ariège (33 pour 100 000 habitants avec 40 libéraux et 10 salariés),
- une densité très forte en Haute-Garonne (48 pour 100 000 habitants, avec 457 libéraux et 131 salariés).

La répartition par tranche d'âge est beaucoup plus homogène, de l'ordre de 10-12 % par tranche d'âge de 5 années, de 25 à 64 ans, avec des taux un peu plus élevés entre 25 et 34 ans. Ces chiffres sont proches de ceux observés en France métropolitaine.

Les orthophonistes en exercice dans cette région ont été majoritairement formés à Toulouse.

■ ■ Les actes réalisés dans les deux régions étudiées concernent, comme au niveau national, très majoritairement les enfants

Au niveau national, 72,9 % des actes concernent des patients dont l'âge moyen se situe entre 7 et 14 ans. Le pourcentage est de 72 % en Limousin et de 75,3 % en Midi-Pyrénées.

En dépit de leurs caractéristiques contrastées, il n'existe que des différences ponctuelles entre ces deux régions quant au contenu de l'activité. Elles concernent notamment les actes chez les adultes (cf. tableau des actes en annexe 3). Ainsi, les séances pour les patients atteints de maladie neuro-dégénérative sont nettement moins fréquentes qu'au plan national : 3,9 % et 2,5 % respectivement en Midi-Pyrénées et Limousin contre 5,6 % en moyenne nationale. Il en est de même pour les rééducations des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques (4 % et 3,6 % respectivement contre 5,6 % au plan national). Par contre, la rééducation du langage dans les aphasies est proche de la moyenne nationale en Midi-Pyrénées (8,1 % contre 8,6 % France entière) et bien plus fréquente en Limousin (13,8 %).

Les bilans représentent un pourcentage un peu supérieur dans ces 2 régions que dans la France entière : 6 % en Midi-Pyrénées et 6,4 % en Limousin, contre 5,7 % en moyenne nationale.

■ ■ Les délais d'attente sont importants en dehors de la métropole toulousaine

Les délais d'attente hors urgences sont importants dans les deux régions (en dehors de Toulouse même). En cas d'urgence (définie par le fait qu'une prise en charge tardive aurait des conséquences importantes sur le handicap du patient), les orthophonistes indiquent pouvoir toujours s'arranger pour « caser le patient ». Il s'agit, en particulier, des cas d'aphasie par AVC, de traumatismes crâniens, de cancers de la gorge et problèmes de voix post-chirurgicaux, de retards du langage chez l'enfant, de surdités chez l'enfant. Cette disponibilité est soulignée par les orthophonistes interrogés comme par les prescripteurs.

Toutefois, **dans la région limousine**, pour les salariés exerçant dans les institutions pour enfants, les délais mentionnés n'étaient pas inférieurs à 4-5 mois, et étaient le plus souvent de 6 mois à 1 an. Le nombre de places dans les institutions est limité, visiblement insuffisant ; par exemple, actuellement, dans l'une des villes enquêtées, une dizaine d'enfants sont en attente d'une place dans un CMP et 26 d'une place en SESSAD. Dans les services de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou de court séjour, les patients sont pris en charge au fur et à mesure de leurs arrivées et pendant la durée de leur hospitalisation, la question se pose en revanche à la sortie pour trouver un relais en ville.

En libéral, la situation est différente pour le patient, selon que l'orthophoniste effectue le bilan tout de suite, avec quelques mois d'attente ensuite pour les séances

de rééducation, ou l'inscrit sur liste d'attente même pour le bilan. Pour une rééducation orthophonique, le délai est généralement d'au moins 6 mois dans la région et le nombre d'enfants en attente est au minimum d'une dizaine par orthophoniste en activité libérale.

Dans la région Midi-Pyrénées, les orthophonistes installés à Toulouse ne mentionnent pas de liste d'attente, ou des attentes inférieures à 2 mois. Dans le reste de la région, les orthophonistes déclarent des délais d'attentes un peu inférieurs en moyenne à ceux du Limousin. Le nombre de patients inscrits par orthophoniste attendant leur prise en charge semble également plus important dans la région limousine.

Les orthophonistes enquêtés dans les deux régions indiquent que, la plupart du temps, une seule séance hebdomadaire est assurée, afin de ne pas laisser croître de façon exagérée la liste d'attente. Les prescripteurs, notamment les neurologues et les pédiatres, déplorent cette situation. Mais du coup, les durées de prise en charge se prolongent. Une option alternative, peu diffusée d'après ce qui a pu être identifié dans les entretiens, serait la guidance parentale, les parents pouvant faire travailler leur enfant entre deux séances d'orthophonie.

Ces délais de prise en charge dans les deux régions, hors Toulouse, incitent certains orthophonistes, lors des entretiens, à remettre en cause la liberté d'installation de leurs jeunes collègues, en soulignant que le conventionnement induit des devoirs. En Midi-Pyrénées, un rééquilibrage entre Toulouse et les autres zones de la région paraît notamment un objectif accessible.

Des champs d'intervention très larges qui restent à conforter

L'accroissement de la place de la profession dans la prise en charge de nombreuses affections s'accompagne jusqu'ici de peu de travaux ou d'éléments d'évaluation globaux.

La HAS a publié un certain nombre de recommandations sur l'orthophonie, mais la précision des libellés semble le plus souvent insuffisante pour répondre fermement à la question de la durée et la fréquence optimales des séances d'orthophonie. C'est le cas, par exemple, de la rééducation de la voix, du langage, de la parole²⁸, du fait de l'hétérogénéité des indications couvertes : accident vasculaire cérébral, traumatisme crânio-cérébral, processus expansif intra-cérébral, encéphalite, anoxies cérébrales, aphasies dégénératives, épilepsies, maladies neurodégénératives, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique. Certaines recommandations s'intéressent au rôle

28. HAS - Service évaluation des actes professionnels, *Dossier sur la Rééducation de la voix, du langage, de la parole* : Rééducation du langage dans les aphasies ; Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques ; Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, décembre 2007.

des différents professionnels de santé dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou d'accident vasculaire cérébral²⁹. Plusieurs travaux portant sur l'état des connaissances dans l'autisme et les troubles envahissants du développement ont également été menés.

Si l'efficacité de la rééducation orthophonique a été démontrée dans l'aphasie vasculaire lors des prises en charge précoces au cours de la phase hospitalière, de nombreuses questions restent donc à ce jour, à éclairer comme, par exemple, les avantages de la prise en charge précoce des troubles chez l'enfant, ou l'impact que peut avoir un délai d'attente de plusieurs mois sur les chances d'amélioration de ces troubles, ou bien encore la durée optimale d'une rééducation pour une affection donnée.

En revanche, les résultats des évaluations des outils et des procédures organisationnelles, mettent en évidence, selon l'avis des médecins, une amélioration de la qualité du dépistage et des relations avec les parents, la réduction des délais d'attente pour les enfants atteints de retard de langage³⁰.

Pour certains orthophonistes et professionnels impliqués, des demandes parfois moins légitimes sur le plan strictement sanitaire pourraient contribuer, dans des contextes de densité forte en orthophonistes, à soutenir une activité de façon artificielle. Ainsi la tendance à prendre en charge des enfants présentant des troubles légers, autrement dit la médicalisation des difficultés scolaires, qui s'inscrit dans le mouvement sans cesse croissant de médicalisation des problèmes sociaux, est un risque souligné par certains interlocuteurs³¹. L'impatience des institutrices et des familles face aux difficultés scolaires des enfants est jugée grandissante, entraînant une orientation rapide vers l'orthophoniste, ce qui est « justifié dans la dyslexie, où l'on constate encore des retards de diagnostic », mais pas forcément dans les autres cas. Il est parfois estimé que l'« on pose des diagnostics de troubles de l'apprentissage avec excès ». Toutefois, la grande majorité des orthophonistes interrogés juge que ce risque de médicalisation des problèmes scolaires reste marginal, surtout au regard de la charge de travail induite par les cas plus lourds.

En matière de prise en charge des maladies neurodégénératives, la limite entre l'utile et l'inutile n'est pas non plus aisée à fixer. Les neurologues et orthophonistes interrogés soulignent que la rééducation orthophonique est indiquée au stade précoce en cas de présence de symptômes aphasiques, de besoin de stimulation cognitive. Des

29. ANAES, Recommandation pour la pratique clinique sur la Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Le rôle de l'orthophoniste est ici proposé essentiellement dans la prise en charge des troubles de la déglutition, juin 2002. Recommandations Professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, Guide médecin – ALD : Maladie d'Alzheimer et autres démences, mai 2009. Dans le cadre du programme PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le sujet âgé), un programme pilote de la HAS, programme AMI-Alzheimer (Alerte Maîtrise latrogénie), promeut la diminution des neuroleptiques administrés par excès pour troubles du comportement aux patients atteints de maladie d'Alzheimer et propose une meilleure prise en charge, notamment orthophonique, pour améliorer la communication entre ces patients et l'entourage ainsi que les soignants.

30. cf. un travail mené en Alsace en 2004, financé par le FAQSV.

31. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, sous la dir. de Pierre Aïach et Daniel Delanoë, coll. « Sociologies », Éd. Economica/Anthropos, 1998.

orthophonistes ont cependant évoqué une certaine gêne face à ces prises en charge qui deviennent rapidement illusoires, mais difficiles à arrêter devant la demande des familles, alors que la pénurie en temps d'orthophoniste militerait pour d'autres priorités.

Certains professionnels interrogés craignent à cet égard que soient prises au plan national des mesures « normalisant » le nombre de séances, alors que, selon eux, les durées de prise en charge ne peuvent être fixées qu'au cas par cas. La prise en charge de l'autisme en est une illustration : elle permet des améliorations souvent spectaculaires, avec possibilité d'accéder à la scolarisation, l'apprentissage, quand le niveau intellectuel de l'enfant le permet. Cependant, elle demande beaucoup plus de temps que les autres pathologies du langage, puisqu'il faut d'abord préparer le contact qui ne se fera que petit à petit, l'autiste ayant besoin d'être en confiance avec l'orthophoniste. Les orthophonistes libéraux « spécialisés » dans ce domaine (peut-être 5-10 % des libéraux) ont, du fait de leur rareté, une liste d'attente conséquente, car les parents, après des essais infructueux, s'adressent à une association d'autisme qui les dirige vers l'orthophoniste le plus à même de prendre en charge l'enfant. Cette prise en charge qui devrait avoir lieu de préférence deux fois par semaine du fait de la surcharge des orthophonistes, n'est souvent réalisée qu'une fois, et cela pendant des années ; la durée de prise en charge est évidemment très dépendante de l'enfant. Il existe cependant quelques institutions spécifiques, comme un SESSAD identifié en Corrèze, spécialisé dans l'autisme.

Une recherche clinique encore peu développée

L'orthophonie bénéficie de la recherche faite dans les domaines proches, en neuropsychologie, en neurolinguistique par exemple, ou bien de celle menée dans des laboratoires de recherche du Canada francophone. Mais la recherche clinique en orthophonie qui permettrait d'évaluer les méthodes et de les défendre, est encore insuffisamment développée. Il n'existe pas de laboratoire de recherche en orthophonie en France. Bien que les centres de formation en orthophonie soient situés dans les UFR de médecine, la recherche en orthophonie ne semble pas bénéficier de l'impulsion que pourrait donner cet ancrage universitaire. Pour les professionnels intéressés, il reste très difficile de trouver un laboratoire d'accueil en l'absence de laboratoire dédié à l'orthophonie. Selon un professeur d'ORL interrogé, il n'y a guère de « place » en université pour les orthophonistes, puisqu'il n'y a pas de cursus à proprement parler, ni de postes universitaires comme il en existe pour les médecins. Mais « peut-être qu'avec le master, et une cinquième année de master de recherche, une filière pourrait se développer ».

Le but de l'UNADREO, créée en 1990 avec le soutien de la FNO, est de favoriser l'émergence d'une recherche en orthophonie en France. L'UNADREO qui a été reconnue société savante en 2005 par le ministère de la Recherche, souhaite contribuer à enrichir l'orthophonie par une réflexion théorique et l'exploration de nouvelles

méthodes thérapeutiques. Elle diffuse l'information scientifique en orthophonie, maintient une banque de données bibliographiques, organise colloques ou stages ayant un rapport étroit avec la recherche et facilite la mise en relation d'orthophonistes cliniciens et de chercheurs, par le biais d'un annuaire de la recherche. Il existe actuellement deux revues scientifiques³².

L'orthophonie dans d'autres pays européens

Trois termes interchangeables sont utilisés en Europe : l'orthophonie, la logopédie et « speech and language therapy ». Dans tous les pays européens, l'orthophonie est une profession récente qui a d'abord émergé dans les pays de l'ouest de l'Europe. Historiquement et très grossièrement, on observe deux schémas : soit la profession correspondait à un besoin identifié par les spécialistes du langage comme les ORL (partie ouest de l'Europe dont la France), soit, elle est née d'une initiative du système scolaire (partie nord et est de l'Europe dont le Danemark).

Les professionnels européens travaillent dans le champ paramédical, dans le champ scolaire voire dans le milieu artistique, et sont à 95 % des femmes, quel que soit le pays.

La densité des orthophonistes est très variable d'un pays à l'autre. En 2004, le nombre d'orthophonistes par million d'habitants va de quelques dizaines au Portugal, en Grèce, à une centaine pour l'Espagne, l'Allemagne, et environ 250 en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, au Danemark. On compte 777 orthophonistes par million d'habitants en Belgique, chiffre très supérieur à celui des autres pays. Entre les années 1990 et 2004, les effectifs ont connu une augmentation dans presque tous les pays, sauf en Allemagne, où ils ont diminué de 11 % dans cette période.

La formation requise est assurée dans les instituts ou dans les universités. En 2004, seulement 4 pays ont un *numerus clausus*, dont la France. Le niveau d'étude requis pour exercer est différent d'un pays à un autre : équivalent licence (bac + 3) comme en France, voire master 1 (bac + 4) jusqu'à un niveau master 2 (bac + 5) (au Danemark, et au Royaume-Uni).

Les conditions d'exercice de l'orthophonie changent d'un pays à l'autre. Mais la prescription médicale est souvent un préalable obligatoire aux soins orthophoniques :

- lorsque les orthophonistes sont exclusivement salariés, exerçant dans les institutions médico-sociales, voire au sein même des établissements scolaires, les soins sont entièrement pris en charge par la protection sociale du pays (Royaume-Uni, Irlande, Italie, Luxembourg) et soumis au contrôle médical direct (travail en milieu hospitalier) ;
- lorsque les orthophonistes sont majoritairement en libéral, avec des patients adressés par le corps médical, les soins prescrits font l'objet d'une prise en charge

32. Rééducation orthophonique (Ortho Édition) et Glossa (UNADRÉO).

plus ou moins totale par le système de protection sociale (France, Pays-Bas, Grèce, Belgique) ;

- les orthophonistes peuvent aussi exercer en libéral mais en dehors du système de protection sociale, sans contrôle du corps médical (Espagne, Norvège).

Le Danemark (5,5 millions d'habitants), où la première école d'État a été créée en 1916, dénombre 2 000 orthophonistes. Leur formation est dispensée dans une école ou dans l'université de Copenhague, sur 3 ou 5 ans. Les orthophonistes se répartissent dans le système scolaire (pour 1100 d'entre eux), dans le système de rééducation départemental (500), dans le secteur hospitalier (350) et en cabinets privés (une cinquantaine de professionnels). Le système de santé danois prend en charge totalement les soins dispensés dans les institutions, ce qui explique que presque tous les orthophonistes sont salariés.

Le cas de l'Allemagne est un peu particulier dans la mesure où la profession est partagée entre 5 professions différentes quant à leur titre et leurs compétences :

- les logopäden (15 000 pour une population de 83 millions d'habitants) rejoignent les compétences des orthophonistes français à l'exception des troubles du langage,
- les pédagogues des troubles du langage rejoignent les compétences de l'orthophonie française pour les troubles du langage (en milieu essentiellement scolaire),
- les professeurs de la respiration, de la parole et de la voix (500 « Atem-, Sprech, und Stimmlehrer »), les thérapeutes des troubles du langage (400 « Sprachtherapeuten »),
- et les instituteurs spécialisés et pédagogues des troubles du langage (plus de 7 000 « Sprachheillehrer » et « Diplomierte Sprachheilpädagogogen »).

Cette complexité de la profession en Allemagne se traduit par des statuts et des formations spécifiques avec des durées d'études différentes (3 ans dans des écoles pour les logopèdes et les professeurs de la respiration de la parole et de la voix, 4 années universitaires pour les instituteurs spécialisés et pédagogues des troubles du langage). Les logopèdes travaillent à l'hôpital, dans les cliniques, dans les centres de réadaptation, dans les écoles maternelles, les garderies d'enfants ; 30 % d'entre eux exercent en libéral. Les professeurs de la respiration, de la parole et de la voix travaillent à l'hôpital, dans les cliniques ORL, en cabinet, en école de musique et d'art dramatique, en cabinet privé. Les instituteurs spécialisés exercent dans les établissements scolaires et les pédagogues des troubles du langage assurant la rééducation et la réinsertion des personnes exercent dans le domaine extrascolaire : centres de réadaptation, hôpitaux spécialisés, ou cabinet libéral, comme les thérapeutes du langage.

En conclusion, on peut souligner que certaines des caractéristiques du métier et des jugements qui sont portés sur son exercice, soit par les représentants de la profession, soit par les prescripteurs ou les collaborateurs, sont communes avec d'autres professions de la rééducation. Les travaux sur le métier de masseur-kinésithérapeute avaient notamment fait apparaître :

- une efficacité des interventions très généralement reconnue auprès des patients mais des preuves de l'efficacité qui restent à apporter auprès des prescripteurs et des « évaluateurs » ;
- une certaine autonomie des professionnels exerçant en secteur libéral peu appuyée sur des échanges informés avec les prescripteurs, et débouchant rarement sur un partage des bilans ou des évaluations des bénéfiques pour les patients ;
- un attachement des représentants de la profession à la non-spécialisation afin de conserver l'unité du métier, alors même que dans les pratiques on observe des orientations, sinon des spécialisations particulières, en particulier dans les services hospitaliers spécialisés ;
- l'hétérogénéité de la formation initiale selon les centres, soulignée par les étudiants, qui paraît peu compensée par les contenus de l'offre actuelle en formation continue ;

Des initiatives locales qui semblent permettre d'atteindre des organisations du circuit de prise en charge des enfants performantes, semblent en revanche distinguer l'orthophonie, du fait certainement de son insertion dans un circuit solide de prise en charge des enfants et de ses rapports privilégiés avec l'institution scolaire.

A

nnexes

Annexe 1 : Extrait du décret de compétence (décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste)

Art. 1^{er}. - L'orthophonie consiste :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Art. 2. - Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Art. 3. - L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

- la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;
- la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine ;
- la rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompetence vélo-pharyngée ;
- la rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies ;
- l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.

2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

- la rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;
- la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;
- la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;
- la rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale) ;
- la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.

3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- la rééducation des dysarthries et des dysphagies ;
- la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie) ;
- le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Art. 4. - La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

Annexe 2 : Par région, les centres de formation, le nombre d'orthophonistes et leur densité

Régions	Présence d'un centre de formation	Nombre d'orthophonistes au 1 ^{er} janvier 2010 (DREES)	Densité pour 100 000 hab.
Alsace	Strasbourg	468	25
Aquitaine	Bordeaux	900	28
Auvergne		245	18
Basse-Normandie	Caen	314	21
Bourgogne		345	21
Bretagne		905	29
Centre	Tours	661	26
Champagne-Ardenne		301	22
Corse		79	26
Franche-Comté	Besançon	258	22
Haute-Normandie		393	22
Île-de-France	Paris	3 995	34
Languedoc-Roussillon	Montpellier	1 052	41
Limousin		110	15
Lorraine	Nancy	625	27
Midi-Pyrénées	Toulouse	1 015	36
Nord-Pas-de-Calais	Lille	1 567	39
PACA	Marseille-Nice	1 997	41
Pays de la Loire	Nantes	985	28
Picardie	Amiens	372	20
Poitou-Charentes	Poitiers	324	19
Rhône-Alpes	Lyon	2 336	38
TOTAL France métropolitaine		19 247	31

Annexe 3 : Détail des actes réalisés par les orthophonistes

DÉTAIL DES ACTES RÉALISÉS PAR LES ORTHOPHONISTES AU PLAN NATIONAL ET DANS DEUX RÉGIONS ÉTUDIÉES MIDI-PYRÉNÉES ET LIMOUSIN

Libellés des actes	Données nationales 2010					Midi-Pyrénées	Limousin
	Nb de patients distincts	Âge moyen des patients	Nb d'actes	Base de remboursement	% total base de remb.	% total base de remb.	% total base de remb.
Rééducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance	7 732	8	84 534	1 034 420	0,1 %	0,1 %	0,3 %
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, par séance							
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance	55 911	13	491 256	9 425 970	1,3 %	1,8 %	0,8 %
Rééducation de la déglutition atypique, par séance							
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance							
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance							
Rééducation du mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales à l'inspiration, par séance	53 554	40	717 292	17 212 731	2,4 %	2,9 %	2,4 %
Rééducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance							
Rééducation des troubles de l'écriture, par séance							
Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, par séance	381 489	11	821 565	199 112 598	27,6 %	31,2 %	29 %
Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	38 253	11	817 347	20 004 821	2,8 %	2,1 %	1,3 %
Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance							
Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance	14 306	64	321 114	8 476 067	1,2 %	2,1 %	1,1 %
Éducation à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme, par séance			5 660	150 729	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance	2 448	55	55 941	1 503 672	0,2 %	0,3 %	0,5 %
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale par séance			124 344	3 576 702	0,5 %	0,6 %	0,8 %
Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance	328 367	7	7 336 414	212 995 007	29,5 %	27,6 %	28,5 %
Rééducation du bégaiement, par séance			305 220	8 932 696	1,2 %	1,1 %	1,2 %

Sources : CNAMTS, 2010.

(SUITE)

DÉTAIL DES ACTES RÉALISÉS PAR LES ORTHOPHONISTES AU PLAN NATIONAL ET DANS DEUX RÉGIONS ÉTUDIÉES MIDI-PYRÉNÉES ET LIMOUSIN

Libellés des actes	Données nationales 2010						Midi-Pyrénées	Limousin
	Nb de patients distincts	Âge moyen des patients	Nb d'actes	Base de remboursement	% total base de remb.			
Éducation ou rééducation du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	11 868	14	353 225	11 440 205	1,6%	1,6%	1,2%	1,8%
Éducation précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	1 773	7	45 766	1 493 313	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
Éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'infirmité motrice d'origine cérébrale, par séance	15 646	14	538 735	17 842 519	2,5%	2,5%	2,3%	2,3%
Éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'autisme, par séance								
Éducation ou rééducation du langage dans le cadre des maladies génétiques, par séance								
Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes	14 809	11	526 993	17 701 729	2,5%	2,5%	3,8%	2,3%
Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance	32 944	74	1 118 583	40 272 516	5,6%	5,6%	3,9%	2,5%
Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance								
Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques par séance	32 318	63	1 111 569	5 661 530	0,8%	0,8%	0,6%	0,7%
Rééducation du langage dans les aphasies, par séance	40 225	69	1 689 228	62 105 528	8,6%	8,6%	8,1%	13,8%
Démotivisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	1 295	10	47 576	1 758 226	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%
Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-fonctionnelles	46 958	18	49 491	1 898 179	0,3%	0,3%	0,4%	0,2%
Renouvellement des bilans cotés AMO24	114 918	11	125 192	5 043 142	0,7%	0,7%	0,7%	0,5%
Renouvellement des bilans cotés AMO 30	17 311	49	19 230	969 105	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Bilans de la phonation, du langage écrit, du langage oral, de la dyscalculie	455 558	11	485 885	27 945 432	3,9%	3,9%	4,1%	4,8%
Bilans des troubles neurologiques, du bégaiement, du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux	65 602	53	70 613	5 074 784	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
			24 812 159	722 245 430	100%	100%	100%	100%

Sources : CNAMTS, 2010.

Annexe 4 : Présentation de l'enquête

Des entretiens auprès de 49 orthophonistes libéraux et salariés ont été menés dans les régions Limousin et Midi-Pyrénées.

NOMBRE D'ORTHOPHONISTES INTERROGÉS PAR RÉGION ET MODE D'EXERCICE

	Limousin	Midi-Pyrénées	TOTAL
Orthophonistes libéraux	11	15	26
Orthophonistes salariés	15	1	16
Orthophonistes en exercice mixte	3	4	7

Sur les 49 orthophonistes, on compte 45 femmes et 4 hommes.

25 médecins prescripteurs et 26 professionnels susceptibles d'intervenir en partenariat avec les orthophonistes ont également fait l'objet d'une investigation dans les deux régions, afin d'explorer :

- les types de coopérations en vigueur, envisagées ou envisageables,
- l'existence éventuelle de difficultés particulières dans le recours à l'orthophonie.

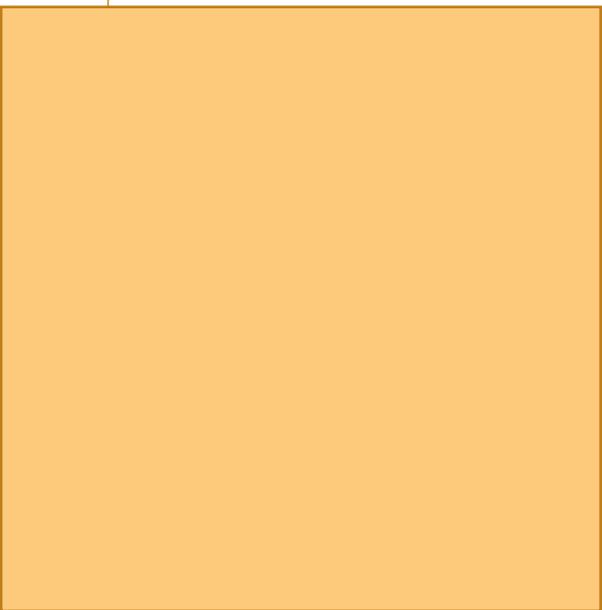
NOMBRE DE MÉDECINS INTERROGÉS DANS LES 2 RÉGIONS PAR SPÉCIALITÉ

	Limousin	Midi-Pyrénées	Total
Méd. généralistes	3	2	5
Pédiatres	3	2	5
ORL	1	1	2
Phoniatres	1	2	3
Chirurgiens-dentistes/odontologues		1	1
Neurologues		2	2
Pédopsychiatres	2	3	5
Méd. physique et de réadaptation	1	1	2
TOTAL	11	14	25

NOMBRE DE PROFESSIONNELS PARTENAIRES INTERROGÉS DANS LES 2 RÉGIONS

	Limousin	Midi-Pyrénées	Total
Psychomotriciens	8	6	14
Psychologues	1		1
Psychomotriciens-Psychologues		2	2
Kinésithérapeutes	3		3
Ergothérapeutes	2	1	2
Neuropsychologues	1	1	2
Orthoptistes	1		1
TOTAL	16	10	26

LES MÉDECINS
EN FORMATION





Augmentation des flux d'étudiants

Des priorités de santé publique, ou le vieillissement plus accentué des effectifs de certains métiers médicaux ou territoires, peuvent rendre nécessaires des inflexions par rapport aux flux d'étudiants en cours. Cette régulation peut s'effectuer plus aisément depuis la mise en place de la filiarisation de toutes les spécialités et la fixation pluri-annuelle des postes d'internes ouverts par région¹. Elle ne peut toutefois produire des effets qu'à moyen terme, du fait de la longueur des études et, pour ce qui concerne la répartition des postes, en raison des limites qu'imposent nécessairement les capacités locales de formation et d'encadrement.

Nous rendons compte dans cette partie de l'évolution des effectifs des étudiants en médecine, dans l'optique de prendre la mesure de la rapidité de l'évolution qu'a connu leur démographie et de mieux situer les tensions qui se font jour localement et pour certaines spécialités². Nous présentons également les premiers constats qui se dégagent à l'issue de deux ans de filiarisation.

1. Arrêtés du 12 juillet 2010 et du 13 juillet 2011.

2. Ces travaux constituent aussi pour partie une actualisation des données et des analyses précédemment présentées. Rapports ONDPS, *Les internes en médecine, démographie et répartition*, tome 2 (2006-2007), *Le renouvellement des effectifs médicaux*, tome 3 (2008-2009), *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, tome 1, 2010-2011.

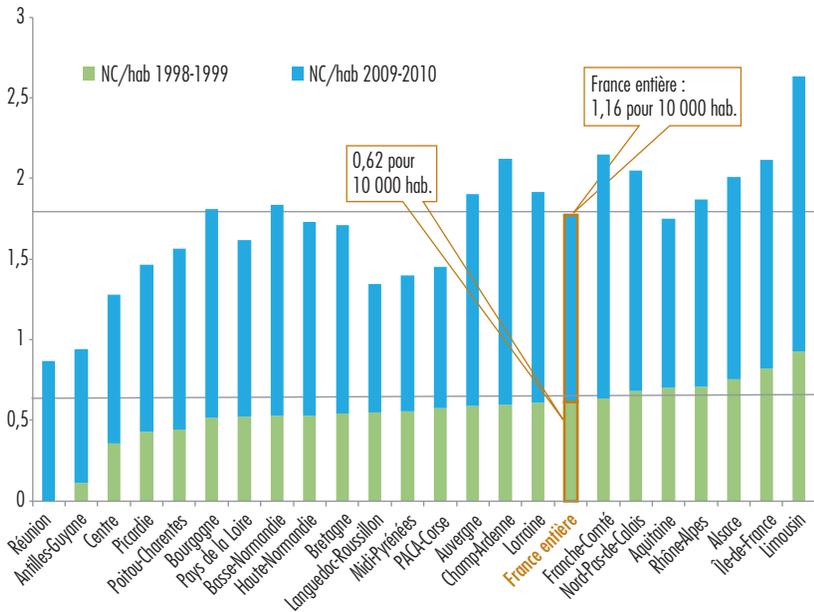
Sur la période 1998-2009, le doublement du *numerus clausus* qui est passé de 3 700 à 7 400, ne s'est pas effectué graduellement

Au niveau national, le doublement du *numerus clausus* (nc) qui intervient depuis 10 ans s'est produit en deux temps distincts, puisque la croissance la plus forte est intervenue au cours de la période 1998-2004 (+67,6 %), la seconde période 2005-2009 ne connaissant qu'une hausse de 5,6 %.

Une augmentation très supérieure à un doublement des cohortes d'étudiants en médecine a été observée dans certaines subdivisions. Ainsi l'accroissement du nc a été égal ou supérieur à 150 % à Besançon, Dijon, Reims, Caen, Amiens, Brest, Tours, Poitiers. D'autres subdivisions ont connu une augmentation inférieure : Aix-Marseille (56 %), Bordeaux (62,7 %), Montpellier (65 %), Toulouse, Lyon (67,5 %) et Île-de-France (68 %). En termes d'effectifs, l'augmentation a été forte pour les subdivisions ayant des effectifs de départ relativement réduits. Besançon et Tours passent, sur la période respectivement de 71 à 176 et de 87 à 233 étudiants.

GRAPHIQUE 1

PAR RÉGION, ÉVOLUTION DU RATIO NC/10 000 HABITANTS DE 1999 À 2010



Commentaire : en 1998-1999, le *numerus clausus* était de 0,62 pour 10 000 habitants. Le Centre, la Picardie et Poitou-Charentes se situaient en dessous, le Limousin, l'Île-de-France et l'Alsace, au-dessus. Les positions des régions étaient plutôt resserrées autour de cette moyenne. Ce n'est plus le cas en 2009-2010 sans pour autant que les régions les moins bien placées, et les mieux placées voient leur position se modifier.

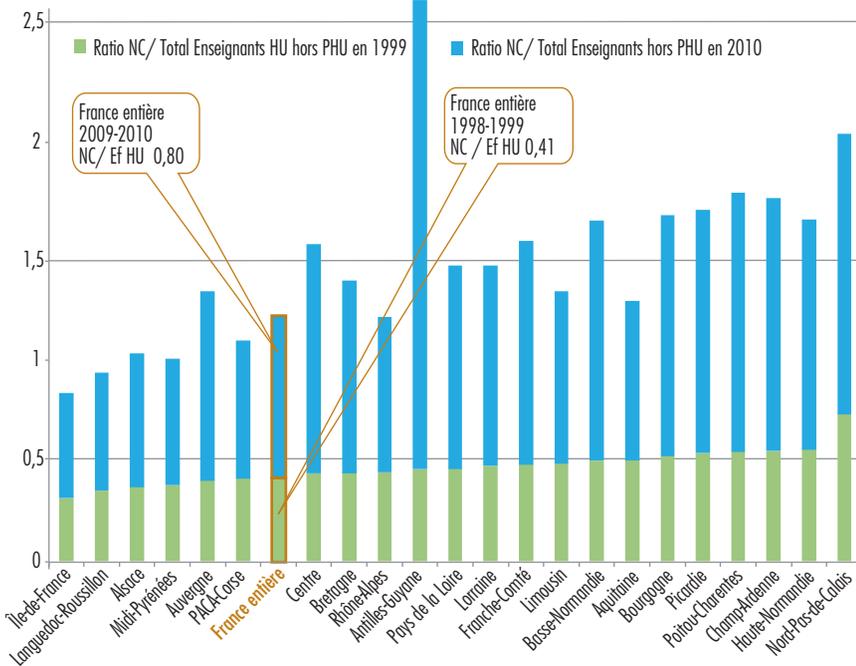
La densité d'étudiants admis à poursuivre leurs études médicales, c'est-à-dire le niveau du nc rapporté à la population des régions, a donc crû de façon hétérogène et les écarts par rapport à la densité moyenne nationale se sont accentués (graphique 1).

Les capacités universitaires d'encadrement des étudiants n'ont pas suivi les augmentations des flux d'étudiants

Le redéploiement des effectifs d'étudiants en médecine, ne s'est pas accompagné, sur la période, d'un redéploiement équivalent des ressources universitaires. La forte augmentation des cohortes d'étudiants accueillies par certaines subdivisions, intervient à capacités de formation et d'encadrement pratiquement inchangées. Le ratio passe de 0,41 étudiants par enseignant universitaire en 1998-1999 à 0,80 pour l'année universitaire 2009-2010. En outre, les écarts par rapport au ratio moyen national sont plus marqués en 2010 qu'en 1999 (graphique 2).

GRAPHIQUE 2

PAR RÉGION, ÉVOLUTION DU RATIO NC/ENCADREMENT UNIVERSITAIRE, ENTRE 1999 ET 2010



La croissance régionale du nombre d'internes ne coïncide pas systématiquement avec celle du *numerus clausus*

Les effectifs d'internes inscrits une année universitaire donnée dans l'ensemble du cursus ont augmenté de 36 % sur la période, traduisant l'impact temporel décalé de l'augmentation du nc³ et la coexistence dans le total de promotions plus anciennes, numériquement plus faibles que les plus récentes (tableau 1).

TABLEAU 1

PAR RÉGION, ÉVOLUTION ANNUELLE DU NOMBRE TOTAL D'INTERNES DE 2006 À 2010

Région	Nombre d'internes 2006-2007*	Nombre d'internes 2007-2008	Nombre d'internes 2008-2009	Nombre d'internes 2009-2010	Nombre d'internes 2010-2011	Différentiel 2006-2010 en nombre absolu	Évolution relative 2006-2010
Alsace	635	661	723	781	824	189	30 %
DOM-TOM	143	177	243	243	506	363	254 %
Aquitaine	825	722	779	839	931	106	13 %
Auvergne	382	437	463	511	533	151	40 %
Basse-Normandie	424	470	512	564	605	181	43 %
Bourgogne	380	427	455	517	585	205	54 %
Bretagne	788	876	968	1 111	1 182	394	50 %
Centre	453	497	532	562	582	129	28 %
Champagne-Ardenne	355	410	468	515	557	202	57 %
Franche-Comté	406	454	501	544	531	125	31 %
Haute-Normandie	489	546	615	631	666	177	36 %
Île-de-France	2 641	3 143	3 251	3 313	3 347	706	27 %
Languedoc-Roussillon	563	634	673	647	701	138	25 %
Limousin	232	275	288	298	288	56	24 %
Lorraine	713	729	784	918	864	151	21 %
Midi-Pyrénées	687	709	720	833	919	232	34 %
Nord-Pas-de-Calais	1 162	1 274	1 465	1 602	1 701	539	46 %
Pays de Loire	879	1 005	1 090	1 187	1 301	422	48 %
Picardie	444	510	587	613	628	184	41 %
Poitou-Charentes	441	547	592	623	630	189	43 %
Provence-Côte-d'Azur	1 086	1 228	1 227	1 320	1 308	222	20 %
Rhône-Alpes	1 594	1 756	2 016	1 960	2 193	599	38 %
France	15 722	17 487	18 952	20 132	21 382	5 660	36 %

Sources : enquêtes internes ONDPS 2006, 2008, 2009 et 2010.

* En 2006-2007 : sans Bobigny en IDF.

Les deux régions qui ont connu la plus forte croissance de leurs effectifs sont la Champagne-Ardenne (+57 %) et la Bourgogne (+53 %), puis la Bretagne, les Pays de la Loire et le Nord-Pas-de-Calais. On peut y ajouter l'ensemble Aquitaine et DOM. En effet, la région Aquitaine, par le biais de conventions avec les Antilles-Guyane et la

3. Sur la période correspondante, le *numerus clausus* a augmenté de 51 %.

Réunion, assure une part significative des stages de leurs internes. En cumulant les effectifs de ces trois régions, on constate une ascension de 48 %.

À l'inverse, on trouve parmi les régions ayant connu une inflexion nettement moins forte que la moyenne : Provence-Alpes-Côte-d'Azur, la Lorraine, le Limousin, le Languedoc-Roussillon et enfin l'Île-de-France.

Certaines régions ayant connu une augmentation de leur *numerus clausus* supérieur plus accentuée que la moyenne nationale, ne se retrouvent pas pour autant avec une croissance plus marquée des effectifs d'internes. C'est le cas par exemple de la région Centre ou de celle de Franche-Comté. Cela traduit, d'une part, l'existence d'une mobilité au moment des ECN qui peut conduire un choix de région d'internat différent de celle des deux premiers cycles et, d'autre part, l'importance de la vacance des postes offerts aux ECN.

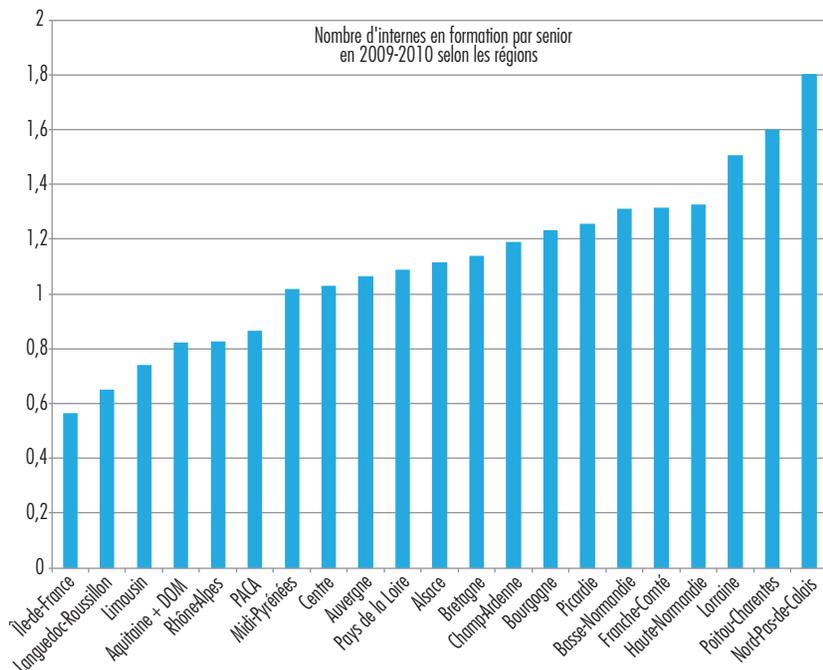
Les capacités d'encadrement n'ont pas suivi les augmentations des flux d'internes

L'augmentation importante des effectifs d'internes, notamment dans certaines subdivisions, sollicite fortement les capacités de stage. Celles-ci supposent l'existence de services agréés disposant d'un personnel d'encadrement. Pour les internes, l'encadrement repose, d'une part sur les enseignants universitaires titulaires (PU-PH, MCU-PH) et temporaires (CCA, AHU, PHU), d'autre part sur les médecins hospitaliers des services agréés dans lesquels les internes sont affectés en stage. Parmi les médecins hospitaliers, les « temps plein » sont, à l'évidence, les plus impliqués dans ce « compagnonnage » quotidien. C'est pourquoi leur inclusion en sus des universitaires dans les effectifs de formateurs, au travers de la notion de seniors, permet de mieux caractériser la réalité de l'encadrement de l'internat⁴. Les services agréés étant largement concentrés dans les CHU, seuls les effectifs de temps plein qui exercent dans ce type d'établissement sont pris en compte.

4. Cf. en particulier le Tome 2 du rapport ONDPS 2006-2007 sur *Les internes en médecine*.

GRAPHIQUE 3

PAR RÉGION, LE RATIO DU NOMBRE D'INTERNES PAR RAPPORT AU NOMBRE DE SENIORS ASSURANT LEUR ENCADREMENT



LECTURE : Le Nord-Pas-de-Calais compte 1,80 interne par senior, alors que Midi-Pyrénées et le Centre disposent d'un senior par interne et l'Île-de-France 1 senior pour 0,6 interne.

SOURCES : Enquête ONDPS auprès des facultés de médecine et des centres nationaux de gestion (CNG).

Le positionnement des régions à partir de ce ratio « interne en formation par senior », diffère un peu de celui obtenu pour le *numerus clausus* par enseignant universitaire, présenté dans le graphique 2. Si les régions situées aux deux extrêmes restent les mêmes (Île-de-France et Nord-Pas-de-Calais), plusieurs régions apparaissent plus en difficultés au regard de l'accueil des internes qu'elles ne le sont, comparativement aux autres, pour les étudiants en médecine : c'est le cas de la Lorraine, de la Franche-Comté et, dans une moindre mesure, de l'Alsace. À l'inverse, le Limousin et l'Aquitaine (avec les DOM puisqu'elle assure la majeure partie de la formation du 3^e cycle) se rapprochent des ratios les plus élevés.



évolution de la situation des différents métiers médicaux

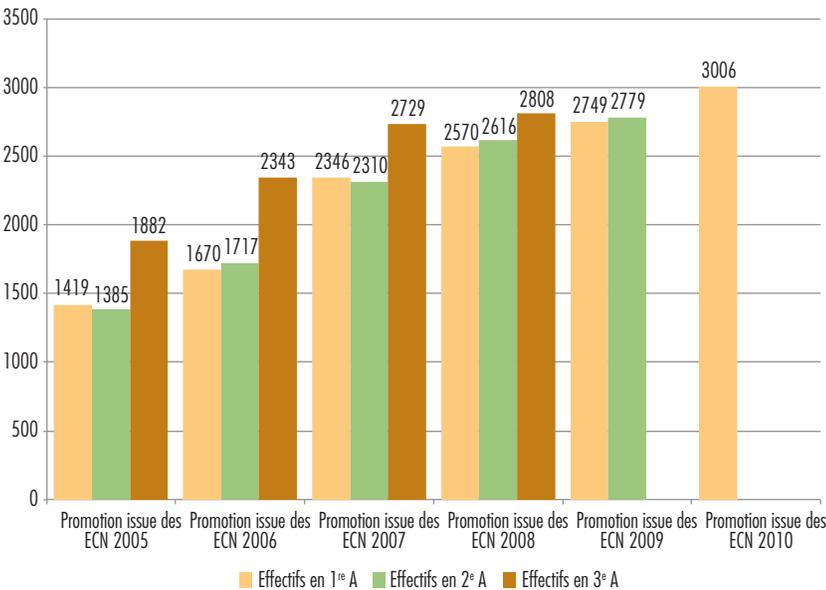
Une très forte progression des promotions d'internes de médecine générale en cours de formation pratique

Entre 2006 à 2010, les spécialités et filières bénéficient diversement de l'augmentation des flux d'internes, car la hausse des effectifs sur la période, qui représente 5 660 internes supplémentaires, ne s'est pas effectuée de façon homogène selon les disciplines.

En premier lieu, du fait de la priorité accordée à la médecine générale qui bénéficie de plus de 50 % des postes ouverts depuis les ECN 2007, les effectifs d'internes de médecine générale ont augmenté de 76 %. Les promotions de première année ont plus que doublé en 6 ans (112 %), passant de 1 419 à 3 006.

GRAPHIQUE 4

PAR PROMOTION, ÉVOLUTION DES EFFECTIFS D'INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE ISSUS DES ECN 2005 AUX ECN 2010



L'évolution des inscrits dans les spécialités autres que la médecine générale est nettement plus modérée. Ils n'ont augmenté globalement que de 18 %, soit 1 950 internes de plus répartis entre 30 DES.

TABLEAU 2

PAR DISCIPLINE, ÉVOLUTION DU NOMBRE D'INTERNES ENTRE 2006 ET 2010

Libellé discipline	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	Différentiel 2006-2010 en nombre absolu	Évolution relative 2006-2010	Évolution 2009-2010/2010-2011
Anesthésie - Réanimation médicale	1 313	1 354	1 350	1 379	1 459	146	11 %	5,8 %
Biologie médicale	324	292	264	254	269	-55	-17 %	5,9 %
Gynécologie médicale	60	70	78	86	99	39	65 %	15,1 %
Gynécologie obstétrique	899	855	841	802	843	-56	-6 %	5,1 %
Médecine générale	4 883	5 945	7 201	8 094	8 593	3 710	76 %	6,2 %
Médecine du travail	239	243	234	235	272	33	14 %	15,7 %
Pédiatrie	914	904	894	944	1 016	102	11 %	7,6 %
Psychiatrie	1 158	1 249	1 283	1 345	1 439	281	24 %	7,0 %
Santé publique	252	259	237	249	266	14	6 %	6,8 %
Total spécialités filiarisées hors médecine générale	5 159	5 226	5 181	5 294	5 663	504	10 %	7,0 %
Spécialités médicales	3 581	3 819	3 925	3 983	4 390	809	23 %	10,2 %
Spécialités chirurgicales	2 099	2 497	2 645	2 761	2 736	637	30 %	-0,9 %
Ensemble des disciplines hors médecine générale	10 839	11 542	11 751	12 038	12 789	1 950	18 %	6,2 %
Ensemble des disciplines	15 722	17 487	18 952	20 132	21 382	5 660	36 %	6,2 %

Sources : Enquêtes internes ONDPS 2006, 2008, 2009 et 2010 auprès des facultés de médecine.

Les différentes spécialités des trois autres grandes filières progressent selon des rythmes différents

Au sein des spécialités filiarisées, qui connaissent une croissance globale de 10 %, la gynécologie médicale augmente de façon significative (65 %), mais à partir d'effectifs de départ qui sont faibles. La psychiatrie connaît une progression constante sur la période, de sorte que la spécialité augmente ses effectifs d'inscrits de 24 % entre 2006 et 2010, soit 281 internes de plus. La médecine du travail après une stagnation de ses effectifs les voit augmenter en 2010. La pédiatrie et l'anesthésie réanimation progressent toutes deux d'environ 11 %. Par contre, on constate une diminution des internes de biologie médicale (mais ce DES est accessible aux internes de pharmacie plus nombreux) et de gynécologie obstétrique.

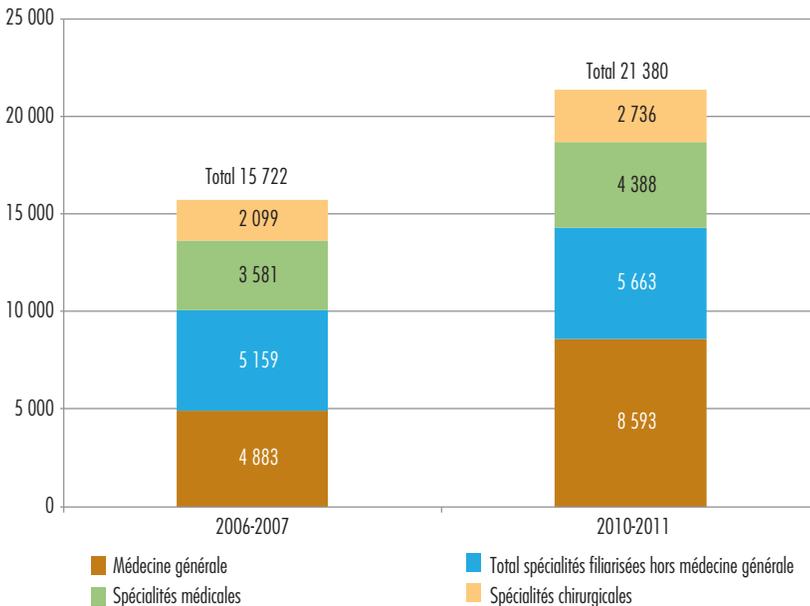
La discipline « spécialités chirurgicales » a connu une ascension marquée de ses effectifs entre 2006 et 2010 de 30 % ce qui représente 637 internes de plus. Cependant, la progression s'est faite entre 2006 et 2009 et a commencé à s'inverser entre 2010 et 2009 (-0,9 %). Cette augmentation a évidemment des conséquences sur le post-internat, 70 % des internes étant inscrits dans des spécialités qui l'incluent dans leur cursus de formation.

Les internes de la discipline « spécialités médicales » ont augmenté de 23 %, soit 807 de plus. L'évolution n'est, là aussi, pas homogène sur la période avec un mouvement contraire à celui de la chirurgie (forte inflexion ascendante entre 2009 et 2010).

Ces évolutions d'ensemble entre 2006 et 2010 sont traduites dans le graphique 5 ci-dessous qui illustre l'effort d'adaptation exigé de l'appareil de formation, en particulier en médecine générale, et explique les fortes tensions qui se manifestent localement en termes de capacités de stage.

GRAPHIQUE 5

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES DISCIPLINES ENTRE 2006 ET 2010



Les commentaires de ces évolutions appellent deux précisions préalables :

- d'une part, les effectifs observés concernent des promotions ayant connu un *numerus clausus* nettement plus faible que celui qui prévaut à l'heure actuelle. Ainsi, les internes inscrits en première année en 2010-2011 sont issus d'un nc de 6 200, ceux de 3^e année, d'un nc à 5 100. Étant donné son niveau actuel (7 400 depuis 2008), les changements numériques décrits se situent au début de la courbe de croissance attendue des effectifs d'internes.
- D'autre part, au sein des disciplines « spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales », les inscrits dans les différents DES ne sont connus qu'à partir de la troisième année. Compte tenu par ailleurs de la durée variable des DES, pour les spécialités médicales, les analyses comparatives de l'évolution des DES ne peuvent s'effectuer que sur les seuls inscrits en 3^e année.

Entre 2005 et 2008, les postes ouverts aux ECN en spécialités médicales avaient légèrement augmenté passant de 760 à 885 (16 %), alors qu'ils étaient restés stables à 550 en chirurgie (après une hausse de 45 % entre 2004 et 2005). En parallèle, les inscriptions en 3^e année ont augmenté globalement de 10 % pour les spécialités médicales, alors qu'elles ont diminué de 10 % en chirurgie. Cependant, ces évolutions sont contrastées selon les DES⁵.

TABEAU 3

NOMBRE D'INTERNES EN 3^e ANNÉE PAR SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES, DE 2007-2008 À 2010-2011

Intitulé du DES	Année universitaire d'inscription				Écart 2010/2007 en %
	2007 2008**	2008 2009**	2009 2010	2010 2011	
<i>Inscrits en 3^e année de DES</i>	849 **	840 **	894	930	10%
Anatomie et cytologie pathologique	25	33	26	32	28%
Cardiologie et maladies vasculaires*	140	124	123	143	2%
Dermatologie et vénéréologie	55	60	63	66	20%
Endocrinologie et métabolisme	46	47	42	42	-9%
Gastro-entérologie et hépatologie	66	55	80	76	15%
Génétique médicale	3	5	5	4	33%
Hématologie	26	24	45	32	23%
Médecine interne	53	50	58	78	47%
Médecine nucléaire	21	27	25	24	14%
Médecine physique et de réadaptation	19	20	18	21	11%
Néphrologie	38	39	59	60	58%
Neurologie	71	57	55	66	-7%
Oncologie	54	59	52	46	-15%
Pneumologie	47	53	51	57	21%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	118	127	150	138	17%
Rhumatologie	40	32	42	45	13%
<i>Inscrits en 3^e année de DES</i>	571 **	551 **	533	512	-10%
Chirurgie générale	361	347	360	348	-4%
Neurochirurgie	22	19	21	24	9%
Ophthalmologie	101	91	88	85	-16%
ORL	66	74	62	50	-24%
Stomatologie	0	0	2	5	

Sources : Enquête internes ONDPS 2007, 2008, 2009, 2010.

* En 2006, existait un DES de pathologie cardiovasculaire distinct supprimé ensuite, dont les effectifs ont été cumulés avec la cardiologie.

** Dans la région Centre, en 2007 et 2008, les inscriptions des internes de 3^e année de spec. méd. et chir. n'ont pas été détaillées par DES, mais elles ont été intégrées dans le total.

5. L'analyse ne concerne que les DES dont l'effectif est supérieur à 30.

L'ensemble des DES des spécialités médicales qui ont vu les flux de nouveaux inscrits diminuer ou au mieux stagner sur l'intervalle, sont l'oncologie, la neurologie, l'endocrinologie et la cardiologie. À l'inverse, la néphrologie, la médecine interne, la dermatologie, la pneumologie et la radiologie, ont enregistré en proportion plus de nouveaux inscrits que l'ensemble.

Au sein des spécialités chirurgicales, les effectifs d'interne en ophtalmologie et ORL ont plus diminué en pourcentage que ceux de chirurgie générale.

Pour les promotions antérieures aux ECN 2010, la répartition entre les DES va continuer à dépendre du choix des internes et du nombre de postes offerts lors des répartitions semestrielles dans les différentes régions. En revanche, à partir de 2012-2013, la « filiarisation », qui permet une régulation DES par DES, devrait commencer à produire ses effets sur les nouveaux inscrits en 3^e année.

La filiarisation permet une régulation plus adaptée des flux de spécialistes

Les arrêtés pluriannuels font l'objet chaque année d'un réexamen, qui permet d'introduire des inflexions à la hausse ou à la baisse. Généralement marginales, les inflexions sont cependant intéressantes à observer dans la mesure où elles s'appuient sur un approfondissement du diagnostic démographique à partir d'une approche plus fine des besoins. Elles traduisent également les effets des réorganisations de l'offre de soins ou des adaptations des capacités de stages et d'encadrement.

On peut d'ores et déjà comparer la part qu'occupe chaque DES au sein de sa discipline dans les deux arrêtés quinquennaux déterminants le nombre d'internes à former par spécialité, à celle qu'il occupait en moyenne parmi les inscrits en 3^e année, sur la période 2007 à 2010. Cette confrontation met en lumière de premières inflexions déjà sensibles.

Ainsi, au sein des « spécialités médicales », les DES dont la part augmente de façon significative (supérieure à 20 %) par rapport à la répartition observée jusqu'ici, sont la génétique médicale (1,4 % au lieu de 0,5 %), la médecine physique et réadaptation (5,7 % au lieu de 2,2 %), l'oncologie (8,4 % au lieu de 6 %), l'anatomocytopathologie, enfin la rhumatologie.

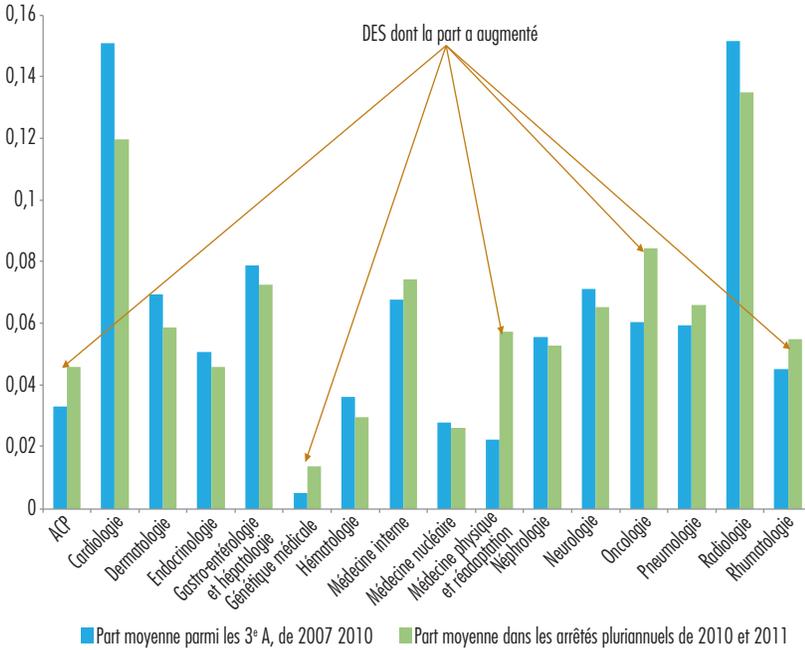
À l'inverse, la cardiologie, la dermatologie puis le radiodiagnostic diminuent en proportion (de 20 % au plus).

Au sein de la discipline « spécialités chirurgicales », les inflexions sont peu marquées, sauf pour la chirurgie orale qui remplace la stomatologie (1,6 % au lieu de 0,3 %) mais les effectifs sont assez faibles. On note également la tendance à renforcer légèrement l'ORL et l'ophtalmologie au détriment de la chirurgie générale.

En outre, les évolutions portées par les arrêtés infléchissent la baisse progressive du nombre des internes observée entre 2007 et 2011 en oncologie, ophtalmologie et ORL.

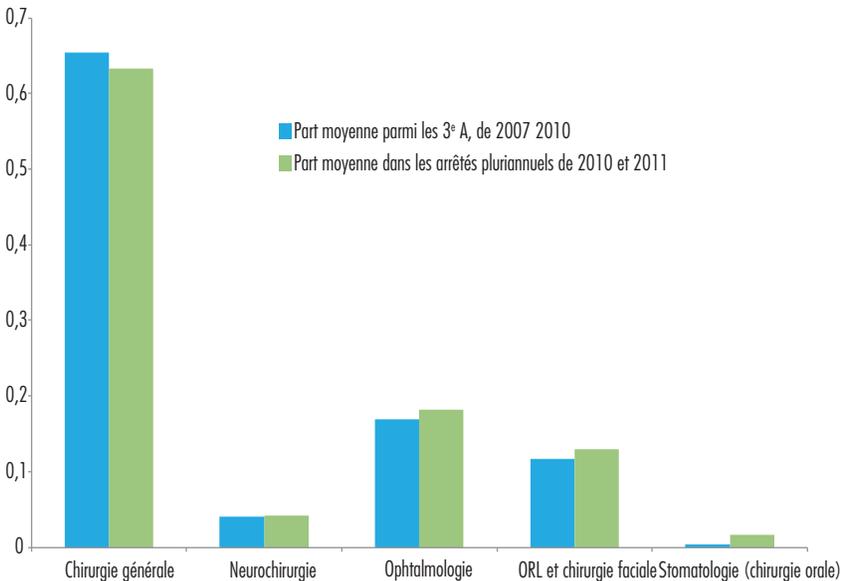
GRAPHIQUE 6

COMPARAISON DE LA PART DES DES MÉDICAUX OBSERVÉE DE 2007 À 2010 AVEC CELLE DES ARRÊTÉS DE JUILLET 2010 ET 2011



GRAPHIQUE 7

COMPARAISON DE LA PART DES DES CHIRURGICAUX OBSERVÉE DE 2007 À 2010 AVEC CELLE RELEVANT DES ARRÊTÉS DE 2010 ET 2011



Les inflexions régionales

La hausse du nombre de postes ouverts dans les spécialités autres que la médecine générale détaillée précédemment ne concerne pas toutes les subdivisions avec la même ampleur. Les plus petites régions ont tendance à marquer une pause du fait notamment de leurs capacités plus limitées de formation. Le plus souvent les plus fortes inflexions émanent de quelques régions confrontées de façon assez systématique à un vieillissement plus accentué de leurs effectifs et disposant, par ailleurs, de capacités de stage permettant d'absorber sur la période un effectif sensiblement plus important d'internes dans ces spécialités.

L'augmentation du nombre de postes en psychiatrie par exemple, s'effectue dans 12 régions, dont 5 connaissent une hausse marquée : Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Île-de-France, Haute-Normandie. Un vieillissement des effectifs, le départ important des praticiens hospitaliers (PH) dans les prochaines années, l'ouverture de terrains de stages dans les établissements périphériques sont les principaux arguments qui permettent ces évolutions. Au contraire des autres DES, la psychiatrie ne paraît pas affectée pour le moment par la saturation de ses capacités de stage, du fait certainement du nombre important de services hospitaliers qu'offre cette spécialité.

Pour la médecine interne, l'augmentation de 48 postes est portée par 8 régions, et en particulier l'Île-de-France et Rhône-Alpes. Du fait de l'existence d'une pluralité de CHU, ces régions disposent des capacités de formation les plus développées pour cette spécialité. Par ailleurs, ce DES ouvrant la voie à deux DESC qualifiant de type 2, gériatrie et réanimation médicale, leurs besoins propres sont pris en compte, au travers de cette hausse.

La filiarisation pourrait être porteuse d'une mobilité plus forte des étudiants

La filiarisation, qui ouvre désormais une palette de choix plus large, est susceptible d'entraîner une mobilité croissante des étudiants au moment des ECN. Cette mobilité doit être prise en compte, car elle pourrait contrecarrer les objectifs de régulation qui s'appuient sur les lieux de formation, avec l'hypothèse implicite que l'accroissement local des postes de formation entraîne celui des médecins. Si les postes ouverts ici sont finalement occupés par des candidats qui viennent d'ailleurs, ce raisonnement rencontre des limites, dont il est important de prendre la mesure.

La question se pose avec une acuité particulière pour la médecine générale, spécialité pour laquelle la mobilité ne peut être le fait d'une insuffisance de l'offre de postes, un nombre important restant vacant chaque année. De plus, les choix d'exercice en premier recours de cette spécialité sont généralement présentés comme très dépendants des expériences des stages et des territoires dans lesquels ils s'effectuent en secteur ambulatoire.

■ ■ Lors des dernières ECN 51,6 % des candidats ont changé de subdivision, soit contraints, soit volontairement

Les postes de spécialités chirurgicales génèrent la mobilité la plus forte (63 %) contre 57,8 % pour les spécialités médicales. Toutefois, la mobilité contrainte⁶ est un peu plus élevée au sein des spécialités médicales (38,5 contre 35,4 %).

La médecine générale est associée à une moindre mobilité (42,6 %) et la part de mobilité volontaire y est plus forte (55,3 %). Des candidats changent de subdivision pour effectuer un DES de MG sans y être contraints. Ce comportement pourrait contre-carrer partiellement les objectifs de renforcement de la démographie des généralistes, appuyés par l'affectation d'un nombre plus important de postes d'IMG, dans les régions à plus faible densité médicale.

Pour vérifier l'existence et l'ampleur locale de cette mobilité, on peut observer les comportements de mobilité des candidats par rapport à leur subdivision d'origine (DCEM4), à partir du nombre de candidats issus de la subdivision qui y choisissent un poste. Cet examen porte d'abord sur l'ensemble des DES, puis pour le DES de MG.

■ ■ La part des DCEM4 qui restent dans leur subdivision pour effectuer leur internat est très variable

Au niveau national 49 % des candidats prennent un poste d'interne dans la subdivision où ils ont effectué leurs deux premiers cycles d'études. Ce pourcentage varie de 31 % à Tours à 74 % à Nancy. Il permet d'apprécier l'attractivité d'une subdivision pour les candidats qui y ont effectué leur deuxième cycle.

Il convient de tenir compte des possibilités de choix moindres dans les subdivisions qui offrent un nombre de postes aux ECN inférieur aux effectifs de candidats locaux. Toutefois, en Île-de-France, Nice et Marseille qui se trouvent dans ce cas de figure, le pourcentage se situe à 50 % ou un peu plus. Une offre de postes inférieure au *numerus clausus* ne semble pas induire une mobilité supérieure pour les candidats locaux. À l'inverse, un nombre supérieur de postes par rapport aux candidats issus de la subdivision n'induit pas systématiquement des comportements plus sédentaires, comme l'illustrent les exemples de Tours, Dijon et Nancy, « sur dotées » aux ECN par rapport à leur *numerus clausus* qui enregistrent des scores très contrastés (31 % restent à Tours, 41 % à Dijon et 74 % à Nancy).

6. Une mobilité est dite contrainte quand aucun poste n'existe localement dans la spécialité choisie par le candidat. Elle est, à l'inverse, dite volontaire quand il existe localement un poste qui pouvait être pris par le candidat dans la spécialité qu'il a choisie.

■ ■ La part des candidats locaux parmi les affectés est aussi très variable

Au niveau national, 48% des affectés dans une subdivision y avaient effectué leur deuxième cycle. Ce pourcentage varie de 30,4% à Nantes à 78,7% en Île-de-France. Il permet d'apprécier dans quelle mesure l'offre de postes dans une subdivision permet la rétention des candidats qui en sont issus.

La diversité de l'offre des postes ouverts peut expliquer la plus grande sédentarité des internes. Par exemple, ils sont sans doute moins contraints en Île-de-France qu'à Nantes.

Dans les régions qui comptent plusieurs subdivisions, il convient aussi de s'intéresser à la mobilité régionale, sans en rester à la seule subdivision. Ainsi, 40% des DCEM4 de Nantes choisissent un poste à Angers et Rennes. Pour l'essentiel, les subdivisions exportatrices le sont en direction de subdivision (ou région) de « proximité » (Dijon vers Besançon et Lyon, Lyon vers Dijon, Grenoble et Saint-Étienne, Rennes vers Angers et Brest, etc.). La subdivision qui s'éloigne de ces deux schémas est Montpellier, qui ne conserve que 34% de ses DCEM4, et qui exporte un pourcentage équivalent à Paris et Marseille, puis Clermont, Toulouse et Lille.

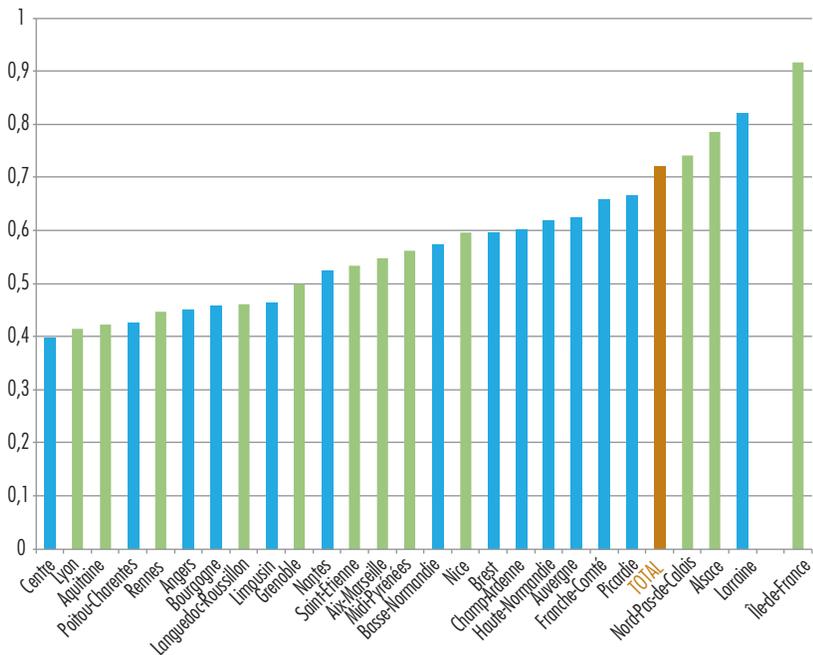
■ ■ La mobilité des internes en médecine générale, *a priori* moins soumise à la contrainte, est parfois très élevée et sans relation avec l'offre locale de postes

Au niveau national, 72% des candidats ayant choisi le DES de médecine générale sont restés dans leur subdivision d'origine. Ce pourcentage varie de 40% à Tours à 90% en Île-de-France. Tours et Dijon, qui connaissent une vacance récurrente de postes, sont en même temps très exportatrices d'IMG.

La vacance de postes semble donc relever de processus divers. En Lorraine et Picardie, elle pourrait correspondre à une certaine saturation de l'offre locale, puisqu'un fort pourcentage des DCEM4 qui choisissent ce DES prennent un poste dans la région. Dans le Centre et en Bourgogne, où un grand nombre de candidats choisissant ce DES effectuent ailleurs leur internat, cette explication est peu valide (*cf.* graphique 8).

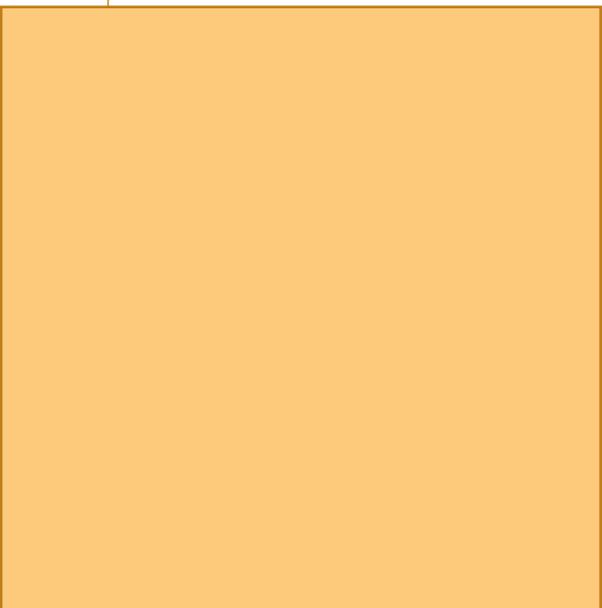
GRAPHIQUE 8

PART D'AFFECTÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE ISSUS DE LA SUBDIVISION



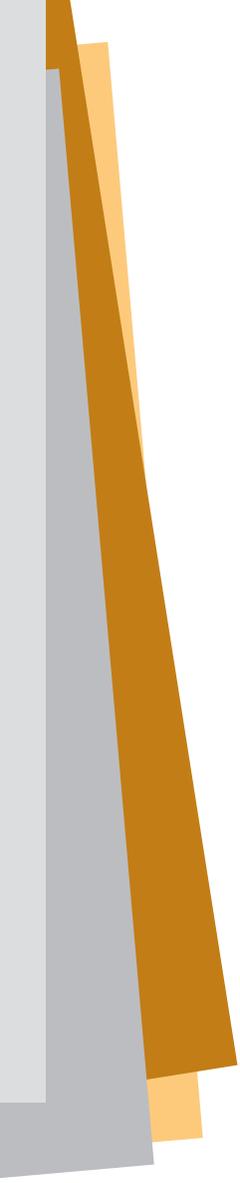
Lecture : Les subdivisions connaissant des vacances de postes d'IMG figurent en bleu sur le graphique.

LES SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS



ADELI	Automatisation des listes des professions de santé
AHU	Assistants hospitalo-universitaires
AMO	Code appliqué aux actes pratiqués par un orthophoniste
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCA	Chef de clinique assistant
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNG	Centre national de gestion
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DCEM4	Quatrième année du deuxième cycle des études médicales
DES	Diplôme d'étude spécialisées
DESC	Diplôme d'étude spécialisée complémentaire
DOM	Départements d'outre-mer
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	Diplôme universitaire
ECN	Examen classant national
EHESP	École des hautes études de santé publique (Ex-ENSP, École nationale de santé publique)
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ETP	Équivalent temps plein
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FNEO	Fédération nationale des étudiants en orthophonie
FNO	Fédération nationale des orthophonistes
FNSIP	Fédération nationale des syndicats d'internes en pharmacie
FOF	Fédération des orthophonistes de France
HAS	Haute autorité de santé (ex-ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)
HPST	Loi Hôpital, patients, santé et territoires
IADE	Infirmiers anesthésistes diplômés d'État
IBODE	Infirmiers de blocs opératoires diplômés d'État
IDE	Infirmier diplômé d'État
IMG	Interne de médecine générale
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPR	DES d'innovation pharmaceutique et recherche

IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé (ex-CREDES, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé)
LABM	Laboratoires de biologie médicale
LMD	Licence-master-doctorat
MCU-PH	Maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MG	Médecine générale
MPR	Médecine physique et de réadaptation
NC	<i>Numerus clausus</i>
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PACES	Première année commune des études de santé
PHAR	logiciel base de données de gestion de pharmacie d'officine
PH	Praticien hospitalier
PHU	Praticien hospitalier universitaire
PMI	Protection maternelle infantile
PU	Praticiens universitaires
PU-PH	Praticiens universitaires-praticiens hospitaliers
PUI	Pharmacies à usage intérieur
RASED	Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SOFMER	Société française de médecine physique et de réadaptation
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
SYFMER	Syndicat français de médecine physique et de réadaptation
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
UE	Union européenne
UFR	Unité de formation et de recherche
UNADREO	Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie



Ce troisième tome du rapport 2010-2011 *Des professions de santé en évolution* présente l'état des lieux des pharmaciens en activité et en formation. Ce diagnostic constitue le socle des propositions de l'Observatoire sur la répartition des effectifs des étudiants en pharmacie à former entre 2012 et 2016. Ce rapport comporte également les résultats d'une étude consacrée aux effectifs d'orthophonistes et à l'exercice de ce métier. Les caractéristiques actuelles les plus marquantes de l'évolution des étudiants en médecine y sont rassemblées.

Ce cinquième rapport de l'ONDPS rend compte du travail accompli au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux. Il a donné lieu à deux précédentes publications.

Le tome 1, *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, rassemble les propositions formulées par l'ONDPS concernant la répartition des effectifs d'internes en médecine entre 2010 et 2014. La présentation par région fait état des évolutions et des perspectives de la démographie étudiante et médicale.

Le tome 2, *Les métiers liés au cancer leur répartition et ses déterminants* est issu d'un travail mené en partenariat avec l'Institut national du Cancer (Inca). La situation démographique des trois spécialités médicales centralement impliquées dans la prise en charge du cancer est réalisée à la lumière de l'observation des comportements des jeunes générations et des leviers d'action déjà mis en œuvre.

ONDPS

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 89 36

ONDPS © 2012
DICOM : 12-016
ISBN : 978-2-11-097355-9
Imprimé en France