

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

Date du Jury : **Mars 2002**

LA PLANIFICATION
DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES :
Etude sur l'évaluation des besoins en formation

MALINGUE Fanny

Sommaire

Introduction	4
Méthodologie	6
1 - UNE PLANIFICATION IMPERATIVE QUI S'EXERCE PAR LE MECANISME DE QUOTA D'ENTREE	8
1.1 Champ d'application	8
1.1.1 Les fondements juridiques	8
1.1.2 Les professions concernées	8
1.2 La mise en œuvre	9
1.2.1 Une planification triennale avec révision annuelle.....	9
1.2.2 Ses incidences	10
2 - UNE PLANIFICATION EN QUETE DE METHODOLOGIE	11
2.1 Un défaut de methodologie en matière d'évaluation des besoins	11
2.1.1 Elaborer une méthode d'évaluation des besoins : une gageure ?.....	11
2.1.1.1 <i>Identifier le besoin</i>	11
2.1.1.2 <i>Recenser n'est pas évaluer</i>	12
2.1.2 Les normes de référence : un appui limité	13
2.1.2.1 <i>Les références de bonne pratique</i>	13
2.1.2.2 <i>Les normes de fonctionnement</i>	14
2.1.3 Les insuffisances de la technique actuelle	15
2.1.3.1 <i>La méthode de la circulaire de 1990</i>	15
2.1.3.2 <i>Ses limites</i>	15
2.2 La dispersion de l'information	16
2.2.1 Une information éclatée	16
2.2.1.1 <i>De la multiplicité des lieux d'exercice</i>	16
2.2.1.2 <i>...à la pluralité des sources d'information</i>	17
2.2.2 Un recours limité aux outils traditionnels de planification	19
2.2.2.1 <i>L'absence d'outil de planification propre</i>	19
2.2.2.2 <i>Le personnel, le grand absent de la planification sanitaire et médico-sociale</i>	20
2.2.3 Un manque de lisibilité de l'information.....	20
2.2.3.1 <i>La difficile traduction en terme de personnel</i>	20
2.2.3.2 <i>Associer davantage les professionnels : une solution ?</i>	21

2.3	Des contraintes pesantes	22
2.3.1	Des contraintes internes	23
2.3.1.1	<i>Assurer les effets des décisions de quotas.....</i>	23
2.3.1.2	<i>Assurer la cohérence des actions des services déconcentrés.....</i>	24
2.3.2	Des contraintes externes	25
2.3.2.1	<i>Prendre en compte la mobilité et le flux des diplômés</i>	25
2.3.2.2	<i>Composer avec l'intérêt porté aux études et aux métiers paramédicaux</i>	26
2.3.3	Des contraintes inhérentes au mécanisme de quota	27
2.3.3.1	<i>Un manque de souplesse.....</i>	27
2.3.3.2	<i>Une marge de manœuvre réduite.....</i>	28
3	- PROPOSITIONS PROFESSIONNELLES	30
3.1	Grille d'analyse du marché de l'emploi.....	30
3.1.1	Objectifs	30
3.1.2	Présentation de la grille d'analyse	30
3.1.3	Limites.....	32
3.2	Construction d'un rapport standard	32
3.2.1	Objectifs	32
3.2.2	Présentation du rapport standard	32
3.2.3	Limites.....	36
3.3	La procédure de concertation.....	36
3.3.1	Objectifs	36
3.3.2	Organisation de la consultation.....	36
3.3.2.1	<i>Créer une cellule de travail interne</i>	37
3.3.2.2	<i>Organiser une conférence régionale des professions paramédicales.....</i>	37
3.3.2.3	<i>Mettre en place des groupes-experts</i>	37
3.3.3	Limites.....	38
3.4	Le calendrier de travail.....	39
3.4.1	Objectif	39
3.4.2	Proposition d'échéancier	40
3.4.3	Limites.....	41
	Conclusion	42
	Bibliographie	45
	Liste des annexes.....	47

Liste des sigles utilisés

ADELI	Automatisation des listes
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARPE	Agence Régionale Pour l'Emploi
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CSP	Code de la Santé Publique
CTRI	Comité Technique Régional et Interdépartemental
CTSI	Conseillère Technique en Soins Infirmiers
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FFP	Fédération Française des Psychomotriciens
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération Hospitalière Privée
FNI	Fédération Nationale des Infirmières
FNO	Fédération Nationale des Orthophonistes
IASS	Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IME	Institut Médico-Educatif
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
POSU	Pôle Spécialisé d'accueil des Urgences
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SATU	Service d'Accueil et de Traitement des Urgences
SNMKR	Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

INTRODUCTION

Ce mémoire est le fruit d'une étude menée sur la planification des professions paramédicales, à partir de la pratique de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord Pas de Calais, lieu de mon stage d'exercice professionnel. Malgré la dimension des enjeux qu'il comporte, ce thème n'a pas été, ces dernières années, très porteur en matière d'études et d'analyses. Ce relatif manque d'intérêt se traduit de manière sensible chez les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales dans la mesure où ce service fait généralement peu l'objet de leurs convoitises.

Derrière cette recherche sur les insuffisances de la planification que l'actualité met en lumière (2), se cache donc aussi la volonté de contribuer un tant soit peu à la « réhabilitation » de ce service (1), au sein duquel l'IASS est amené à jouer pleinement son rôle de professionnel de l'action sanitaire.

1) *Un regard neuf sur le « service des concours »*

Du service des concours au service de planification et de gestion des professions paramédicales : ce changement de dénomination n'a rien d'anodin. Outre en finir avec l'aspect réducteur et stigmatisant de l'appellation « concours », cette mutation participe de la double volonté de légitimer, d'une part, l'action de la DRASS en matière d'organisation des épreuves de sélection (ce qui, aux yeux de certains, relève davantage d'un rectorat) et, d'autre part, d'insérer cette mission dans un tout cohérent : celui de la planification sanitaire et médico-sociale.

Ce changement de nom donne aussi du sens à celle qui reste encore aujourd'hui le parent pauvre de la planification. Cette dernière est, en effet, souvent synonyme de gestion des équipements et des services alors même que le personnel est, au même titre que les deux précédents, un « moyen » indispensable de fonctionnement. L'actualité n'a de cesse d'en faire la preuve.

2) *Planifier les professions paramédicales : une thématique d'actualité*

L'augmentation brutale des quotas dans les écoles de formation, la création de 45 000 emplois pour la mise en place des 35 heures dans les hôpitaux, la signature d'accords en vue du recrutement de professionnels étrangers, une campagne pour le retour à l'emploi des infirmières ayant cessé leur activité... Les mesures prises par le Ministère de l'Emploi et de la

Solidarité concernant les professionnels paramédicaux occupent, de façon récurrente depuis quelques mois, le devant de la scène médiatique. Etant donné la place primordiale accordée à la santé, le malaise des professionnels auquel il faut faire face inquiète...et interroge. N'appartenait-il pas, en effet, au Ministère d'anticiper ces besoins ?

Ce dernier a récemment reconnu le défaut de prospective en ce domaine. Jean Dubeaupuis, directeur adjoint de la DHOS, concédait le 17 septembre dernier que « l'augmentation des capacités de formation aurait mérité d'être mise en œuvre quelques années auparavant ».

Or, sur cette lacune temporelle, se greffe une difficulté d'ordre juridique : l'annulation ou la suspension par le Conseil d'Etat pour la troisième année consécutive de l'arrêté du Ministère fixant les quotas d'entrée dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie au motif que celui-ci est entaché d'erreur de droit. Cette censure achève de pointer du doigt les insuffisances de la planification des professions paramédicales.

Le présent mémoire a pour objet de déterminer les causes de ces carences et d'en tirer quelques propositions d'amélioration. Pourquoi les documents actuellement réalisés par la DRASS ne permettent-ils pas d'avoir une vue prévisionnelle des besoins en formation ? Telle est la question à laquelle il s'efforcera de répondre, en expliquant que cette planification, bien qu'impérative (première partie), n'en reste pas moins en quête de méthodologie globale (deuxième partie).

METHODOLOGIE

Cet avant-propos a pour objectif de présenter brièvement le cadre d'élaboration du mémoire, son objet d'étude ainsi que la méthodologie employée.

1) *Objet du mémoire*

Ce travail a été intitulé « planification des professions paramédicales ». Cependant il n'était pas concrètement faisable de s'intéresser à l'ensemble de la sphère paramédicale dans la mesure où, suivant la définition qui en est donnée, cette dernière englobe de 10 à 26 métiers. Dès lors il est apparu nécessaire de cibler l'analyse.

Le choix s'est imposé de lui-même, à partir de l'organisation du stage. La période de septembre à décembre permettait, en effet, de suivre la procédure d'élaboration des rapports pour la fixation des quotas de quatre professions. L'objet d'étude de ce mémoire est donc centré sur les professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste et de psychomotricien.

2) *Méthodologie*

Etant donné le peu d'écrits produits sur ce thème, l'étude a été en grande partie nourrie des investigations de terrain.

Celles-ci se sont articulées autour de trois axes de recherche :

- *Appréhender les pratiques professionnelles des services de planification des professions paramédicales*

Pour ce faire, une observation directe a été menée pendant toute la durée du stage professionnel à la DRASS Nord Pas de Calais. Celle-ci s'est concrétisée par la consultation des rapports rédigés les années précédentes, des entretiens avec l'inspecteur principal en charge du dossier ainsi que la réalisation, dans le cadre de l'exercice professionnel, des rapports pour la fixation des quotas régionaux d'admission dans les écoles en 2002.

Afin d'avoir une vue globale des pratiques des services déconcentrés, une enquête par voie de questionnaire a été lancée auprès des autres DRASS métropolitaines. Malheureusement, le faible taux de réponse ne permet pas son exploitation.

- *Connaître les outils d'information à disposition du service de planification*

Il s'agissait ici de cerner deux types d'outils : les informations statistiques et les documents de planification.

En matière de statistique, la connaissance des possibilités offertes par cette source d'information a été rendue possible par la réalisation d'entretiens avec les agents du service régional des statistiques et avec les gestionnaires départementaux du fichier ADELI ainsi que la consultation des études DREES.

Quant à l'étude de l'incidence de la planification sanitaire et médico-sociale, elle s'est concrétisée par la consultation de documents de planification régionaux et départementaux et par des discussions avec différents inspecteurs intervenant dans l'élaboration de ces documents.

- *Appréhender la perception des acteurs extérieurs*

La position de stagiaire permet d'aller observer et interroger, avec davantage de neutralité, les partenaires de la DRASS sur cette thématique. L'opinion des intervenants extérieurs (directeurs d'établissements de formation, de soins, représentants des professionnels...) a été sollicitée à plusieurs reprises : lors de la consultation des partenaires pour l'élaboration des rapports de quotas ou lors du stage hospitalier au cours duquel ont été organisés des entretiens avec, notamment, un directeur des formations paramédicales et un directeur des soins infirmiers.

Ce travail est donc l'aboutissement d'une réflexion alimentée par tous ceux qui ont accepté de consacrer un peu de leur temps à me recevoir et à débattre. Je les remercie pour leur précieuse collaboration.

1 - UNE PLANIFICATION IMPERATIVE QUI S'EXERCE PAR LE MECANISME DE QUOTA D'ENTREE

1.1 CHAMP D'APPLICATION

1.1.1 Les fondements juridiques

L'article 4381-1 du Code de la Santé Publique, issu de l'article 13 de la loi du 12 juillet 1980, prévoit que « le nombre d'étudiants ou d'élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou autres titres exigés pour l'exercice des professions d'auxiliaires médicaux peut être fixé chaque année compte tenu des besoins de la population et de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques, dans les conditions et selon les modalités déterminées pour chaque profession par décret en Conseil d'Etat, après consultation de la commission compétente du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales ».

L'application de cet article se traduit par la fixation annuelle de quotas d'entrée dans les écoles et instituts de formation paramédicaux, équivalents du numerus clausus encadrant l'accès aux études de médecine.

Cet article ne précise pas, en revanche, les professions concernées. En réalité, bien que l'accès à l'ensemble des professions paramédicales soit réglementé par le biais des agréments des capacités d'accueil, seules quelques unes sont véritablement sujettes à la fixation de quotas.

1.1.2 Les professions concernées

Globalement entrent dans le champ d'application de cette mesure les professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste, de psychomotricien ainsi que les infirmiers spécialisés (infirmier-anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, puéricultrice et cadre de santé). Compte tenu des raisons invoquées dans l'avant-propos méthodologique,

l'étude se bornera aux quatre premières professions. Cependant la quasi-totalité de l'analyse est également applicable aux infirmières spécialisées.

Pour mieux appréhender le contexte de travail, il convient de dresser un succinct état des lieux de ces quatre professions dans la région Nord Pas de Calais :

	Nombre de professionnels en activité		Nombre d'étudiants		Nombre d'écoles	
	Région	% de l'effectif national	Région	% de l'effectif national	Région	France
Infirmier	21 794	5,5%	4 781	9,4%	23	333
Masseur-kiné	3 442	6,4%	453	9,2%	3	35
Psychomotricien	371	9,1%	122	13%	1	6
Orthophoniste	957	7,2%	240		1	

Source : ADELI 2001 et DRASS

Et de l'évolution des quotas ces cinq dernières années :

	1997	1998	1999	2000	2001
Infirmier	1 437	1 580	1 660	2 400	2 370
Masseur-kiné	147	144	139	139	157
Psychomotricien	36	40	40	41	44
Orthophoniste	80	80	80	85	89

1.2 LA MISE EN ŒUVRE

1.2.1 Une planification triennale avec révision annuelle

La planification des professions paramédicales relève de la compétence du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité. Il appartient aux DRASS d'élaborer des propositions de quotas régionaux, argumentées dans des rapports distincts pour chacune des professions concernées. Ceux-ci sont examinés par la section compétente du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales, instance consultative créée en 1973 et placée auprès du Ministre. Ce dernier, après avoir reçu l'avis du Conseil Supérieur, fixe par arrêté le quota national ainsi que sa déclinaison par région.

Il est à noter que, conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat (CE, 18 décembre 1987, Syndicat National des Directeurs d'Instituts de formation en masso-kinésithérapie), le

ministre n'est en rien lié par les propositions des services déconcentrés. Par la suite, il incombe à chaque préfet de région de prendre un arrêté de répartition par école.

Avant 1986, les rapports rédigés par les services déconcentrés étaient élaborés chaque année avec une vue prospective sur cinq ans. Compte tenu de la charge de travail induite et de l'intérêt limité d'une planification annuelle, la circulaire du 25 août 1986 modifie la procédure : elle prévoit la rédaction de rapports triennaux avec mise à jour annuelle. C'est pourquoi les DRASS doivent continuer de mener annuellement une analyse de l'offre et des besoins de manière à permettre une adaptation constante de l'appareil de formation aux évolutions démographiques et professionnelles.

1.2.2 Ses incidences

Bien que la situation de pénurie touche la plupart des professionnels paramédicaux de l'Europe du Nord Ouest (Royaume-Uni, Allemagne, Benelux...), la France est le seul pays à recourir au mécanisme de quota. Ce dernier confère à la planification un caractère particulièrement impératif. Il ne s'agit pas d'une mesure incitative ou restrictive telle que peuvent l'être les fourchettes au sein desquelles doivent se situer les indices de carte sanitaire.

Le quota, à la différence de la notion de capacité d'accueil, ne laisse aucune marge de manœuvre aux instituts de formation, qu'ils soient publics ou privés. Il détermine de façon stricte le nombre d'étudiants que ceux-ci doivent accueillir, ce qui n'est pas sans susciter des mécontentements lorsque le quota est inférieur à la capacité d'accueil fixé par l'agrément.

Sans remettre en cause cette prérogative de l'Etat, légitimée par sa position de tutelle à l'égard des établissements de formation en santé, il est tout de même à noter que pour que sa politique soit crédible et acceptable, il est nécessaire que la planification soit efficace. Or force est de constater qu'en ce domaine, les services déconcentrés eux-mêmes reconnaissent l'absence de cadre, de méthode et d'outils adéquats.

2 - UNE PLANIFICATION EN QUETE DE METHODOLOGIE

Le service de planification des professions paramédicales de la DRASS Nord Pas de Calais élabore chaque année les rapports demandés par le Ministère ainsi que ses mises à jour. Pourtant la démarche qu'il emploie ne le satisfait pas dans la mesure où la proposition de quota résulte toujours, aux dires du service lui-même, d'une estimation approximative des besoins locaux.

Avant de proposer un quelconque axe d'amélioration, il est donc apparu nécessaire de mener une véritable étude des facteurs déterminant l'insuffisance de vue prévisionnelle de ces rapports.

Les conclusions tirées de cette analyse permettent d'isoler trois causes principales : l'absence de méthode d'évaluation des besoins (1), la dispersion de l'information (2) et le poids des contraintes (3) qui ébranlent le processus de planification.

2.1 UN DEFAT DE METHODOLOGIE EN MATIERE D'EVALUATION DES BESOINS

Face à la difficulté de construire une méthode d'évaluation des besoins (1) et à la rareté des normes de références en la matière (2), la DRASS se conforme à la technique préconisée par la circulaire ministérielle (3), bien que celle-ci ne permette pas d'établir une véritable prospective.

2.1.1 Elaborer une méthode d'évaluation des besoins : une gageure ?

2.1.1.1 Identifier le besoin

Avant même d'envisager la phase d'évaluation, la notion de besoin pose déjà question à elle seule. Le besoin de santé peut, en effet, être défini comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité. Pour évaluer le besoin de santé d'une population, il faut être capable non seulement de mesurer l'état de santé mais aussi de

définir un état de santé souhaité ce qui implique la notion de référence. Mais quelle doit être cette référence ? une moyenne observée au niveau régional ? au niveau national ? un optimum observé ? un optimum théorique ?

Pineault et Daveluy ¹ distinguent quatre types de besoin :

- le besoin normatif : celui qui est défini par rapport à une certaine norme de désirabilité ou d'optimalité
- le besoin ressenti, en référence aux perceptions des populations sur leurs problèmes de santé ou à ce qu'elles désirent comme service de santé
- le besoin exprimé, qui équivaut à une démarche de soins ou de services, au besoin ressenti qui aboutit à une démarche de recours à des services
- le besoin comparatif, défini comme le besoin d'un individu ou groupe devrait avoir puisqu'il présente les mêmes caractéristiques qu'un autre individu ou groupe pour lequel un besoin a été identifié.

Malgré ces incertitudes sur la notion, il est nécessaire de préciser la définition choisie car de celle-ci découle directement le mode d'évaluation à utiliser.

Globalement, l'on peut convenir que le besoin de santé se situe sur une échelle dont le minima est le besoin vital et le maxima le besoin de confort. Il oscille entre ces deux extrêmes en fonction de nombreux facteurs objectifs et subjectifs (notamment les facteurs sociaux et culturels).

Aussi est il loisible de conclure, comme l'ont fait Bensadon et Brechat² concernant la démographie médicale, qu'il n'est pas de densité paramédicale normative qui s'imposerait à partir d'une relation simple avec, par exemple, les données de morbidité. L'évaluation des besoins en personnels paramédicaux relève donc d'une opération bien plus complexe.

2.1.1.2 Recenser n'est pas évaluer

Cette complexité provient surtout de la nécessité de produire une évaluation concernant les années à venir. Le Conseil d'Etat a, à ce sujet, récemment souligné l'importance de la prospective ; l'évaluation ne doit pas se résumer à une simple observation de l'existant mais nécessite une projection réelle. Telle est la conclusion qu'il ressort des décisions du 15 octobre 1999, du 27 novembre 2000 et de l'ordonnance du 5 octobre 2001

¹ PINEAULT (R) et DAVELUY (C), *La planification de la santé. Concepts, Méthodes, Stratégies*. Editions Nouvelles, 1996

² BENSADON (AC) et BRECHAT (P), *Perspective de la démographie médicale*, rapport DGS, juin 2001

par lesquelles le juge administratif annule ou suspend les arrêtés ministériels et préfectoraux de fixation des quotas d'entrée en instituts de masso-kinésithérapie.

Ce dernier a, en effet, estimé que : *« pour déterminer, pour la session 1999, le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et pour procéder à la répartition des places entre les régions, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale s'est uniquement fondé sur le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité, sur la structure par âge de la profession et sur l'évolution des revenus des professionnels de ce secteur, sans rapprocher ces éléments d'indicateurs permettant d'apprécier les besoins actuels et futurs de la population française en matière de soins en masso-kinésithérapie ; qu'il a ainsi entaché sa décision d'erreur de droit »* et renchérit en 2000 en précisant que *« si le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale soutient qu'il a tenu compte d'une projection statistique à vingt ans, il ne ressort pas des pièces du dossier qu'il se soit effectivement fondé sur cet élément pour prendre les décisions attaquées »*.

Le juge insiste donc sur l'importance d'établir un véritable lien entre l'état des lieux recensé par les services, les projections et les quotas. D'où la nécessité pour la DRASS de mettre en évidence, comme le recommande la circulaire DGS 2000-551 qui tire les conclusions de la décision du 15 octobre 1999, *« le caractère actuel et prévisionnel de la demande en matière de soins paramédicaux »*.

En des termes généraux, l'on peut dire qu'évaluer les besoins en personnels paramédicaux revient à mener de front plusieurs actions : prévoir le nombre de postes laissés vacants, anticiper le nombre de postes qui vont être créés et mettre ces données en rapport avec les possibilités de l'appareil de formation. Malheureusement cette conclusion ne permet en rien de passer à une phase opérationnelle.

2.1.2 Les normes de référence : un appui limité

2.1.2.1 Les références de bonne pratique

Le rapport Brocas³ lance une piste méthodologique en affirmant que le volume de soins nécessaire pourra être connu lorsque des références de bonne pratique définiront les

³ BROCAS Anne-Marie, *L'exercice libéral des professions paramédicales*, février 1999

actes, le personnel nécessaire et le temps requis pour chaque catégorie de pathologie. Le besoin en soins paramédicaux résulterait donc du croisement de ces données avec la prévalence des pathologies dans la région.

Cette méthode n'est toutefois pas opérationnelle dans le mesure où l'équation comporte bien trop d'inconnues. Les procédures de soins normalisées ou références de bonne pratique professionnelle visent avant tout à rationaliser et à améliorer la qualité des pratiques des professionnels. Elles permettent certes de mieux appréhender la notion de besoin au plan individuel mais ne sont pas facilement exploitables au niveau régional. Leur recours est, de plus, d'un appui limité étant donné qu'elles ne concernent que quelques domaines ciblés.

2.1.2.2 Les normes de fonctionnement

Il en va de même pour les textes réglementaires structurant les services et ayant un impact sur les services soignants. Seuls quelques services sont concernés :

Service	Article CSP	Norme de personnel
Structures d'hospitalisation à temps partiel, structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire	D 712-32	Pendant les heures d'ouverture : - 1 IDE ou, pour la réadaptation fonctionnelle, 1 kiné quelle que soit la capacité autorisée et, à tout le moins, 1 pour 5 patients - 2 IDE supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.
Hospitalisation à domicile	D 712-36	1 professionnel paramédical pour 30 patients
Urgences	D 712-55 D 712-63	SAU : au moins 2 IDE 24h/24, 7j/7, 1 cadre infirmier et 1 IDE ayant une expérience dans un service de psychiatrie UPATOU : au moins 1 IDE 24h/24, 7j/7, 1 cadre infirmier, 1 IDE ayant une expérience dans un service de psychiatrie, 1 manipulateur radio 24h/24, 7j/7 POSU : au moins 2 IDE 24h/24, 7j/7 et 1 cadre infirmier
Obstétrique	D 712-86	Au moins 1 IDE la nuit
Néonatalogie	D 712-96	Service sans soins intensifs : au moins 1 IDE spécialisée en puériculture ou expérimentée en néonatalogie pour 6 nouveaux-nés Service avec soins intensifs : au moins 1 IDE spécialisée en puériculture ou expérimentée en néonatalogie pour 3 nouveaux-nés
Réanimation néonatale	D 712-101	Au moins 1 puéricultrice pour 2 nouveaux-nés

Leur généralisation aiderait sans doute à l'évaluation du nombre de personnel à former, à court terme à tout le moins. En effet, pour la périnatalité par exemple, il est possible d'évaluer les besoins hospitaliers de création de postes à court terme à partir des prévisions de recrutement formulées par les promoteurs dans les rapports soumis au CROSS.

Mais la mise au point de telles normes de fonctionnement pour tous les services n'est pas à l'ordre du jour. Aussi, faute d'outils plus performants d'évaluation des besoins, la DRASS se reporte à la méthode préconisée par la circulaire du 23 juillet 1990.

2.1.3 Les insuffisances de la technique actuelle

2.1.3.1 La méthode de la circulaire de 1990

La gestion prévisionnelle des effectifs repose sur une approche qualitative qui doit s'appuyer au départ sur la connaissance des ressources humaines disponibles (effectif, âge, ancienneté...). Elle exige la mise en place de systèmes d'information, le traitement de ces informations devant permettre d'effectuer les projections nécessaires.

Concernant les quatre professions étudiées, la circulaire de 1990 fixe la liste des éléments à recenser. Outre des indicateurs de portée générale (population, densité, causes de mortalité et de morbidité, offre de soins...), le rapport doit contenir des indicateurs spécifiques aux différentes professions regroupés sous deux thèmes :

- l'analyse de la situation professionnelle : nombre de professionnels en exercice, densité, répartition géographique, structure par âge, répartition par type d'activité, modalité d'exercice, durée de vie professionnelle, taux de chômage
- la productivité de l'appareil de formation : le rendement du concours d'entrée, taux d'échec, redoublements, taux de réussite au diplôme d'Etat.

La circulaire précise ensuite, concernant la prospective, que diverses hypothèses peuvent être formulées :

- s'il suffit de pourvoir au remplacement des départs prévisibles, il est rappelé que le taux de renouvellement d'une profession ayant une activité professionnelle pendant 37 ans et demi et une structure par âge homogène est de 3% par an
- si des besoins existent, tant dans le domaine libéral que salarié, il convient de prendre en compte les créations de postes qui sont envisagées.

2.1.3.2 Ses limites

Force est de constater que, vu le laconisme de la circulaire sur ce point, le ministère n'offre pas de cadre méthodologique de prospective.

Si ce texte permet de dresser un état des lieux relativement complet, il reste très flou sur la façon d'interpréter ces données. Ces dernières constituent certes des outils intéressants d'aide à la décision mais la complexité de la problématique rend difficile le passage des constats à l'analyse, de l'analyse à la prospective et de la prospective à la stratégie.

En outre, il faut également prendre en compte le fait que le service n'est pas toujours à même de remplir tous les items, ce qui ne facilite pas la démarche de projection.

Le service des professions paramédicales de la DRASS gère les concours et les formations mais ne possède pas de « banque de données » propre concernant les professions. La gestion des professionnels relève de la DDASS via la cellule d'enregistrement ADELI et l'exploitation des données de ce fichier incombe à l'échelon statistique régional. Or, malgré la périodicité annuelle de ces rapports, le service des professions paramédicales ne bénéficie d'aucune remontée d'information systématique. Il lui appartient, chaque année, de solliciter l'échelon statistique régional ainsi que les partenaires extérieurs (directeurs d'écoles, ANPE...) susceptibles de détenir des renseignements complémentaires, ce qui est révélateur d'une autre difficulté à laquelle se heurte la planification en ce domaine. Au défaut de méthode se greffe un problème plus large d'accès à l'information.

2.2 LA DISPERSION DE L'INFORMATION

Le recueil et le tri des informations relatives aux professions paramédicales est une étape longue et délicate dans l'élaboration des rapports de quotas. En effet, au regard de l'étendue du champ d'intervention de ces professionnels, la diversité des lieux et des modes d'exercice mène à un éparpillement des données (1) et rend plus complexe l'exploitation des outils de planification existants (2), ce qui nuit à la démarche de collecte des informations (3).

2.2.1 Une information éclatée

2.2.1.1 De la multiplicité des lieux d'exercice...

Les professionnels paramédicaux peuvent, une fois diplômés ou après trois années d'exercice pour les infirmiers, opter pour le mode d'exercice de leur choix entre le statut salarié, libéral ou mixte. L'exercice libéral pour les paramédicaux, et notamment pour les infirmières, est une particularité française car, en Allemagne tout comme au Royaume-Uni,

ils sont salariés même s'ils exercent en dehors des murs de l'hôpital. Parmi les quatre professions étudiées, les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes exercent en grande majorité en libéral (plus de 70% d'entre eux).

L'exercice salarié, fréquent chez les infirmiers et les psychomotriciens, ne constitue pas non plus une catégorie homogène puisque les professionnels peuvent exercer en secteur public ou privé. Mais ce n'est pas ce clivage qui prévaut dans l'analyse car ces deux secteurs mènent parfois la même activité (secteur hospitalier, médico-social...). Aussi distingue-t-on plus fréquemment les professionnels des services hospitaliers qu'ils soient publics, privés, PSPH ou non PSPH des autres salariés. Sous ce vocable est regroupée une grande diversité de lieux d'exercice qui relèvent aussi bien du domaine sanitaire (maisons de retraite, foyers...) et médico-social (CAMSP, CMPP, IME...) que du domaine social (PMI, crèches...) ou éducatif (lycées, collèges...)... Toute la difficulté est donc de n'omettre aucun secteur d'activité dans le décompte et l'analyse de la situation des professionnels paramédicaux.

2.2.1.2 ...à la pluralité des sources d'information

Pour gérer les professionnels de santé, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité s'est doté d'un fichier national dit ADELI (automatisation des listes) qui agrège les répertoires tenus par les DDASS. Ce fichier enregistre pour chaque professionnel de santé les informations suivantes :

Situation personnelle	Situation professionnelle	Qualification	Activité
- état civil	- type d'activité : libéral, salarié, mixte	- lieu d'obtention du diplôme	- activité principale ou secondaire
- adresse personnelle	- date de la première année d'exercice	- date du diplôme	- secteur d'activité
- date et lieu de naissance	- interdictions d'exercice éventuelles	- spécialité	- date de prise de fonction
- nature du diplôme	- numéro de la carte professionnelle de santé	- habilitation à faire des remplacements	- mode d'exercice
- ancien numéro d'inscription ADELI			- adresse professionnelle

L'inscription à ce fichier est obligatoire, ce qui devrait rendre cette source exhaustive. Mais, en fait, si l'exhaustivité est assurée pour les professionnels libéraux dans la mesure où leur inscription sur ADELI conditionne la délivrance de leur carte professionnelle de santé, elle l'est beaucoup moins pour les salariés. Ceux-ci ne s'inscrivent pas forcément si l'établissement qui les emploie ne réclame pas la preuve de cet enregistrement. De même ils ne font pas toujours part des modifications ultérieures à leur première inscription lorsqu'elles

n'affectent pas le numéro d'enregistrement (changement de lieu de travail au sein d'un même département par exemple) ou de leurs cessations temporaires ou définitives d'activité. Pour pallier ces insuffisances qui altèrent la fiabilité du fichier, le Ministère procède à des appareillages. C'est pourquoi globalement les données tirées d'ADELI peuvent être considérées comme de solides bases de réflexion. Cependant certains éléments, tels que la distinction entre le travail à temps complet et partiel, font défaut. En conséquence, il n'est pas à lui seul suffisant pour mener à bien la totalité du travail de prospective.

Le service doit donc faire appel à d'autres sources d'information qui, compte tenu du fait qu'elles sont liées à la nature de l'activité professionnelle, sont très diversifiées.

Concernant les personnels hospitaliers, des données complémentaires peuvent être apportées par la SAE puisque cette enquête recense pour chaque établissement son effectif en personnel paramédical, la part des effectifs à temps partiel et le total en équivalent temps plein. Or cette donnée est particulièrement importante pour l'évaluation des besoins en personnel car le travail à temps partiel est très répandu au sein des professionnels paramédicaux.

Pour ce qui est des professionnels exerçant dans les établissements sociaux et médico-sociaux, certains renseignements pourraient être extraits de l'enquête ES (Enquête Sociale) mais cette dernière est, à l'heure actuelle, inexploitable. Le dernier recensement concernant les établissements pour personnes handicapées date du 31 décembre 1995 et celui concernant les établissements sociaux remonte au 31 décembre 1997. Les données sont, en conséquence, trop anciennes pour être utilisées. Cependant ces enquêtes, qui normalement devraient être effectuées tous les 2 ans, seront relancées à la fin de l'année 2001, ce qui les rendra consultables à partir de l'année prochaine.

Ces systèmes d'information permettent de dresser un bilan des effectifs travaillant en établissements sous tutelle du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Toute une partie des professionnels échappe donc à ces recensements. Pour couvrir l'ensemble des paramédicaux, il faudrait donc que le service de planification lance lui-même une enquête spécifique. Or ce projet est difficilement réalisable dans la mesure où il s'avère complexe d'élaborer un questionnaire simple et court, seul gage de nombreuses réponses, à destination d'un nombre aussi élevé de structures hétérogènes. En outre, le service ne dispose pas des moyens statistiques et humains nécessaires à l'exploitation d'une telle enquête. Cette procédure étant trop lourde, il appartient donc au service de composer avec les différentes sources existantes et de les articuler en vue de disposer d'une information, certes éclatée, mais la plus complète possible. C'est, du reste, cette même démarche qu'il

convient d'adopter, faute d'articulation entre le sanitaire et le social, dans l'analyse des documents de planification existants.

2.2.2 Un recours limité aux outils traditionnels de planification

2.2.2.1 L'absence d'outil de planification propre

Le service des professions paramédicales ne dispose pas d'un outil global et complet de planification. Pourtant, un schéma national des formations paramédicales, relayé au plan régional, serait, à l'instar du schéma national des formations sociales publié en mai 2001, un bon outil de pilotage pour prévoir et susciter les nécessaires évolutions du dispositif de formation afin de mieux répondre aux priorités des politiques sanitaires, aux besoins des populations et aux attentes des employeurs et des salariés. En effet, le schéma national des formations sociales dont l'élaboration a été concomitante à celle des schémas régionaux a permis de donner un cadre commun d'analyse et de prospective ainsi que des orientations stratégiques en matière de formation, ce qui fait particulièrement défaut dans le domaine paramédical.

La circulaire DGS-DH du 5 mars 1998 prévoit l'élaboration, dans une optique affichée de rationalisation, d'un schéma régional en soins infirmiers. Ce dernier a pour objet « d'estimer les besoins en personnels infirmiers et d'évaluer la qualité pédagogique et le coût de la formation dispensée dans les différents instituts ».

Le schéma du Nord Pas de Calais, publié en juillet 1998, comporte quatre volets : la présentation de l'appareil de formation, l'analyse des besoins en formation, les projections démographiques et une analyse de gestion. Cependant sa construction n'a pas permis de dégager des objectifs précis et, pour cette raison, sa portée en reste limitée concernant la démographie des infirmières. A cet égard, il prévoyait que les membres de la commission constituée pour l'élaboration du schéma pérennisent leurs réflexions à travers la constitution d'un groupe de travail qui serait chargé de donner un avis sur la proposition régionale de quota mais cette disposition est restée jusqu'à présent lettre morte. Cette dynamique mériterait cependant d'être relancée afin que cet outil de planification soit mieux exploité.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins limité à la seule profession d'infirmier. Aucune planification par schéma n'est prévue pour les autres professions paramédicales. Aussi faut-il, en matière de prospective, se référer aux schémas de planification des équipements existants et analyser leur impact sur le personnel.

2.2.2.2 Le personnel, le grand absent de la planification sanitaire et médico-sociale.

Les perspectives de développement des équipements sanitaires, sociaux et médico-sociaux nourrissent, en effet, la prospective en matière de besoin en professionnels salariés pour les cinq prochaines années. C'est pourquoi il importe que, dans le cadre de l'élaboration des rapports de quotas, soient pris en compte les objectifs et recommandations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (volet médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et réadaptation mais aussi SROS Urgences, SROS Périnatalité et SROS Psychiatrie) ainsi que les schémas départementaux d'équipement en faveur des personnes âgées, adultes et enfants handicapés.

Or cette connaissance ne va pas forcément de soi car le service des professions paramédicales n'est pas directement destinataire de ces documents. Aussi lui appartient-il de recueillir, traiter et articuler ces informations.

Ces outils de planification sont, en effet, peu utilisables à l'état brut puisque le volet dédié au personnel est souvent réduit à portion congrue voire inexistant. Après consultation des documents de la région Nord Pas de Calais, il apparaît qu'aucun d'entre eux n'établit un état des lieux des personnels employés et que, lorsque le thème de la formation est abordé, il se limite à de grandes orientations générales dont il est difficile d'extraire des données quantifiables.

En terme d'impact de l'organisation des équipements sur les personnels paramédicaux, quelques principes sont posés. Le SROS 1999-2004 prévoit ainsi l'intervention quotidienne d'un masseur-kinésithérapeute dans les services de chirurgie thoracique, la présence d'orthophonistes dans les services de neurologie... Des normes sont même fixées, telles que le nombre d'infirmières présentes en permanence dans les services d'urgences. Cependant aucune orientation en terme de démographie paramédicale n'est suggérée alors que le SROS se prête plus volontiers à cet exercice pour les médecins.

Aussi, globalement, l'absence de chiffrage précis au sein des schémas de développement des équipements rend l'exploitation de ces documents difficile et l'évaluation du nombre de postes à créer délicate.

2.2.3 Un manque de lisibilité de l'information

2.2.3.1 La difficile traduction en terme de personnel

Déduire de cette masse d'information l'effectif qu'il convient de former dans les écoles du Nord Pas de Calais n'est pas chose aisée. Le service se heurte, en effet, à un

défaut de lisibilité des données qui lui sont fournies. Ainsi en est il des renseignements transmis par l'ARPE qui, vu leur technicité, ne sont pas exploitées à leur maximum.

Il en va de même pour les données fournies par les établissements. L'on pourrait croire que, les concernant, il suffirait d'agréger au niveau régional les prévisions de chacun pour obtenir le nombre d'emplois qui seront créés dans les prochaines années. Or il est important de souligner que si le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité est accusé de n'avoir pas su planifier ses besoins, les établissements ne sont pas davantage à même d'anticiper leurs recrutements. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'est pas, aux dires des directeurs d'hôpitaux eux-mêmes, opérationnelle et paraît difficile à mettre en œuvre tant que les établissements ne disposeront pas d'un fichier interne du personnel qui se prête à la prospective.

Tous les acteurs s'accordent pourtant à dire que la pénurie d'infirmière sera particulièrement sévère en 2002-2003, que l'essor de nouvelles formes de prise en charge fait émerger des besoins en personnel et que les quotas doivent être revus à la hausse. Mais ces intuitions, si légitimes soient elles, ne suffisent pas à quantifier l'effectif à former.

Il est clair que, pour améliorer la réactivité et la capacité d'anticipation du dispositif, il faudrait que les nouvelles politiques publiques soient plus systématiquement accompagnées d'une estimation des besoins de qualification découlant de leur application. Mais cette demande risque de ne rester qu'un vœu pieux. Aussi convient-il de pallier ces difficultés par d'autres moyens, en sollicitant directement l'aide des professionnels concernés par exemple.

2.2.3.2 Associer davantage les professionnels : une solution ?

La circulaire de 1990, qui détermine la procédure d'élaboration des rapports de quotas, prévoit la consultation de nombreux partenaires : DDASS, élus (conseil régional et général), directeurs des établissements de formation, représentants des employeurs, représentants du secteur libéral via les organismes professionnels, représentants régionaux des professions et ARPE.

La DRASS Nord Pas de Calais procède à la consultation des directeurs d'écoles par écrit sous la forme de lettre ouvertes où elle leur demande de transmettre leur avis sur l'évolution prévisible de l'appareil de formation ainsi que tous documents utiles qui seraient en leur possession.

Il semble qu'un échange entre ces partenaires, proches du terrain, et le service serait fructueux pour mener à bien l'analyse des données et leur traduction en besoins de personnel.

Le rapport Nauche⁴, qui s'inscrit dans le prolongement de la réflexion menée par Anne-Marie Brocas sur l'exercice libéral des professions paramédicales, préconise, à ce sujet, que soit créé un office des professions paramédicales qui associerait libéraux et salariés de divers horizons (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens).

L'architecture comprendrait un échelon national auquel seront confiés, entre autres, les missions de gestion des autorisations d'exercice, d'élaboration des normes de bonne pratique et de représentation des professions auprès des pouvoirs publics ainsi que des offices régionaux qui seraient notamment investis d'un « rôle de fourniture des éléments de base d'une réflexion sur la démographie des différentes professions ».

Cette proposition a suscité des réactions mitigées au sein des principales organisations syndicales, surtout parmi les masseurs-kinésithérapeutes qui réclament un alignement sur l'organisation des professions médicales par la création d'Unions Régionales de Paramédicaux Libéraux.

L'obstacle majeur à la création d'un office se situe, en fait, au niveau de la question d'une structure commune aux libéraux et salariés.

Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, actuellement en discussion, prévoit dans son titre II la création d'un office interprofessionnel des professions paramédicales (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue) exerçant à titre libéral. S'il est adopté tel quel, il permettra au service de planification de s'adjoindre du conseil technique d'un interlocuteur unique et identifié pour l'étude de la démographie des professionnels libéraux, thématique sur laquelle les données sont les moins nombreuses.

2.3 DES CONTRAINTES PESANTES

Il serait illusoire de croire qu'il « suffit » de doter le service de planification des professions paramédicales d'un solide outil méthodologique et d'un système d'information

exhaustif pour résoudre les difficultés d'anticipation des effectifs à former. Ces deux éléments permettraient, certes, d'avoir une meilleure vue prévisionnelle mais c'est sans compter sur les multiples contraintes qui pèsent sur le service et altèrent la démarche de planification. La DRASS a, en effet, à faire face à ses propres contraintes (1), aux comportements des professionnels et futurs professionnels (2) ainsi qu'aux difficultés liées au mécanisme de quota (3).

2.3.1 Des contraintes internes

Les propositions de quotas ne sont pas, en effet, totalement détachables des autres interventions des services déconcentrés du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. C'est pourquoi, pour que la cohérence de la politique menée soit assurée, il est nécessaire que le service gère les contradictions que l'étude des besoins en formations paramédicales peut rencontrer avec les autres décisions qu'il est amené à prendre (1) et celles prises par les autres services (2).

2.3.1.1 Assurer les effets des décisions de quotas

Les quotas d'entrée dans les écoles paramédicales ne sont pas malléables à volonté car de leur fixation découle en grande partie l'organisation de l'établissement d'enseignement. Si, face à une tendance lourde, l'agrément de l'école peut être révisé, la capacité d'accueil des locaux constitue, en revanche, une rigidité non négligeable qu'il importe de prendre en compte pour la fixation des quotas. Cette donnée est particulièrement importante dans le cas d'une forte hausse des quotas puisque les diminutions, même si elles engendrent le mécontentement des directeurs dont la capacité de formation n'est pas exploitée à son maximum, n'ont pas d'impact en terme d'insuffisance des moyens.

Le service des professions paramédicales doit donc aussi, pour être cohérent, gérer « l'effet cascade » d'une hausse des quotas en termes de postes d'enseignants, de terrains de stage, de moyens de fonctionnement... Or l'ampleur de l'impact en ce domaine de la forte hausse des quotas infirmiers décidée par le Ministère en 2000 (+ 8000 places au niveau national) ne semble pas avoir été correctement évaluée.

⁴ NAUCHE (P), *Rapport sur la création d'un office des professions paramédicales*, juin 2000

La circulaire DGS-DH du 24 mai 2000 prévoyait, en effet, que cette dernière devait être répartie entre les IFSI existants et que la construction de locaux n'était pas opportune. En outre étaient créés 300 postes d'enseignants. Ces mesures d'accompagnement n'ont pas semblé suffisantes pour faire face à cette arrivée massive d'élèves. Dans la région, 3 millions de francs émanant de l'ARH ont couvert les frais de location de salles et de matériels et 3 autres millions venant du Ministère ont permis de financer 29 postes de cadres-formateurs. Cependant ces mesures n'ont pas permis aux IFSI de répondre aux normes des directives européennes (notamment l'accord de 1967 qui prévoit une monitrice pour 15 élèves). Pour la rentrée 2001, les mesures d'accompagnement ont été renforcées de manière à ce que la qualité pédagogique de l'enseignement ne souffre pas des conséquences du maintien à la hausse des quotas. La circulaire du 23 juillet 2001 confie, en effet, aux DRASS et ARH le soin de prendre les décisions nécessaires en matière de travaux, investissements et autorisations pour accueillir les promotions prochaines. Cette mission permettra, sans doute, au service des professions paramédicales, d'afficher une position plus cohérente face aux établissements de formation. Mais il conviendrait aussi que son action soit mieux coordonnée avec celle des autres services.

2.3.1.2 Assurer la cohérence des actions des services déconcentrés

Le manque d'articulation entre l'échelon départemental et le niveau régional du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité est un obstacle important dans l'évaluation des besoins en personnels paramédicaux. Les DDASS ont, en effet, une pratique plus proche du terrain et une connaissance plus fine des établissements dont elles assurent la tutelle. Cependant elles ne s'impliquent pas dans le volet de la formation au motif, notamment, que celui-ci relève de la compétence régionale.

Il est intéressant de constater que l'aspect personnel n'est, en effet, abordé par aucun des schémas départementaux de planification des équipements hormis le schéma gérontologique du Nord actuellement en cours d'élaboration et auquel la DRASS a été associée en tant que pilote du groupe de travail sur la formation. Une collaboration plus étroite entre les deux échelons permettrait donc sans doute que le personnel ne soit plus le « grand absent » de la planification sanitaire et médico-sociale.

Cependant, pour justifier leur manque d'implication dans la problématique de l'évaluation des besoins en formation, les DDASS font également valoir un autre argument : la difficulté à gérer la contradiction entre le recensement des besoins en personnel et les refus de financements de postes nouveaux dans le cadre des procédures budgétaires. Or,

tant que subsistera cette incohérence, la DDASS n'offrira qu'un appui limité à la planification des professions paramédicales, ce qui est fort dommageable compte tenu de la source d'information qu'elle représente.

2.3.2 Des contraintes externes

Par externe, il faut ici entendre les éléments qui échappent en grande partie ou totalement à l'action de la DRASS, c'est à dire les données comportementales des étudiants et des professionnels.

2.3.2.1 Prendre en compte la mobilité et le flux des diplômés

Fixer un quota d'entrée en fonction des besoins régionaux ne garantit pas que ceux-ci seront satisfaits quelques années plus tard, une fois les étudiants admis diplômés d'Etat. En effet, il faut prendre en compte le taux de perte, qui inclut les redoublements, abandons, exclusions, échecs au diplôme..., durant la scolarité qui est très variable suivant les formations. Très faible pour les orthophonistes et les psychomotriciens, il se situe, en revanche, à un niveau relativement élevé chez les infirmiers. Pour l'année scolaire 2000-2001, par exemple, pas moins de 382 élèves, soit 8% des effectifs, toutes années confondues, ont quitté leur IFSI.

Il incombe, d'autre part, au service de planification des professions paramédicales d'intégrer dans ses prévisions des effectifs à former les flux régionaux et européens, particulièrement dans cette région frontalière qu'est le Nord Pas de Calais. La Belgique fournit, en effet, une part non négligeable des professionnels paramédicaux de la région (4% des orthophonistes, 5,3% des masseurs-kinésithérapeutes et 5,6% des infirmières). Elle forme également nombre d'étudiants français qui ont échoué aux épreuves d'entrée des instituts de formation du Nord Pas de Calais car, en fait, les diplômés belges sont en grande partie des nationaux français. Elle constitue donc un vivier de personnel même si une harmonisation des études serait nécessaire pour une complète équivalence.

En matière de flux régionaux, le « solde migratoire » s'avère nettement moins positif. Le Nord Pas de Calais est une région peu attractive qui connaît de grandes difficultés pour faire rester les élèves formés dans ses écoles mais originaires d'autres régions. Ainsi en est il de

près de 40% des psychomotriciens et de 70% des masseurs-kinésithérapeutes qui sont particulièrement sujets à cette mobilité, constitutive d'une perte nette pour la région.

Or les moyens d'action pour inciter les diplômés à pourvoir les postes vacants du Nord sont relativement limités. Il en va globalement de même pour toutes les tentatives visant à influencer sur le comportement des professionnels, ce qui amène la DRASS davantage à composer qu'à agir.

2.3.2.2 Composer avec l'intérêt porté aux études et aux métiers paramédicaux

Pour évaluer les besoins en personnel, la DRASS doit également tenir compte des tendances sociologiques qui affectent les professionnels et futurs professionnels. Deux d'entre elles ont un impact particulièrement sensible.

En premier lieu, la composition sociologique des étudiants. Le service constate, en effet, à partir de statistiques basées sur l'attribution des bourses d'études, une modification de l'origine sociale des étudiants, notamment chez les infirmiers. La reprise économique semble avoir détourné les catégories les plus aisées de la « valeur sûre » que constitue la profession d'infirmier. Or cette donnée agit directement sur le recrutement. La région compte 23 IFSI dont 9 privés et il apparaît que remplir le quota de ces derniers est rendu plus difficile car certains étudiants préfèrent perdre le bénéfice du concours plutôt de d'intégrer un IFSI dont la formation est payante (entre 4000 et 7000 francs).

Cette contingence économique est d'autant plus lourde de conséquences que l'on se situe déjà dans un contexte de crise des vocations. Contrairement aux écoles de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste et de psychomotricien dont l'entrée est particulièrement sélective vu le grand nombre de candidats, les IFSI éprouvent des difficultés à remplir leurs quotas. Pour l'année universitaire 2000-2001, la DRASS a dû organiser 3 concours en mai, septembre et janvier de manière pour pourvoir les places vacantes et 2 concours ont aussi été mis en œuvre pour 2001-2002.

Cette situation est à mettre en relation avec la seconde tendance sociologique avec laquelle il faut composer : la perte d'attractivité des études et métiers paramédicaux, corrélative à la modification sociétale globale du comportement vis à vis du travail. L'ensemble des actifs en aujourd'hui en quête d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Or les horaires, gardes, astreintes... et autres contraintes liées à l'exercice d'une profession paramédicale n'apparaissent que peu compatibles avec cette recherche de meilleure qualité de vie.

Outre les conséquences induites sur le recrutement dont il a été question antérieurement, cette donnée comportementale agit également à un autre niveau, celui des cessations d'activité précoce dont il importe de saisir l'ampleur pour évaluer les besoins de remplacement. Peu nombreux sont, en effet, les professionnels paramédicaux qui exercent jusque l'âge légal de la retraite. La durée de vie professionnelle des infirmières est ainsi estimée par la DREES à 29 ans dans le cadre d'un exercice en milieu hospitalier et 34 ans en activité libérale.

Or, en ce domaine, l'action de la DRASS est limitée. Preuve en est le bilan très mitigé du programme de retour à l'emploi des infirmières lancé par le Ministère en août 2001 dans quelques régions expérimentales dont le Nord Pas de Calais. Alors que le numéro vert mis à la disposition des infirmières ayant cessé leur activité et souhaitant renouer avec la profession a reçu plus de 900 appels dans la région, seule une dizaine de recrutement s'est concrétisée car les conditions de travail proposées n'offraient pas la souplesse exigée. Certaines postulantes ne voulaient, par exemple, travailler qu'une seule journée par semaine.

A ces données comportementales qu'il est nécessaire de prendre en compte bien qu'elles soient plus ou moins difficilement quantifiables, s'ajoutent aussi des contraintes qui sont liées à la procédure actuelle de planification.

2.3.3 Des contraintes inhérentes au mécanisme de quota

Les modalités de cette planification sont, elles aussi, porteuses de limites pour le travail du service de la DRASS en ce qu'elles souffrent d'une certaine rigidité (1) et ne lui offrent qu'une latitude d'action limitée (2).

2.3.3.1 Un manque de souplesse

Malgré l'ajustement annuel de la planification, le mécanisme de quota auquel il fait appel rend celle-ci particulièrement rigide. Ce chiffre doit, en effet, tenir compte de l'ensemble des besoins de formation dans la mesure où, contrairement aux professions sociales, l'entrée en institut de formation est la seule et unique voie de qualification.

Cette procédure manque peut être d'un peu de souplesse, notamment au regard de l'organisation de la formation professionnelle continue. Les établissements soulignent, en effet, les difficultés liées au coût de formation qui, s'il n'est pas pris en charge par

l'établissement, dissuade les candidats potentiels et, s'il est pris en charge au titre de la formation professionnelle continue, cumule pour l'établissement le coût du paiement du salaire du professionnel en formation et de son remplaçant avec un retour sur investissement d'au minimum 3 ans non garanti à cause des risques de fuite.

Les établissements privés souhaiteraient donc la mise en place d'une procédure de validation des acquis qui permettrait à la fois de lever le handicap de la sélection à l'entrée de l'école et d'alléger la durée de la formation. Mais cette demande n'est, pour l'heure, pas compatible avec l'organisation actuelle de la formation et la limitation des effectifs par quotas. Trois régions (Ile de France, Rhône-Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur) ont pourtant tenté d'introduire davantage de souplesse à ce niveau en mettant en place une formation par apprentissage mais, si le Ministère reconnaît son utilité, il souligne également la complexité à l'organiser. Aussi n'encourage-t-il pas sa généralisation.

2.3.3.2 Une marge de manœuvre réduite

La place de l'administration centrale dans la planification des professions paramédicales est prépondérante. C'est à elle qu'il revient de décider de chaque quota régional sans qu'il ne soit lié par les propositions des services déconcentrés et obligé à une quelconque justification. Cet état de fait réduit considérablement la marge de manœuvre du service qui, après avoir procédé à son évaluation, doit justifier auprès de ses partenaires une position ministérielle qui peut être très différente et dont il ignore les fondements. La coopération requise auprès des partenaires par la DRASS en est rendue plus délicate dans la mesure où ceux-ci sont moins enclins à s'investir dans une planification où l'autorité de décision demeure ministérielle.

En outre, la fixation des quotas est très fortement liée au contexte socio-politique qui impose « la recherche d'un consensus prudent et pragmatique ». Le Ministère a, en effet, à composer avec les influences exercées par les différents syndicats paramédicaux ce qui rend difficile un ajustement totalement objectif de l'offre et de la demande de travail paramédical.

Enfin, il ne faut pas oublier, comme le souligne Alain Jourdain⁵, le dilemme auquel a à faire face l'administration des affaires sanitaires et sociales : réduire les capacités de formation afin d'éviter le chômage mais avec l'écueil redoutable de ne pas recruter

⁵ JOURDAIN (A), *Manuel de prévision des effectifs de personnel à former*, ENSP, 1989

suffisamment pour répondre à la demande future de soins. Ce dilemme, de nature inflationniste, limite, en effet, la marge d'action de l'administration d'Etat.

3 - PROPOSITIONS PROFESSIONNELLES

Loin d'avoir l'ambition d'élaborer une méthodologie (les développements précédents visent à démontrer la difficulté du passage au stade opérationnel), cette partie a pour objet de proposer quelques pistes concrètes d'amélioration de la pratique professionnelle par le biais de l'élaboration d'un modèle d'analyse du marché de l'emploi paramédical (1), d'une trame de rapport (2), d'une procédure de concertation (3) et d'un échéancier de travail (4).

3.1 GRILLE D'ANALYSE DU MARCHÉ DE L'EMPLOI

3.1.1 Objectifs

La multiplicité des champs d'intervention des professionnels paramédicaux rend difficile la perception de l'état global du marché du travail, ce dernier étant entendu comme le lieu de confrontation de la demande et de l'offre de travail paramédical.

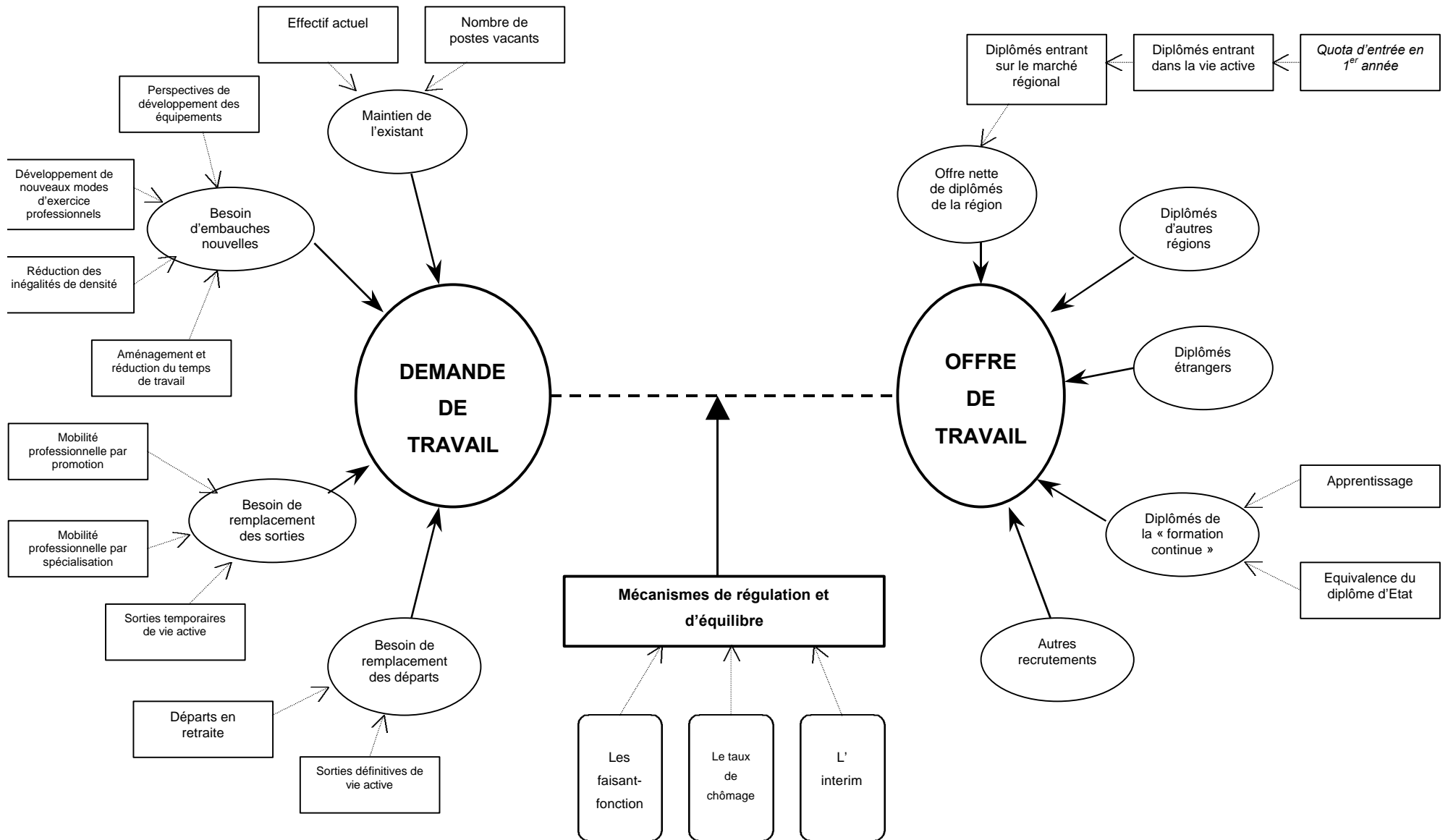
L'objectif de cette grille d'analyse, valable pour toutes les professions paramédicales, est de présenter, de manière exhaustive et synthétique, toutes les composantes du marché du travail. Elle vise donc à déterminer l'ensemble des facteurs influant sur la demande et l'offre d'emplois ainsi que ceux agissant sur l'équilibre du marché.

Son exploitation doit permettre d'avoir une vue globale de l'ensemble des éléments à recenser pour effectuer le travail d'analyse des besoins en formation.

3.1.2 Présentation de la grille d'analyse

La grille d'analyse est présentée sous la forme du schéma suivant :

Grille d'analyse du marché du travail paramédical



3.1.3 Limites

Bien que le schéma ait été élaboré à partir du recueil des données de terrain, il n'est pas directement exploitable à l'état brut. S'il satisfait, en effet, correctement à l'objectif de description des déterminants du marché du travail, il se heurte à une limite en matière d'opérationnalité : trop de paramètres identifiés restent inconnus pour que le besoin de formation soit estimé avec une grande précision. Les raisonnements pour certains items, notamment les besoins d'embauches nouvelles, restent posés en tendance.

3.2 CONSTRUCTION D'UN RAPPORT STANDARD

3.2.1 Objectifs

L'élaboration d'une trame qui puisse servir de base standard de rapport se place dans une triple optique :

- *dynamiser* : il s'agit de reprendre les données de base énumérées par la circulaire de 1990 et de les insérer dans une vision plus dynamique
- *justifier* c'est à dire présenter le cheminement de la réflexion et la cohérence de la proposition avec l'analyse (et en cela, tirer les enseignements des sanctions du Conseil d'Etat)
- *communiquer*. Il importe qu'à partir d'un document court, clair et synthétique, le Ministère comprenne mieux les raisons qui amènent la DRASS à faire une telle proposition de quota.

3.2.2 Présentation du rapport standard

Ce rapport est composé de quatre parties comme suit :

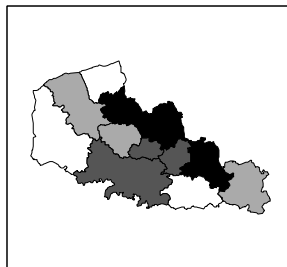
**RAPPORT POUR LA FIXATION
DU QUOTA REGIONAL D'ADMISSION
EN PREMIERE ANNEE D'ETUDES PREPARATOIRES
AU DIPLOME D'ETAT DE...**

**Première partie : Etat des lieux régional : la situation des professionnels dans le Nord
Pas de Calais**

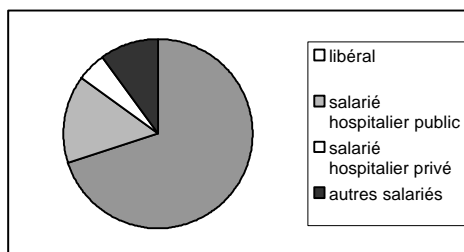
1) *Effectif et densité*

	Nord	Pas de Calais	Région	France
<i>Effectif</i>				
<i>Densité</i>				

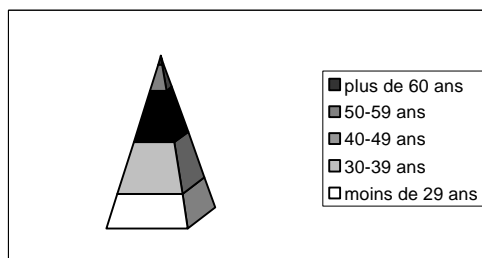
Densité par secteur sanitaire :



2) *Répartition par secteur d'activité*



3) *Structure par âge*



Deuxième Partie : Evaluation des besoins en personnel

Objectifs	Paramètres utilisés	Evaluation chiffrée
A. Maintenir l'existant		
Garantir le maintien de l'effectif actuel	Effectif actuel	
Assurer le niveau d'emploi nécessaire au maintien du dispositif sanitaire actuel	Nombre de postes vacants Taux de chômage	
Traduire ce besoin d'emploi en besoins en personnels	Taux de travail à temps partiel	
Total 1		
B. Pourvoir au remplacement des départs		
Remplacer les professionnels partant en retraite dans les 5 ans	Nombre de professionnels de plus de 55 ans	
Remplacer les professionnels cessant définitivement leur vie active avant l'âge légal de la retraite	Durée moyenne d'activité en activité libérale Durée moyenne d'activité en exercice salarié	
Remplacer les professionnels quittant temporairement leur emploi	Sorties temporaires de vie active	
Prendre en compte les départs consécutifs à la mobilité professionnelle	Nombre de promotions Nombre de spécialisations	
Traduire ce besoin d'emplois en besoin de personnel	Taux de travail à temps partiel	
Total 2		
C. Evaluer les besoins de création de postes		
Evaluer les créations ou réductions de postes liées aux développements et restructurations des équipements et aux perspectives de modes nouveaux d'exercice	Objectifs du SROS et des contrats d'objectifs et de moyens Prévisions des schémas sociaux et médico-sociaux	
Evaluer les besoins liés à l'ARTT	Effectif actuel Prévisions liées aux négociations syndicales	
Remédier aux inégalités régionales et infra-régionales	Ecart de densités	
Traduire ce besoin d'emplois en besoin de personnels	Taux de travail à temps partiel	
Total 3		
Demande estimée (4) = 1+2+3		

Troisième Partie : Détermination de l'effectif à former dans les écoles du Nord Pas de Calais

Objectif	Paramètres utilisés	Evaluation chiffrée
Prendre en compte les diplômés étrangers ou non qui s'installent dans la région	Nombre de professionnels diplômés étrangers ou bénéficiant d'une équivalence inscrits dans ADELI par an Nombre de professionnels diplômés d'autres régions inscrits dans ADELI par an	
Prendre en compte les professionnels issus de la « formation continue »	Nombre d'équivalences au diplôme d'Etat accordées Nombre de formations en apprentissage	
Prendre en compte les autres formes de recrutement	Nombre de retours à l'emploi Nombre de faisant fonction	
Sous total 5		
Déterminer le besoin de diplômés formés dans la région	Déduire le sous total 5 de la demande estimée (4)	
Total 5		

Quatrième Partie : Détermination du quota d'entrée

Objectif	Paramètres utilisés	Evaluation chiffrée
Prendre en compte la perte régionale	Origine géographique des étudiants Flux régionaux	
Prendre en compte le taux de perte de la formation	Redoublements, exclusions, abandons...	
Sous total 6		
Déterminer le nombre d'étudiants à admettre en première année pour atteindre l'effectif 5	Ajouter à l'effectif 5 les évaluations ci-dessus (sous-total 6)	
QUOTA		

3.2.3 Limites

Ce travail souffre des mêmes carences que la grille présentée plus haut dans la mesure où il est le fruit de son exploitation. Il connaît donc des difficultés semblables de chiffrage précis de certains paramètres tels que les prévisions des schémas...

Son utilisation nécessite, au préalable, une étude approfondie sur des paramètres précis tels que le taux de travail à temps partiel (connu pour les infirmières mais pas pour les orthophonistes par exemple...).

3.3 LA PROCEDURE DE CONCERTATION

3.3.1 Objectifs

La consultation n'est pas totalement absente de la réalisation actuelle des rapports de quotas mais la mise en forme par laquelle elle est opérée (l'écrit) n'offre pas de satisfaction réelle tant au niveau des réponses des partenaires que d'éventuels échanges. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de mettre en place une véritable concertation, formalisée par des rencontres et des groupes de travail.

Celle-ci répond à trois objectifs :

- mettre la procédure d'élaboration des rapports de quotas en conformité avec les préconisations ministérielles (circulaire du 23 juillet 1990)
- inscrire cette procédure dans une certaine continuité
- mettre en place une instance qui puisse, à la fois, apporter un soutien technique au travail annuel de planification, intervenir dans le cadre de la planification pluriannuelle et anticiper sur la création prochaine d'un office des professionnels paramédicaux.

3.3.2 Organisation de la consultation

La concertation peut être organisée sur trois échelons différents.

3.3.2.1 *Créer une cellule de travail interne*

Vu les constats tirés sur le manque d'articulation au sein des services déconcentrés, il semble opportun de mettre en place une cellule de travail transversale qui serait composée de :

- représentant l'échelon régional : le médecin inspecteur régional, le statisticien régional, la conseillère technique en soins infirmiers ainsi que l'inspecteur responsable du service des professions paramédicales.
- Représentant la DDASS : le médecin-inspecteur de santé publique et l'inspecteur en charge des professions sanitaires ou de la tutelle sanitaire.

Cette cellule de travail, qui se réunirait deux fois par an, aurait pour missions de coordonner et mettre à jour l'information, valider la grille d'analyse des besoins en formation (socle des rapports) et décider de l'opportunité du lancement d'enquêtes spécifiques.

3.3.2.2 *Organiser une conférence régionale des professions paramédicales.*

Cette conférence, qui réunirait l'ensemble des acteurs cités dans la circulaire du 23 juillet 1990, tiendrait une session annuelle au cours de laquelle elle émettrait un avis sur les propositions de quotas.

Y seraient conviés : les directeurs de DRASS, DDASS et ARH, le Conseil Régional et les Conseils généraux, les directeurs d'écoles et d'instituts de formation, l'Agence Régionale Pour l'Emploi, le Médecin Conseil Régional du service du Contrôle Médical, le directeur de l'URCAM, les organisations représentatives des employeurs (FHF, FHP", URIOPSS, UGECAM, FEHAP...) ainsi que les organisations représentatives des professionnels.

Compte tenu du nombre de participants, cette instance ne peut être conçue comme un lieu de travail mais davantage comme un lieu de débat et d'échanges interprofessionnels. Aussi y-a-t-il lieu de constituer pour la mise en œuvre des groupes de travail.

3.3.2.3 *Mettre en place des groupes-experts*

Compte tenu de la grande disparité d'exercice des professions concernées, la transversalité des groupes de travail ne semble pas opportune. Il s'ensuit la création de 4

groupes d' « experts » correspondant aux professions d'orthophoniste, d'infirmière, de psychomotricien et de masseur-kinésithérapeute.

Ces groupes de travail, pour être opérationnels, doivent comporter un nombre très limité de participants (4 ou 5). En outre, il est nécessaire, pour assurer leur assiduité, que les participants y trouvent un intérêt propre, notamment les directeurs d'établissement qui doivent y voir un moyen d'articuler ce travail avec leur propre gestion prévisionnelle des emplois.

Ces groupes-experts, qui se réuniront deux fois par an, auront pour mission de mettre en commun et d'actualiser l'information, faciliter la circulation des études et déterminer une proposition de quota qui sera soumise, après avis de la conférence, à l'appréciation de la DRASS.

Leur composition peut être ainsi fixée :

	Groupe expert orthophoniste	Groupe expert infirmier	Groupe expert psychomotricien	Groupe expert masseur-kiné
Représentant l'Etat	1 agent du service des professions paramédicales DRASS	1 agent du service des professions paramédicales DRASS	1 agent du service des professions paramédicales DRASS	1 agent du service des professions paramédicales DRASS
Représentant l'appareil de formation	1 directeur d'école	Le directeur du CEFIEC	1 directeur d'école	1 directeur d'école
Représentant les professionnels	1 représentant de la Fédération Nationale des Orthophonistes	1 représentant des infirmiers libéraux	1 représentant de la Fédération Française des Psychomotriciens	1 représentant des masseurs-libéraux (SNMKR par exemple)
Représentant les employeurs	1 directeur d'établissement hospitalier ou médico-social	1 directeur d'établissement hospitalier public et 1 directeur de clinique	1 directeur d'établissement hospitalier ou médico-social	1 directeur d'établissement hospitalier

3.3.3 Limites

Lors du lancement de cette concertation, il faudra faire la preuve auprès des partenaires invités de la légitimité de sa mise en place et démontrer tout l'intérêt de l'organisation d'une conférence interprofessionnelle. Il sera alors requis des services déconcentrés des efforts en matière de communication.

Il convient également de veiller à ce que la mise en place de cette concertation n'engendre pas une « usine à gaz » dont la gestion serait lourde et infructueuse. C'est pourquoi le nombre de réunions est ainsi limité à une ou deux par an, ce qui signifie un important travail en amont qui incombera en grande partie au service des professions paramédicales. Cependant il est à noter que cette procédure ne fait que mieux répartir sur l'année la charge de travail qui est actuellement concentrée au mois de novembre.

3.4 LE CALENDRIER DE TRAVAIL

3.4.1 Objectif

La proposition d'un échéancier de travail vise à organiser sur l'échelle temporelle l'impact des modifications suggérées dans ce mémoire et veiller à ce que celles-ci s'articulent correctement avec les autres travaux du service. Ainsi, par exemple, il convient de réunir la conférence régionale des professions paramédicales tant que les écoles et le service ne sont pas accaparés par l'organisation des épreuves du diplôme d'Etat. Cette proposition essaie donc de prendre en compte les contingences extérieures tout en déterminant de façon relativement précise les tâches à effectuer.

3.4.2 Proposition d'échéancier

CALENDRIER DE TRAVAIL

JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL
		<p>Réunion de la cellule de travail interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise à jour des informations - discussion et validation de la grille d'analyse des besoins en formation - décision d'opportunité du lancement d'enquêtes spécifiques 	<p>Publication de l'arrêté fixant les quotas d'étudiants à admettre dans les instituts de formation paramédicaux pour la rentrée de septembre de l'année en cours</p>
MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT
<p>Organisation des concours de recrutement</p>		<p>1ere semaine : réunion des groupes-experts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bilan de l'année écoulée et conclusions à tirer sur les quotas - mise en commun des informations et des études - premiers échanges sur les perspectives démographiques - répartition du travail entre les membres du groupe 	
SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
<p>Réunion de la cellule de travail interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - remontée d'informations et d'enquêtes - centralisation des données par le service de planification <p>Elaboration par la DRASS d'un document de synthèse statistique par profession et envoi aux membres des groupes experts</p>	<p>1ere quinzaine : réunion des 4 groupes experts : échanges et propositions de quotas</p> <p>Rédaction d'une fiche de synthèse par le service de planification et envoi aux membres de la conférence</p> <p>Fin octobre : réunion de la conférence régionale des formations paramédicales. Echanges puis avis sur les propositions des groupes experts</p>	<p>Rédaction du procès-verbal de la conférence par le service de planification</p> <p>Réception de la circulaire ministérielle</p> <p>Finalisation des rapports de quotas puis envoi au Ministère</p>	

3.4.3 Limites

Il est difficile de prendre en compte toutes les contingences externes. Compte tenu des modalités de son élaboration, l'opérationnalité de cet échéancier n'a pu être testé. Aussi serait-il vraisemblablement sujet à modifications en cas de mise en œuvre.

CONCLUSION :

QUEL AVENIR POUR LA PLANIFICATION DES PROFESSIONS PARAMEDICALES ?

L'intérêt croissant des médias pour les problématiques relatives à la santé a placé, de façon récurrente, la thématique des professions paramédicales au cœur de l'actualité. Bien que les pouvoirs publics n'aient que tardivement saisi la nécessité de leur intervention en matière de planification (1), une volonté émerge aujourd'hui en ce sens et réclame, pour plus d'efficacité, des améliorations de fonctionnement en terme de moyens d'outils et de méthodes (2).

1) la prise de conscience de l'enjeu de la planification des professions paramédicales

Le climat de « pénurie » et les difficultés rencontrées par les pouvoirs publics dans la mise en place de la loi d'aménagement et de réduction du temps de travail ont amené à dresser un constat d'insuffisance en matière de planification des professions paramédicales. Les jugements-sanctions du Conseil d'Etat ces trois dernières années en apportent la confirmation et ont contribué à ce que le Ministère prenne conscience de ses carences en la matière.

Cette étude, dont l'objectif était d'isoler les causes de ce défaut de prospective, met en évidence non pas un désintérêt total pour la planification mais, avant tout, une absence de savoir-faire. Le principal obstacle auquel se heurte le service est bel et bien le manque d'outils efficaces et de méthode.

Pendant il est clair que, compte tenu des contraintes qui pèsent sur lui, le mode de fonctionnement actuel du service ne lui permet pas d'engager une démarche de planification radicalement nouvelle. C' est pourquoi l'avenir de la planification est aussi intimement lié aux perspectives d'évolution de ce service.

2) Perspectives

La démarche de planification se heurte à un manque de lisibilité du rôle de chacun des acteurs en présence : quelle place pour les collectivités locales ? pour l'ARH ? quelle articulation entre les DRASS et les DDASS, sachant que les professions d'aide-soignante, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier sont gérés à l'échelon départemental mais

réglementés au titre des flux d'entrée par le niveau régional comme le sont les autres professions paramédicales ?

Le travail de planification requiert, pour plus de cohérence, une vue d'ensemble. Aussi une clarification des compétences paraît elle un préalable nécessaire.

Dans le cadre du passage aux 35 heures dans la fonction publique et du nouvel élan de déconcentration lancé par le dernier comité interministériel à la réforme de l'Etat, les services déconcentrés sont amenés à analyser leurs missions c'est à dire, selon les instructions ministérielles, à « déterminer les missions qui pourraient être abandonnées, celles qui pourraient être transférées à d'autres ministères et celles qui devraient être renforcées ».

Treize blocs thématiques ont été, dans ce but, constitués et, pour chacun d'entre eux, est un organisé un groupe de travail autour du Ministère et de deux comités techniques régionaux et interdépartementaux. Le bloc professions et formations médicales et paramédicales a été confié, sous l'égide de la DHOS, aux CTRI de Franche-Comté et du Nord Pas de Calais. Ces derniers ont donc réfléchi ensemble au « toilettage » des compétences des services déconcentrés en cette matière.

Il en ressort peu de modifications relativement à la gestion des professions sanitaires à l'exception du transfert de la gestion des postes médicaux aux établissements de santé et du transfert du concours d'entrée en école de sage-femme et de l'attribution des bourses d'études à l'Education Nationale.

Analysant l'impact de ces transferts sur l'effectif de personnel, le groupe souligne que le gain en effectif est compensé par les besoins liés à l'exercice des missions de planification. L'accent est, en effet, mis sur la nécessité de renforcer la mission de développement d'outils permanents de planification et d'observation de l'offre de soins et de besoins de qualification et de formation.

Pour ce faire, le groupe de travail plaide en faveur d'une régionalisation. La décentralisation n'étant pas envisageable en raison du financement par l'Assurance maladie des secteurs d'activité concernés, la création d'un pôle de compétence régionale Etat est donc préconisée.

La constitution de ce pôle de référence en DRASS, s'il était, en outre, investi de l'autorité de décision notamment en matière de quotas, permettrait peut être à la planification des professions paramédicales d'occuper la place qui lui revient au sein de la planification sanitaire et médico-sociale. Elle serait alors également un moyen pour la DRASS de réinvestir ce champ qui lui a en grande partie échappé avec la création des ARH et de

mettre un terme au cliché stigmatisant accolé à ce service que l'on nomme encore souvent « concours ».

Si, de surcroît, la réforme annoncée par le Ministre de l'Education Nationale le 4 octobre dernier et visant à la mise en place d'une première année commune à l'ensemble des étudiants en médecine et en formations paramédicales se concrétisait, le terme de « paramédical » serait amené à disparaître du vocabulaire de la santé. La planification dont il a été question tout au long de cette étude deviendrait donc celle des professionnels de santé, au sens large.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

JOURDAIN (A), *Manuel de prévision des effectifs de personnel à former. Le cas des infirmières diplômées d'Etat*, ENSP, 1989

PINEAULT (R) et DAVELUY (C), *La planification de la santé. Concepts, Méthodes, Stratégies*, Editions Nouvelles, 1996

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 80-527 du 12 juillet 1980, et particulièrement son article 13

Circulaire DGS 1028-OC du 25 août 1986 relative à la détermination des quotas dans les écoles paramédicales

Circulaire DGS 1079-OC du 23 juillet 1990 relative à la détermination des quotas dans les écoles paramédicales

Circulaire DGS-DH 1998-667 du 5 mars 1998 relative à l'élaboration d'un schéma régional de formations en soins infirmiers

Circulaire DGS-DH 2000-277 du 24 mai 2000 relative à la détermination des quotas d'admission dans les IFSI pour les rentrées de septembre 2000 et février 2001

Circulaire DGS 2001-41 du 23 janvier 2001 relative aux mesures à mettre en œuvre suite à l'arrêt du Conseil d'Etat du 27 novembre 2000

Jurisprudence

CE, 18 décembre 1987, Syndicat National des Directeurs d'écoles de Masso-Kinésithérapie

CE, 15 octobre 1999, Syndicat National des Directeurs d'écoles de Masso-Kinésithérapie

CE, 27 novembre 2000, Centre d'enseignement pratique de masso-kinésithérapie et de pédicure-podologie et autres

CE, 5 octobre 2001, Ordonnance de référé

Rapports et schémas nationaux

BENSADON (AC), BRECHAT (P), *Perspectives de la démographie médicale*, Synthèse du rapport DGS, juin 2001

BROCAS (AM), *L'exercice libéral des professions paramédicales*, Rapport au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, février 1999

DREES, *Les infirmiers en activité*, Etudes et résultats n°12, mars 1999

DREES, *Les masseurs-kinésithérapeutes dans les régions*, Etudes et résultats n°110, avril 2001

DREES, *Les professions de santé, éléments d'informations statistiques*, Collection Etudes n°9, janvier 2001

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, *Schéma National des formations sociales 2001-2005*, mai 2001

NAUCHE (P), *Rapport sur la création d'un office des professions paramédicales.*, Rapport au Premier Ministre, juin 2000

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE DE BRETAGNE, *L'emploi dans les établissements de santé publics et privés 1983-1996*, décembre 2000

SALOMEZ, LACOSTE, MOLINE *Du besoin de santé aux besoins de soins*, Rapport de l'Observatoire Régional de la Santé du Nord Pas de Calais, février 1998

Rapports et schémas régionaux

ARH Nord Pas de Calais, *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 1999-2004*, juillet 1999

DRASS Bretagne, *Schéma Régional des Formations en Soins Infirmiers*, juillet 2001

DRASS Nord Pas de Calais, *Formation aux professions de santé relevant du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, n°1, juin 2001

DRASS Nord Pas de Calais, *Rapport pour la fixation du quota régional d'admission aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste et de psychomotricien*, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001

DRASS Nord Pas de Calais, *Schéma Régional des Formations en Soins Infirmiers*, juillet 1998

LISTE DES ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire envoyé aux DRASS relatif aux modalités d'élaboration des rapports de quotas

Annexe n°2 : Circulaire DGS-OC n°1079 du 23 juillet 1990 relative à la détermination des quotas d'élèves à admettre dans les écoles paramédicales

Annexe n° 3 : Article extrait du Monde du Jeudi 4 octobre : « Le gouvernement cherche des remèdes à une grave pénurie d'infirmières »

Annexe n°4 : Article extrait du Monde du Mardi 6 novembre 2001 : « Une réforme des études médicales pour rapprocher les professions de santé »

ANNEXE N°1 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX DRASS

Enquête sur les modalités d'élaboration des rapports de quotas

L'organisation du service

- 1) Quelle est la dénomination exacte du service en charge de l'élaboration des rapports de quotas d'entrée en première année d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste et de psychomotricien ?
- 2) Quelles sont les attributions de ce service ?
 - service de concours des formations sanitaires et sociales
 - service de planification sanitaire
 - autre :
- 3) Qui est en charge de l'élaboration de ces rapports ?
 - IPASS IASS MISP CTSI SA Autre :

Le contenu du rapport

L' état des lieux

- 1) Quelles données faites-vous figurer dans ces rapports ?
 - le nombre de professionnels en exercice la densité la répartition géographique
 - la structure par âge la répartition par type d'activité (libéral/salarié)
 - les modalités d'exercice (temps partiel) la durée de vie professionnelle
 - le taux de chômage le taux d'utilisation du diplôme le taux de perte durant la formation
 - le taux de réussite au diplôme autres :
- 2) Quelles sont vos sources d'information ?
 - ADELI SAE ES Autre :
- 3) Commentaires libres

La prospective

- 1) Quelle méthode utilisez-vous pour établir une prévision sur 5 ans ?
- 2) Quelle méthode utilisez-vous pour évaluer la demande ?

3) Sur quels outils de planification vous appuyez-vous ?

- SROS Schémas gérontologiques Schémas du handicap PMSI
 Schéma régional des formations en soins infirmiers Autres :

4) Avez-vous modifié votre méthode de prospective suite aux arrêts du Conseil d'Etat ? Dans quel sens ?

5) Cette méthode vous satisfait-elle ?

6) Commentaires libres

La concertation

1) Organisez-vous une concertation pour l'élaboration de ces rapports ?

2) Si oui, quels sont vos partenaires ?

- DDASS ARH Conseil Général Conseil Régional CPAM ARPE
 Directeurs des organismes de formation Représentants des employeurs
 Organismes professionnels Syndicats Représentants des professionnels
 Représentants des étudiants Représentants des usagers Autres :

3) Sous quelle forme organisez-vous cette consultation ?

- par écrit par une réunion commune aux quatre professions
 par plusieurs réunions par des réunions régulières spécifiques aux quotas
 par des réunions régulières d'ordre plus général

4) Commentaires libres

La méthodologie

A partir de votre expérience professionnelle, diriez-vous plutôt que :

- la méthodologie préconisée par la circulaire de 1990 est :
 pertinente satisfaisante insatisfaisante

- l'information dont vous disposez est :
 complète incomplète suffisante insuffisante

- l'application des principes de planification à la gestion des personnels est :
 possible impossible facile difficile

Globalement, diriez-vous qu'en l'état actuel des choses, l'élaboration des rapports de quotas par la DRASS participe d'une démarche de planification efficace ?

SUITE DES ANNEXES