

**CENTRE D'ETUDES
ET DE RECHERCHES
SUR LES QUALIFICATIONS**

**Le développement
des professions
et des emplois
de santé**

Le cas de la Bretagne
de 1970 à 1987

Françoise Acker
Gisèle Denis

DOCUMENTS DE TRAVAIL

Numéro 66

Juin 1991

LE DÉVELOPPEMENT
DES PROFESSIONS
ET DES EMPLOIS DE SANTÉ



Le cas de la Bretagne de 1970 à 1987

Françoise Acker et Gisèle Denis

C E R E Q

Document de travail n° 66

Juin 1991

*Nous remercions pour son concours actif, Isabelle GLAVANY,
Maître de conférence à l'Institut Universitaire de Technologie de Quimper,
pour leur aide et leur patience,
Mesdames Marie-Hélène BALIQUE, Maire-Françoise COUMAILLEAU,
Martine FAURE et Jacqueline GOTTELY
du Service des statistiques, des études et des systèmes d'information
Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale,
ainsi que les services de la Direction de l'Évaluation et
de la Prospective (DEP) et du Rectorat de Rennes*

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	7
PREMIÈRE PARTIE : LE DÉVELOPPEMENT DES PROFESSIONS ET DES EMPLOIS DE SANTÉ - Le cas de la Bretagne de 1970 à 1987	15
Introduction	17
CHAPITRE I : L'ÉVOLUTION DES PROFESSIONS DE SANTÉ FRANCE ENTIÈRE	19
I - Les années d'expansion, de 1971 au début des années 1980	20
1. Les professions médicales	20
2. Les professions paramédicales	21
3. Progression différenciée des professionnels selon les secteurs d'activité	21
II - Décélération de la croissance ou la période actuelle	23
1. Le corps médical : une progression toujours positive mais contrastée	23
2. Les infirmiers : effectifs stationnaires dans le secteur public, en légère progression dans les secteurs privé et libéral	25
CHAPITRE II : LES PROFESSIONS ET LES EMPLOIS DE SANTÉ EN BRETAGNE	29
I - Les professions de santé	31
1. Les professions médicales	31
2. Les professions paramédicales	32
3. Les professions de santé et les différents modes d'exercice	34

4. Le mode d'exercice du corps médical en Bretagne	35
II - L'emploi dans le secteur hospitalier	37
1. Les établissements privés	38
2. L'emploi dans les établissements hospitaliers du secteur public (CHS exclus) ...	46
III - Conclusion	58
ANNEXES	63

DEUXIÈME PARTIE : LES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE LA SANTÉ EN FRANCE ET EN BRETAGNE - 1970-1987 75

Introduction 77

CHAPITRE I : LES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE SANTÉ RELEVANT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ 85

I - L'évolution des formations aux professions de santé en France 1970 - 1987 ... 88

1. Évolution des flux d'entrée dans les écoles
2. Évolution des flux de diplômés

II - L'évolution des formations aux professions de santé en Bretagne 1980 - 1987 . 98

1. Évolution des flux d'entrée en Bretagne (1980-1987)
2. Évolution des flux de diplômés

CHAPITRE II : LES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE SANTÉ RELEVANT DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE 105

I - Évolution des formations aux professions de santé relevant du ministère de l'Éducation nationale en France - 1970-1987 108

1. Les formations de niveau V
2. Les formations de niveau IV
3. Les formations de niveau III
4. Les formations universitaires de niveaux II-I

II - Évolution des formations aux professions de santé du ministère de l'Éducation nationale en Bretagne 122

1. Les formations de niveau V
2. Les formations de niveau IV

3. Les formations de niveau III	128
4. Les formations de niveaux II-I ou formations médicales	129
III - Conclusion	131
ANNEXES	133

PRÉSENTATION

Ce dossier a été réalisé à la demande de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) engagé depuis 1983 dans la production et la diffusion d'informations et d'études témoignant de la place et du dynamisme du secteur santé dans l'économie régionale.

Le travail présenté ici a pour but de développer un aspect du système d'information existant, celui se rapportant à l'emploi et à la formation, en référence à l'intention affichée, depuis les années de crise, de considérer la main-d'oeuvre comme l'élément déterminant de la vitalité des régions.

La perspective proposée est celle, préconisée par le CEREQ au milieu des années 1970, «d'approfondissement de la connaissance pour dépasser les limites atteintes par les bilans statistiques» (1). Cet approfondissement ne s'obtient pas d'emblée, il a besoin de conditions particulières pour être mené, c'est ce que ce rapport tente d'examiner. L'étude cherche donc à initier un processus de mise en relation de données, afin de questionner autrement l'existant. Il s'agit de rapprochements simples : rattacher les emplois à des secteurs d'activité (le secteur hospitalier public, privé, le secteur libéral) et à leurs finalités, examiner comment varient les structures d'emploi (ou de qualifications) dans chaque secteur, dans chaque établissement, dans chaque fonction... prendre la mesure d'un phénomène relativement nouveau, l'extension du travail à temps partiel, apprécier le dynamisme des «professions» et leurs liens de concurrence, de complémentarité, établir des correspondances entre les moyens de formation et les transformations de la production sanitaire...

Chacun s'accorde sur le fait que les démarches prédictives ne peuvent plus se contenter d'extrapoler à partir de séries chiffrées et que la nature des changements actuels interdit toute reproduction à l'identique. Ceci incite à appréhender correctement le

(1) G. DUCRAY - Avant-propos in Vie régionale et formation : le cas de la région Bretagne et du Pays de Fougères (1962-1975) - CEREQ. Dossier n° 24 - Juin 1980.

fonctionnement des organisations et les tensions liées aux stratégies des différents acteurs et partenaires sociaux.

Nous sommes partis du constat que ce type de connaissance faisait défaut et de l'hypothèse selon laquelle elle constituait la base des politiques régionales.

Dans le secteur de la santé proprement dit, la volonté de maîtriser les dépenses de santé a conduit l'administration à prendre des mesures concernant notamment la croissance des effectifs des personnels de santé. Si les directives cadres sont élaborées au niveau national leurs modalités d'application se définissent au niveau local. Il en va ainsi du redéploiement en ce qui concerne les actifs et des «quotas» ou «numerus clausus» en ce qui concerne la formation. Dans un tel contexte, il s'agit non seulement de disposer de données fines sur la situation de l'emploi, mais d'avoir des aperçus sur son évolution.

De façon plus générale, les textes sur la décentralisation donnent à la région «un rôle d'impulsion dans le domaine du développement économique, de la planification de l'aménagement du territoire, de l'emploi, de la formation professionnelle et de l'apprentissage». C'est à ce niveau que sont entreprises différentes actions en vue de mettre sur pied des observatoires régionaux de l'emploi et de la formation (2). Il serait intéressant d'envisager un bilan des recherches effectuées et en cours ; celles-ci sont nées de préoccupations largement comparables, même si les objectifs et les stratégies sont propres à chaque région.

En effet, et pour conclure, l'idée commune qui se dégage de ces diverses expérimentations est la suivante : «... une harmonie entre l'éducation et l'emploi ne dépend pas uniquement d'un ajustement correct entre les spécialités de formation et les problèmes d'emplois mais suppose **une convergence des comportements et des projets des acteurs publics et privés**» (3).

Ainsi, les résultats consignés dans ce rapport doivent être considérés comme un essai qui pour être transformé a besoin d'être repris et relancé par les responsables et les décideurs à partir de problèmes qu'ils se posent, qu'ils ont à analyser ou à résoudre. Une procédure itérative est de nature à faire progresser le système d'information.

■ Le champ de l'étude, les sources statistiques

La délimitation du champ et le choix des sources pour analyser l'emploi, sa localisation (lieux de l'exercice) et la formation compte tenu des objectifs qui viennent d'être rappelés ne vont pas de soi. Avant d'évoquer les difficultés liées à l'utilisation des données, nous présenterons les principales sources existantes.

(2) Groupe de travail sur l'analyse régionale de la relation formation-emploi - CEREQ - Document de travail n° 53.

(3) Cf. note (1).

● *Les sources de l'INSEE*

La **branche santé** constituée à partir du dispositif général de l'INSEE, correspond aux classes 84 et 94 de la Nomenclature des activités et des produits (NAP 600) ; elle rassemble tous les actifs (salariés et non salariés) qui concourent à la production de soins. Les actifs se diversifient en professions médicales, paramédicales et emplois de type administratif, technique et ouvrier. La branche comprend deux classes, la première «santé services marchands», la seconde «santé services non marchands» (4). De façon habituelle, on ajoute à ces rubriques celle de la classe 64-30, soit les pharmaciens dont l'activité s'exerce en totalité, dans le champ sanitaire. L'exploitation du recensement de la population apporte une très bonne connaissance du nombre d'actifs occupés, dans une région donnée. En revanche, entre deux recensements, il n'existe pas de source exhaustive permettant de mesurer l'emploi, à ce niveau. L'enquête annuelle des emplois menée par l'INSEE donne bien une estimation de l'évolution mais au niveau de la France entière. Un certain nombre de procédés - exploitation des bordereaux de l'URSSAF, du fichier des agents de l'État et d'enquêtes spécifiques - permettent d'élaborer des «séries d'estimation d'emplois» dont la base reste les données du recensement.

«La **filière santé**» procède d'une vision plus large puisqu'elle inclut l'ensemble des personnes qui participent, même indirectement, à la production du secteur. Il s'agit des emplois associés aux activités suivantes :

- fabrication de produits de base pour l'industrie pharmaceutique, industries pharmaceutiques, appareils de radiologie et électronique médicale, lunettes, instruments d'optique, de précision, matériel médico-chirurgical et prothèses ;
- commerce de gros de produits pharmaceutiques, pharmaciens, commerce de détail d'articles médicaux et de produits de santé, commerce de détail d'optique et de photographie ;
- organismes d'assurance - sécurité sociale - et administration.

L'ensemble de ces activités est hétérogène ; au plan statistique, il peut paraître difficile de faire la part de celles qui relèvent strictement du champ sanitaire et pour des raisons de rigueur, le choix de se limiter à une définition restrictive de ce champ se justifie. «Mais on peut aussi lire dans cette décision l'absence de prise en compte, par les économistes, du secteur santé en tant que secteur économique contribuant comme d'autres à la création de valeur ajoutée» (5).

(4) Cf. annexe 1 - Nomenclature des activités et des produits.

(5) GLAVANY I. - L'insertion de la filière santé dans le circuit macro-économique. Note de mars 1988. Le concept de système sanitaire est-il cohérent au niveau infra national. Thèse pour le Doctorat de troisième cycle en Économie publique et planification. Université de Paris I - Panthéon - Sorbonne.

● *Les sources ministérielles :*

Enquêtes auprès des établissements

Le dispositif du ministère des Affaires Sociales comprend plusieurs enquêtes annuelles qui ont fait l'objet de réaménagement au cours des années et qui sont exploitées par les services statistiques du ministère regroupés au sein du Service des statistiques, études et systèmes d'information, le SESI, depuis 1982.

Parmi celles-ci, nous avons retenu la statistique annuelle H 80 qui s'applique à l'ensemble des établissements d'hospitalisation public et qui porte sur l'équipement et l'activité, le personnel médical et le personnel non médical. Depuis l'exercice 1984 les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) renseignent cette enquête. Une enquête spécifique (EHP) traite des établissements hospitaliers de statut privé.

Ainsi, cet ensemble permet actuellement une appréhension exhaustive des établissements d'hospitalisation. En revanche, l'élaboration de séries longues et la comparaison des données restent délicates en raison, principalement, des changements de nomenclature et des regroupements d'emplois qui caractérisaient les précédentes enquêtes (6). La collecte des informations est réalisée auprès des hôpitaux par les services régionaux de statistique de la DRASS. Néanmoins, pour effectuer une étude à l'échelon régional, il est actuellement difficile d'utiliser les résultats produits à ce niveau et le recours à l'échelon national semble obligatoire. Comme si au niveau local le travail de transmission de données l'emportait sur une utilisation ou une production spécifiques.

Enquêtes sur les professions médicales et paramédicales

À partir des listes professionnelles nominatives des professions réglementées (7) établies au niveau département par la DDASS, le ministère produit un état régulier des caractéristiques démographiques de ces professions et de leur évolution.

Dans la quantification de l'emploi sanitaire, cette source apporte une information partielle. De plus, elle ne renseigne pas sur les lieux d'exercice de ces différents professionnels. La répartition par secteurs d'activité est notamment l'objet d'une mise au point méthodologique entre les services départementaux et le ministère, la mesure des effectifs est en effet difficile, les professionnels ayant la possibilité de travailler en même temps, dans plusieurs secteurs, avec plusieurs statuts (salarié, libéral).

(6) L'enquête KJ, entre 1971 et 1978, puis H 76 jusqu'en 1982, remplacée par H 80. Il faut attendre 1983 pour disposer de «bonnes séries».

(7) Il s'agit pour les professions médicales, des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes. Pour les professions non médicales, des infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes, opticiens lunetiers.

Enquêtes sur les écoles de la santé

Depuis 1980-1981, le SESI réalise de façon systématique, en collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale et la Direction générale de la santé, une enquête annuelle auprès des écoles de la santé sous tutelle du ministère des Affaires Sociales. Elle concerne les formations initiales des professions paramédicales réglementées (8) et des emplois suivants : auxiliaire de puériculture, laborantin d'analyse médicale et manipulateur d'électroradiologie médicale et de spécialisation. Les données portent sur le nombre d'écoles, d'élèves et de diplômes délivrés.

● *Les sources de l'assurance maladie*

Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) effectuent un recensement exhaustif des professions médicales et des auxiliaires médicaux (9) exerçant dans le secteur libéral.

D'autres sources d'origine professionnelle complètent ce panorama : elles sont alimentées par les fichiers des conseils de l'ordre (médecins, pharmaciens) et par les informations regroupées par les caisses de retraite, Caisse autonome de retraite des médecins français (CARMF) et Caisse autonome de retraite et de prévoyance des masseurs kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO).

● *Le dispositif de formation*

Pour la partie sous tutelle du ministère des Affaires Sociales les données sont celles produites par le SESI, comme nous l'avons mentionné plus haut. Pour les formations dispensées par la ministère de l'Éducation nationale, les sources proviennent de la Direction de l'évaluation et de la prospective.

L'utilisation des données

Nous pensons inutile de nous attarder sur tous les problèmes techniques très bien recensés et présentés par d'autres (10), ainsi l'exercice périlleux du «calage quantitatif des différentes données statistiques... (qui) loin de souligner la qualité de l'une par rapport à l'autre indique en fait leur caractère éminemment conventionnel et incertain» ou encore le constat selon lequel «ces sources statistiques n'offrent par ailleurs que des dénombrements simples ce qui limite de manière contraignante l'analyse économique de l'emploi dans ce secteur».

(8) Cf. note (7).

(9) Cf. note (7).

(10) KERLEAU M. et FARDEAU M. - Évolution de l'emploi dans la branche santé et de la gestion du travail à l'hôpital public. LES 90, rue de Tolbiac 75631 Paris cedex 13.

La contrainte est encore plus grande dès lors qu'il s'agit d'établir des relations entre les statistiques de l'emploi avec l'organisation du travail, les qualifications requises et la formation. Mais notre projet de construction d'un dispositif permanent de base permettant de suivre conjointement l'évolution de l'emploi et des formations, comme moyen préalable de cette mise en perspective, n'a pas trouvé les conditions de sa réalisation.

Nous avons été amenés à faire plusieurs constats. Le premier peut paraître banal, il n'est pas cependant sans rapport avec l'idée initiale d'un «tableau de bord régional». Les données ne se trouvent pas forcément là où elles devraient être. **Les informations intéressantes la région sont souvent plus disponibles au niveau national qu'au niveau local !** Le deuxième renvoie au fait que l'utilisation des données est tributaire de la forme des collectes et de leur présentation : la plus simple mise en ordre peut changer la nature de l'information. Souvent les rubriques diffèrent d'une année sur l'autre. Lorsque les résultats sont plus élaborés, il faut alors accepter leurs principes de construction et la périodisation choisie. Si bien qu'**il est pratiquement impossible de ne pas revenir aux données de base** avec les problèmes qui découlent du précédent inventaire des sources : comment construire le champ avec des enquêtes partielles, bâties pour des objectifs différents ?

Enfin, le dernier constat, le plus important sans doute est que **la pertinence et la qualité de l'information sont étroitement dépendantes des questions qui structurent son recueil.**

Ainsi énoncées, les difficultés rencontrées semblent, en apparence, appeler des solutions qui relèvent de l'évidence ; mais leur relative simplicité «technique» occulte le fait qu'appartenant au domaine de la décision collective, elles sont «socialement» complexes.

Ce dossier a été établi de la façon suivante : l'analyse a porté sur la branche santé telle qu'elle a été définie plus haut ; le champ d'investigation correspond à une approche simplifiée de la branche d'activité «santé» ; les sources retenues sont celles du ministère des Affaires Sociales et du ministère de l'Éducation nationale ; plusieurs types de données ont été utilisées : des informations de base recueillies par les enquêtes, des tableaux de synthèse, des études retraçant des évolutions.

Il comprend deux parties : l'une traite de la démographie des professions et des emplois de santé, l'autre décrit l'appareil éducatif et retrace le mouvement des effectifs et des diplômés.

Il semblait en effet intéressant de compléter l'analyse de l'évolution des professions et des emplois en France et en Bretagne, par une présentation de l'évolution de l'offre de formation. On rappellera que pour les professions réglementées, et une bonne partie des autres professions de santé, l'exercice est subordonné à la possession du diplôme. Mais on verra que l'offre de formation déborde largement cette approche restrictive des professions et emplois de santé. Proposer une analyse de l'offre de formation dans une étude sur la faisabilité d'un «tableau de bord de l'emploi» renvoie à deux questions préalables : celle de la possibilité - du bien-fondé - de la mise en relation de l'évolution

de l'appareil éducatif et de l'évolution sociale qui affecte le travail et l'emploi d'une part, et de l'autre celle du rôle de l'appareil éducatif dans la régulation quantitative et qualitative du marché du travail.

La compétence des régions s'étend à la formation professionnelle. L'élaboration d'un outil commun d'analyse du dispositif de formation aux professions de santé et de l'effort de formation à fournir pour participer au développement de ce secteur suppose la mise en commun des besoins d'information des responsables des différentes administrations concernées. Cette étude constitue une première approche à partir des données existantes.

Nous proposerons d'abord une vue d'ensemble de l'offre de formation aux professions de santé. Puis nous étudierons successivement les formations relevant du ministère de la Santé puis celles relevant du ministère de l'Éducation nationale et ce pour la France et pour la Bretagne. En annexe, on trouvera une présentation des diplômes : intitulé, création, abrogation et numéro de code nécessaire pour exploiter les données statistiques.

Cette présentation distincte permet d'entrevoir les logiques différentes qui sous-tendent le développement de l'offre de soins d'une part et d'autre part l'extension des formations. Ceci est un premier constat qui appelle le débat à partir duquel des travaux complémentaires pourraient être envisagés.

PREMIÈRE PARTIE
LE DÉVELOPPEMENT DES PROFESSIONS
ET DES EMPLOIS DE SANTÉ
Le cas de la Bretagne de 1970 à 1987

INTRODUCTION

Avant de rendre compte de l'évolution démographique des professions de santé, en Bretagne, on décrira à grands traits, leur mouvement général, au niveau national.

Les études (11) et données statistiques (12) utilisées pour cet essai sont celles du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale.

Les études se rapportent à deux périodes. La première, allant approximativement des années 1970 au début des années 1980, correspond à la pleine expansion des institutions hospitalières, avant que prenne effet l'encadrement budgétaire qui s'est généralisé en 1985. C'est aussi au cours de cette décennie que tout un train de réformes a vu le jour pour rénover le système de santé et l'adapter aux problèmes de la société contemporaine. La seconde se rapporte aux années les plus récentes, soit l'époque actuelle avec ses contraintes financières, ses incertitudes, le non-aboutissement de certains projets en raison des obstacles, des difficultés ou des lenteurs de leur mise en oeuvre (carte sanitaire, développement des alternatives à l'hospitalisation...) et l'exacerbation des tensions qui en résultent.

Dans cet essai, nous nous sommes engagés dans un double travail. Le premier est relatif aux problèmes classiques que pose la constitution d'un tableau de bord : on ne peut faire l'économie d'un recensement des sources et des informations existantes, d'une réflexion sur le choix de celles à retenir pour opérer un suivi des évolutions. Il faut ensuite s'interroger sur les résultats et examiner jusqu'où on peut aller dans l'interprétation pour donner **du sens** à l'enregistrement des mouvements des effectifs : peut-on se contenter d'une simple comptabilisation des différentes personnes qui interviennent dans le secteur de la santé ? Veut-on seulement mesurer l'importance d'un groupe de professionnels, de

(11) FOULON D. et WCISLO M., Évolution des professions de santé entre 1971 et 1983. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information n° 5-6, 1984, septembre-octobre-novembre-décembre. FAURE M. et WCISLO M., Les médecins en France. Évolution démographique 1981-1987. DEVEVEY J. et VERNHES C., Évolution récente des infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux (1980-1986), SESI n° 3, 1988, mai-juin. Les auteurs sont statisticiens à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

(12) Les documents ayant servi à la construction des séries et des tableaux sont cités en annexe.

la stagnation ou du déclin d'un autre, de leur progression ou de leur recul dans les principaux secteurs d'activité ? Comme on le verra, la chose est déjà difficile.

C'est à travers un second travail mené en parallèle avec le premier que nous tenterons de clarifier les rapports entre l'outil et ses finalités : quel outil ? Et pour quoi faire ? Afin de poser les conditions de son existence et des moyens de son fonctionnement. Deux idées - deux hypothèses - constituent la trame de nos constats :

- le tableau de bord reste dans la logique des dispositifs actuels, soit dans celle qui consiste à consigner *a posteriori* les changements affectant les emplois et les personnels et à dégager les tendances de l'évolution. Dans ce cas, nos recommandations seront d'ordre technique et la discussion portera sur la sélection des données et des tableaux les plus pertinents ;

- le tableau de bord est conçu pour satisfaire d'autres ambitions, celles de devenir, à terme, un dispositif **d'aide à la décision**, donc de prévision en particulier dans les domaines de la gestion de l'emploi et de la formation. Dans cette perspective, l'analyse et les recommandations concernant le recueil des données devraient s'assortir d'une démarche prenant appui sur les besoins et les attentes de chacun des partenaires concernés par un tel outil.

CHAPITRE I

L'ÉVOLUTION DES PROFESSIONS DE SANTÉ

FRANCE ENTIÈRE

Deux faits majeurs résument la situation de l'emploi, dans le secteur de la santé :

- l'incontestable ralentissement général du mode de croissance des effectifs ;
- la discontinuité du développement : celui-ci a été longtemps profitable à l'ensemble des professionnels, et a permis une forte création d'emplois mais son évolution contrastée peut conduire à modifier l'équilibre des rapports entre les différents «producteurs» de soin.

Deux périodes caractérisent le mouvement de l'emploi et des professions au cours des vingt dernières années. La première décennie - 1970, début des années 1980 - prolonge les acquis des années précédentes. Elle correspond à une expansion numérique importante des actifs ; celle-ci est supérieure à celle observée dans les autres secteurs d'activité et favorable à l'ensemble des professions et des emplois, emplois qualifiés ou peu qualifiés. Ce sont les médecins et les infirmiers qui arrivent en tête des catégories professionnelles qui ont, en nombre, le plus progressé. Cette croissance est liée au développement du secteur public d'hospitalisation. La seconde période, depuis 1983 se caractérise par une décélération non uniforme du mouvement ; les effectifs du corps médical continuent à augmenter ; le taux de croissance des médecins spécialistes et salariés est plus fort que celui des médecins généralistes qui viennent grossir le secteur libéral. Le secteur public hospitalier ne crée pratiquement plus d'emplois et s'engage dans la compression de ses emplois les moins qualifiés. Le personnel infirmier est stabilisé alors qu'il progresse dans le secteur de l'hospitalisation privée et dans le secteur libéral.

I - LES ANNÉES D'EXPANSION, DE 1971 AU DÉBUT DES ANNÉES 1980

L'augmentation des effectifs est générale pour toutes les professions médicales et paramédicales. Les médecins et les infirmiers se distinguent par un rythme de croissance élevé.

1. les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes)

Plus de 200 000 personnes exercent une profession médicale en 1983. L'augmentation des effectifs a été de 68 % au cours de la décennie, un peu plus rapide (4,9 % par an) entre 1976 et 1981, mais constante (4,1 % par an) avant (1971-1976) et après 1981. Par rapport à l'ensemble des professions médicales, les médecins ont connu un taux de croissance supérieur (6 % entre 1976 et 1981) ils représentent 59 % des effectifs du groupe en 1983 (55 % en 1971).

En raison du contrôle exercé sur la démographie de leur profession, les pharmaciens voient leurs effectifs augmenter de façon continue (4 %).

Le nombre de chirurgiens-dentistes a progressé de 5 % entre 1971 et 1976, avec une tendance au ralentissement depuis ; l'effectif des sages-femmes reste stable.

Tableau 1 : Professions médicales
Effectifs - France entière

Années au 01.01.	1971	1983
Professions		
Médecins	65 191	118 000
Chirurgiens-dentistes	20 571	33 048
Pharmaciens	25 460	41 113
dont : Titulaires d'officine	(17 533)	(21 811)
Sages-femmes	8 335	8 660
Ensemble	119 557	200 821

Source : SESI.

2. Les professions paramédicales

320 000 personnes exercent une profession paramédicale en 1983, ce qui représente une progression des effectifs de plus 90 % en douze ans.

Pour ce groupe de professions, c'est également entre 1976 et 1981 que la croissance a été la plus importante, 6 % l'an ; depuis 1981, elle s'est infléchie bien que toujours positive (4,2 %). Ce mouvement est lié à celui du groupe infirmier largement majoritaire (85 % des effectifs) et au rythme d'évolution des infirmiers diplômés d'État (IDE), supérieur à 7 % entre ces deux dates, 1976-1981. C'est entre 1971 et 1976 que l'augmentation des effectifs a été la plus forte pour la plupart des autres professions paramédicales (masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, infirmiers psychiatriques et audioprothésistes).

Tableau 2 : Professions paramédicales
Effectifs - France entière

Années au 01.01	1971	1983
Professions		
Infirmiers	143 106	271 253
dont :		
- Infirmiers diplômés d'État	(110 000)	(211 393)
- Infirmiers psychiatriques	(33 106)	(59 860)
Masseurs kinésithérapeutes	18 000	33 341
Pédicures	4 500	6 167
Orthophonistes	2 010	7 769
Audioprothésistes	916	1 110
Orthoptistes	370	1 337
Ensemble	168 902	320 977

Source : SESI.

3. Progression différenciée des professionnels selon les secteurs d'activité

Au cours de cette période, notamment entre 1976 et 1983, on constate une augmentation annuelle moyenne des effectifs plus nette dans les établissements publics que dans les hôpitaux privés et le secteur libéral (13).

(13) Les effectifs des «autres secteurs d'activités» constituent le solde des effectifs totaux auxquels on a soustrait les effectifs des trois principaux secteurs d'activité. Pour des raisons de méthodologie, l'étude de l'évolution de «ces autres secteurs» n'est pas possible entre 1976 et 1983. On trouvera en annexe 2 la répartition des professions de santé par secteur d'activité (effectifs et pourcentages) au 1er janvier 1983. Le chiffre des pourcentages ne correspond pas exactement à ceux indiqués page suivante en raison d'un mode de calcul différent cf. FOULON D. et WCISCO M. op. cité.

De ce fait, ces années ont été marquées par une diminution générale de la part de l'exercice libéral plus ou moins nette selon les professions. Ainsi, les sages-femmes libérales ne représentent plus que 17 % des effectifs de leur groupe (contre 28 % en 1976). De même, 47 % des pharmaciens ont une activité salariée (contre 37 % en 1976) (14). Dans les autres professions, la réduction du nombre des libéraux est moins vive, la part de l'exercice libéral passe de 73 à 67,3 % chez les médecins, de 13 à 11 % chez les infirmiers diplômés d'État, de 71 à 68 % chez les masseurs kinésithérapeutes.

Dans le secteur de l'hospitalisation, la progression annuelle moyenne des médecins, y compris les attachés et les temps partiels est légèrement plus importante dans le public (6,5 %) que dans le privé (5,6 %). Le taux de croissance des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers (7,3 % dans le public) est supérieur à celui du privé (respectivement 4,2 % et 5,6 %). Il en est de même pour les sages-femmes (5,5 % dans le public et 1,1 % dans le privé).

L'accroissement du nombre d'aides-soignants (AS) est comparable dans l'un et l'autre secteur d'hospitalisation (4,8 % dans le public, 4,5 % dans le privé). En revanche, depuis 1979, les effectifs des agents des services hospitaliers (ASH) diminuent en valeur absolue dans les établissements publics alors qu'ils continuent à augmenter dans le privé (2,9 %).

Légère modification du poids respectif des différentes professions

On retiendra que les professions paramédicales ont accru leur importance par rapport aux professions médicales : leur part est de 62 % en 1983 (59 % en 1971), et ceci est dû à la montée des infirmiers, lesquels sont dominants (85 %) au sein de leur groupe.

La structure des emplois hospitaliers du secteur public est quasi stable. Entre 1976 et 1983, le nombre des infirmiers par rapport au nombre de médecins est passé de 2,5 à 2,6 ; celui des aides-soignants par rapport aux infirmiers de 1,1 à 1,0 ; celui des aides-soignants par rapport aux agents hospitaliers de 1 à 0,8. Ainsi, la proportion des infirmiers par rapport au nombre de médecins a légèrement augmenté. Elle s'accompagne d'un fléchissement du rapport infirmier/aide-soignant et aide-soignant/agent des services hospitaliers (15).

Dans les établissements privés, la proportion des ASH par AS est moindre (0,5) et le rapport entre les différentes catégories d'emplois reste également inchangé.

(14) L'augmentation du nombre de pharmaciens salariés s'explique par l'obligation récente contraignant les pharmaciens à être présents dans leurs officines.

(15) On rapprochera cette donnée des recommandations récentes du ministère prévoyant un quota de trois AS pour un ASH. Cf. protocole d'accord en date du 21 octobre 1988 signé par le ministère des Affaires Sociales et les organisations syndicales.

II - DÉCÉLÉRATION DE LA CROISSANCE OU LA PÉRIODE ACTUELLE

La décélération des taux de croissance intervient après des années de forte augmentation des effectifs, notamment chez les médecins et les infirmiers ; le ralentissement de l'expansion, déjà amorcé, se confirme pour les autres professions médicales et paramédicales. Néanmoins, le secteur de la santé continue à créer des emplois. Seules les données relatives au corps médical et à la profession infirmière (16) sont présentées ci-après.

1. Le corps médical : une progression toujours positive mais contrastée

Chaque année, les effectifs des médecins augmentent de 3,3 % (17). Selon l'INSEE, l'ensemble des emplois de la population active a diminué de 0,3 % par an entre 1981 et 1986 ; le taux annuel de croissance de la population est de 0,5 %. Ainsi, la densité des médecins par nombre d'habitants passe de 200 à 236 pour 100 000, soit un médecin pour 422 habitants.

À cette tendance globale correspondent des évolutions différentes suivant les domaines d'activité et le mode d'exercice, libéral ou salarié.

Le maintien d'un rythme de croissance élevé, 5,8 % par an en moyenne caractérise le groupe des médecins spécialistes alors que les médecins généralistes ne progressent que de 1,6 %. De ce fait, les spécialistes qui représentaient 39 % des médecins en 1981, sont en passe de devenir majoritaires (45 % en 1987). Cette montée de la spécialisation va de pair avec une progression du salariat : 36,6 % de spécialistes sont salariés en 1987 (18) contre 33,3 % en 1981. Cependant, ceci n'est pas vrai pour toutes les disciplines : ni pour la psychiatrie qui connaît le taux de croissance le plus élevé (7,3 %) avec une extension du secteur libéral (19), ni pour les chirurgiens spécialisés.

(16) FAURE M. et WCISLO M., étude citée.

(17) Évolution moyenne annuelle depuis 1981.

(18) L'amélioration technique des enquêtes relatives aux spécialités peut entraîner un léger biais et conduire à une surestimation de la progression de leurs effectifs.

(19) Il n'était pas dans le propos de cette étude d'isoler une discipline médicale particulière. Ainsi, le bilan reste à faire pour le secteur psychiatrique. En effet, en ce qui concerne les emplois des infirmiers psychiatriques, par exemple, les centres hospitaliers spécialisés (CHS) et les hôpitaux privés psychiatriques (HPP) n'ont pas été pris en compte car intégrés depuis trop peu de temps dans les enquêtes hospitalières (H 80 et EHP). Ceci est d'autant plus regrettable pour la région Bretagne qui compte une hospitalisation psychiatrique importante. Compte tenu des questions que l'on se pose à ce propos : s'agit-il d'institutions héritées du passé ? Leurs structures sont-elles adaptées aux problèmes de santé mentale de la population, une étude spécifique est à envisager. Cf. La santé en Bretagne, ORSB-ENSP, 1989.

À l'inverse, si l'activité salariée a offert un débouché non négligeable aux médecins spécialistes (spécialités médicales), la part de l'exercice libéral tend à augmenter chez les médecins généralistes. Elle passe de 68,5 % en 1981 à 72,7 % en 1987.

Selon les auteurs de l'étude citée, la spécialisation est en partie induite par la réforme du troisième cycle des études médicales datant de 1984 qui a incité les étudiants à s'inscrire en nombre aux certificats d'études spécialisés.

L'évolution du corps médical témoigne d'une part de l'effet d'entraînement de la logique hospitalière, lorsque les hôpitaux recrutent, ils engagent des spécialistes et d'autre part, sans doute de la crise démographique que connaissent les professions médicales : faute d'un espace et d'un statut renouvelés pour la médecine générale, les jeunes diplômés cherchent l'accès à une spécialisation. Mais ces spécialistes trouveront-ils encore longtemps des emplois salariés à l'hôpital et ne seront-ils pas contraints comme les généralistes à tenter leur chance dans le libéral ?

L'essor démographique des spécialistes possède sa propre dynamique et déborde les politiques de recentrage de l'hôpital sur sa fonction technique. Cette tendance forte a-t-elle des incidences sur l'organisation et la conception du soin, la relation aux malades, le travail des autres catégories de personnel dans les institutions et sur les autres professionnels du secteur ambulatoire ? Enfin, n'y a-t-il pas une contradiction, du moins en apparence, entre la démographie médicale et l'opinion courante diffusée par la presse selon laquelle les hôpitaux et notamment l'hôpital public seraient sous-médicalisés ?

Tableau 3 : Effectifs des médecins en activité par disciplines
Part des libéraux - France entière

Années au 01.01 Disciplines	1982		1987		Évolution moyenne annuelle des effectifs
	Ensemble médecins	Pourcentage des libéraux	Ensemble médecins	Pourcentage des libéraux	
Médecins spécialistes	42 030	66,8	58 939	64,1	5,8
Médecins généralistes	66 024	68,5	72 579	72,7	1,6
Total	108 054	67,8	131 518	68,8	3,3

Source : SESI - Étude citée.

Les disparités régionales : elles tendent à se résorber lentement. On observe un même contraste entre les médecins spécialistes et les généralistes. En ce qui concerne ces derniers, «dans les régions qui ont eu des évolutions supérieures à la moyenne» - du point de vue de la progression des effectifs - «le secteur salarié a augmenté deux à trois fois plus que le secteur libéral» (20).

(20) FAURE M. et WCISLO M., étude citée.

**Tableau 4 : Évolution différenciée du corps médical selon la discipline et le mode d'exercice
France entière et région Bretagne**

	Croissance moyenne annuelle 1981 - 1987		
	Ensemble	Secteur libéral	Secteur salarié
FRANCE			
Médecins spécialistes	5,8	5,1	7,2
Médecins généralistes	1,6	2,6	- 0,8
Ensemble	3,3	3,6	2,8
BRETAGNE			
Médecins spécialistes	8,5	4,4	15,7
Médecins généralistes	< 1,6	2,8	- 3,9
Ensemble	4,0	3,4	5,2

Source : FAURE M. et WCISLO M., étude citée.
Données statistiques SESI.

C'est le cas de la région Bretagne qui a accueilli entre 1981 et 1987, des médecins spécialistes à un rythme supérieur à la moyenne nationale. Elle vient en troisième position après la Picardie et la Haute-Normandie. Elle devance ces deux régions dans l'extension de l'exercice salarié par rapport au secteur libéral. En revanche, l'évolution du nombre de médecins généralistes serait, pendant cette période, inférieure à celle de la moyenne nationale. Si la Bretagne, avec quelques autres régions, s'inscrit de façon positive dans le développement de toutes les spécialités sur l'ensemble du territoire, on retiendra cependant que l'étude citée conclut sur le «maintien des disparités régionales... Quatre régions continuent d'attirer 50 % des effectifs des spécialistes (21). Quant au Nord-Pas-de-Calais, il reste toujours sous-médicalisé».

2. Les infirmiers : effectifs stationnaires dans le secteur public, en légère progression dans les secteurs privé et libéral

Le groupe infirmier dans sa totalité, IDE, autorisés et infirmiers psychiatriques connaît, depuis 1981, une décélération de son taux de croissance imputable à la stagnation des effectifs des infirmiers psychiatriques (variation annuelle entre 1982 et 1985 : 0,6 %) et au ralentissement des créations d'emplois des IDE dans les établissements publics (2,3 %) : «sans le développement du temps partiel, les effectifs d'infirmiers des hôpitaux publics seraient restés stationnaires» (22).

(21) L'Ile-de-France, la Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Rhône-Alpes et l'Aquitaine.

(22) SESI - Les infirmiers et les infirmières en France - Évolution de 1979 à 1986 - Dossier : les professions de santé n° 3, 1988, mai-juin.

Les infirmiers diplômés d'État exercent leur profession à l'hôpital public, à l'hôpital privé, en libéral et travaillent pour une part non négligeable d'entre eux (17 % en 1985) dans une multiplicité d'institutions (écoles, PMI...). Tous secteurs confondus, la population des IDE est passé de 211 393 personnes en 1981 à 233 313 en 1985 avec un taux d'accroissement moyen de 3,3 %, tout à fait comparable à celui des médecins. Le tableau suivant rend compte de l'évolution des effectifs dans les trois principaux secteurs d'activité. Il montre que le rythme de croissance est plus soutenu dans les établissements d'hospitalisation privée et dans le secteur libéral que dans le secteur hospitalier public.

Tableau 5 : Évolution des effectifs infirmiers diplômés d'État par secteurs d'activité : hôpitaux publics, hôpitaux privés et exercice libéral

Croissance des effectifs infirmiers diplômés d'État						
Années au 30.12	Infirmiers hôpitaux publics	Évolution pourcentage	Infirmiers hôpitaux privés	Évolution pourcentage	Infirmiers libéraux	Évolution pourcentage
1979	98 400	-	31 302	-	21 357	-
1980	103 500	+ 5,2	32 966	+ 5,3	22 620	+ 5,1
1981	111 050	+ 7,3	34 222	+ 3,8	23 509	+ 1,7
1982	114 380	+ 3,0	35 894	+ 4,9	23 418	+ 1,8
1983	117 241	+ 2,5	37 876	+ 5,5	24 021	+ 2,6
1984	118 821	+ 2,2	40 763	+ 7,6	25 279	+ 5,2
1985	122 451	+ 3,1	43 384	+ 6,4	27 040	+ 7,0
1986	-	-	-	-	29 451	+ 8,9
Taux d'accroissement moyen	1982/1985	+ 2,3	1982/1985	+ 6,5	1982/1986	+ 5,9

Source : SESI - Étude citée.

Ainsi en 1985, ces deux derniers secteurs ont créés 20 % d'emplois de plus que le secteur public. Les infirmiers diplômés d'État des hôpitaux publics restent majoritaires dans le groupe des IDE, en activité, tous secteurs confondus. Mais leur part qui était de 54,8 % en 1981 n'est plus que de 52,5 % en 1985. Pendant cette période, celle des IDE du secteur privé a quasiment augmenté de deux points.

Les infirmiers du secteur libéral. Leur part reste constante et représente 11 % des IDE. Toutefois, le nombre d'infirmiers ayant choisi ce mode d'exercice a augmenté de 30 % entre 1980 et 1985 et leur taux de croissance continue à s'élever depuis 1984 (tableau 5). Selon l'étude du SESI (23) ce mouvement s'explique par le maintien du nombre d'élèves formés par les écoles et la diminution du recrutement dans les hôpitaux publics. À ceci, viendrait s'ajouter la régularisation de la situation des infirmiers remplaçants qui intervenaient jusqu'alors sous le numéro d'une infirmière déclarée.

(23) DEVEVEY J. et VERNHES C., étude citée.

Entre 1980 et 1986, l'activité moyenne d'un infirmier libéral (mesurée en actes) augmente de 30 %, principalement en raison du développement des soins à domicile (24) ; on constate un allongement de la période de forte activité ainsi que l'augmentation du pouvoir d'achat de ces professionnels.

Pour conclure, les mesures de maintien à domicile favorisent l'activité des infirmiers libéraux et leurs effectifs progressent régulièrement : ce mouvement va-t-il s'amplifier ? Existe-t-il une relation avec la tendance concomitante à la stabilisation-stagnation des IDE dans les hôpitaux publics ? Comment les infirmiers libéraux peuvent-ils «absorber» 30 % d'activité supplémentaire ? Peut-on distinguer les infirmiers qui exercent seuls et ceux qui travaillant dans des associations bénéficient d'une structure d'équipe et d'un recours possible à d'autres professionnels ? En quoi leurs interventions ont-elles changé dans la mesure où les actes infirmiers au sens strict seraient moins fréquents ?

On se posera également la question du travail infirmier hospitalier. Comment l'évolution positive des effectifs médicaux, en particulier l'accroissement régulier du nombre de spécialistes salariés exerçant à l'hôpital va t-elle s'accommoder d'une croissance ralentie voire stabilisée des emplois paramédicaux ?

(24) On notera que les soins à domicile peuvent être pratiqués par des IDE ayant un statut de libéral ou de salarié, exerçant seul ou dans des institutions diverses, telles l'hospitalisation à domicile (HAD) créées en 1974, les centres de soins infirmiers aux personnes âgées (SSIADPA) datant de mai 1981 - ou de 1983, sous l'autorité des hôpitaux publics - voire des centres de santé et/ou des cabinets de groupe. La notion même d'infirmier libéral mériterait d'être précisée et son champ d'activité redéfini.

CHAPITRE II

LES PROFESSIONS ET LES EMPLOIS DE SANTÉ EN BRETAGNE

Cette partie de l'étude comprend deux sous-ensembles. Le premier rend compte de l'évolution des professions médicales et paramédicales en Bretagne pendant les deux périodes retenues 1971-1983 et après 1983. Le deuxième s'intéresse au mouvement de l'emploi dans les hôpitaux privés et les hôpitaux publics de la région, tel qu'il est possible de l'observer depuis les années 1983, 1984 à partir des dispositifs nationaux (H 80, EHP). Les professions ? Les emplois ? Comment les mettre en perspective ? Quelle approche privilégier ? Pour l'utilisateur extérieur, préoccupé de saisir l'événement dans son actualité, de descendre à un niveau fin d'analyse, d'éclairer les résultats en resituant les données dans une histoire régionale récente, l'exploitation des informations disponibles reste une entreprise encore difficile et un peu hasardeuse. Ce chapitre en témoigne. Les problèmes rencontrés, dont certains sont liés à la jeunesse des enquêtes mises en place, seront examinés en conclusion.

Les sources utilisées sont pour les **professions**, le fichier ADELI et pour les **emplois**, l'enquête H 80 du ministère de la Santé.

Ici, «le secteur de la santé» renvoie à ces deux notions. Les professions médicales et paramédicales et les emplois hospitaliers du public et du privé. Il s'agit de deux ensembles qui se recoupent en partie : une proportion variable de professions médicales et paramédicales est employée par les établissements hospitaliers mais les effectifs de ces derniers comprennent des catégories qui ne sont pas toujours prises en compte dans l'évaluation des emplois du champ sanitaire.

À cette définition particulière que nous avons donnée au «secteur de la santé», il conviendrait d'opposer d'autres constructions (25) :

(25) Cf. Introduction de la première partie.

- celle de branche d'activité «santé», correspondant à une approche simplifiée, le champ couvert par cette conception de la santé coïncide dans ce cas avec la branche «santé, services marchands» définie par la nomenclature d'activité et de produits ;

- celle de filière santé ou conception élargie qui renvoie à une définition extensive de l'activité santé.

-:-:-

Le secteur de la santé, en Bretagne a été particulièrement dynamique au cours de la décennie 1971-1981. Les professions médicales et paramédicales ont connu un accroissement numérique supérieur à celui constaté au niveau national. Les principaux bénéficiaires en ont été les médecins, le groupe infirmier dans son ensemble et les infirmiers psychiatriques, notamment. L'augmentation du nombre de médecins spécialistes salariés indique la part prise par l'activité hospitalière dans ce développement ; l'importance du secteur public s'affirme par ses moyens en personnels médicaux et soignants. Après le mouvement positif qui a permis à la région de rattraper son retard, de promouvoir une médecine spécialisée et la lutte contre les maladies mentales (26), on constate un changement qui affecte en premier le secteur de l'hospitalisation. Cette rupture est récente, elle date de 1983, 1984 ; elle touche, semble-t-il, plus vivement le secteur public que le secteur privé, certaines catégories professionnelles plus que d'autres. Ainsi si le nombre de médecins hospitaliers continue à progresser, même de façon ralentie, on peut se demander si la pratique de réduction du temps de travail qui tend à se diffuser est toujours compensée par la création de nouveaux postes, infirmiers, par exemple ? Quand il s'agit d'emplois peu qualifiés, ceux-ci régressent en Bretagne comme ailleurs.

Mais les données disponibles n'autorisent pas des conclusions plus détaillées et plus fermes. Du point de vue de l'emploi, tout se passe comme si le secteur de la santé, après avoir connu une expansion «massive» était l'objet d'un réaménagement, d'un ajustement qualitatif de son activité et de ses personnes, sans avoir pour autant abandonné son élan passé. On comprend d'autant mieux, la nécessité d'avoir une information fine, fiable, non polémique pour anticiper les problèmes de gestion qui ne vont pas manquer de se poser et le débat méthodologique actuel engagé entre les services intéressés au niveau national et régional.

(26) Observatoire régional de santé : les marchés de clientèle entre hôpitaux publics et privés. Le cas du Nord-Ouest et de la Bretagne.

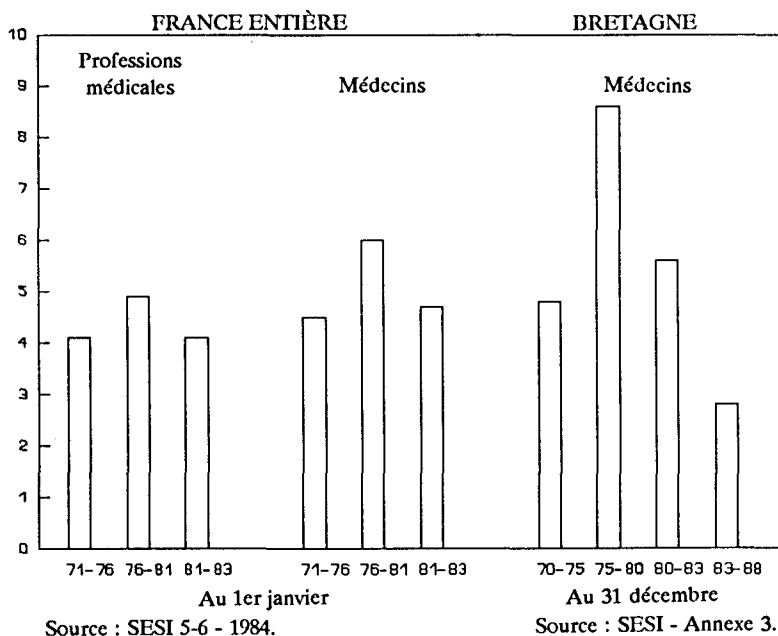
I - LES PROFESSIONS DE SANTÉ

1. Les professions médicales

Entre 1971 et fin 1983, les professions médicales ont vu leurs effectifs passer de 4 330 à 8 450 personnes. Elles ont donc pratiquement doublé et pendant cette période, leur progression a été plus rapide que celle de la moyenne nationale (95 % contre 68 %).

Ce sont les médecins qui, en nombre, ont le plus augmenté, + 123 %. Ainsi, la région Bretagne qui disposait de moins d'un médecin pour 1000 habitants (0,995) dans les années 1970 a un peu plus de deux médecins (2,07) fin 1986. Cette densité reste cependant légèrement inférieure à la densité moyenne française (2,26 hors région parisienne).

Graphique 1 : Évolution des taux de croissance des professions médicales



Dès 1971, le taux de croissance du corps médical a été supérieur au taux moyen national, la période de plus forte amplitude se situant entre 1975 et 1980. Depuis 1983, la démographie médicale en Bretagne, connaît le même type de ralentissement que

celui constaté au plan général, avec toutefois une élévation régulière des effectifs (+ 2,8 %) (27).

Au cours de cette période (1971-1983), le nombre des chirurgiens-dentistes a augmenté de 77 % et celui des sages-femmes de 54 %.

2. Les professions paramédicales

Elles ont plus que doublé pendant la période considérée. Les effectifs, pour l'ensemble de ces professions sont passés de 7 817 à 17 840. Leur progression a été de 128 % en douze ans, dépassant de beaucoup l'évolution constatée au plan national (+ 90 %). Le groupe des infirmiers (IDE + infirmiers psychiatres) est de loin le plus important, il comprend 89 % des effectifs ; dans la structure des professions paramédicales, le poids de ce groupe est constant ; toutefois, le rapport entre le nombre des infirmiers IDE et autorisés et celui des infirmiers psychiatriques a un peu bougé, au bénéfice de ces derniers : ils représentent en 1983, 30 % du groupe infirmier contre 23 % en 1971.

Le tableau suivant rend compte de l'évolution respective de chacune des professions.

Tableau 6 : Évolution des effectifs et de la structure professionnelle des professions paramédicales - Bretagne

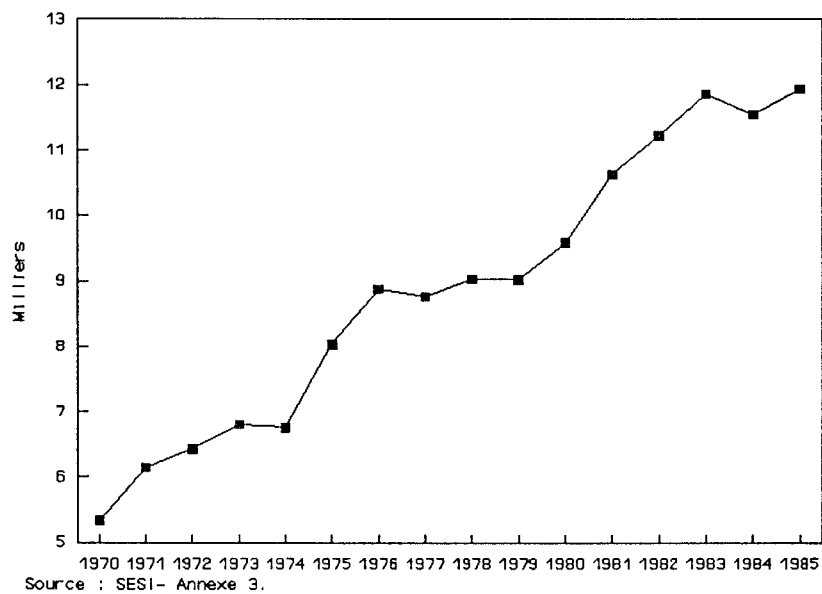
Professions paramédicales	01.01.1971		01.01.1983		Évolution 1971/1983 Pourcentage
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Infirmiers	6 945	89	15 932	89	129
dont :					
- Infirmiers diplômés d'État et autorisés	5 333	(68)	11 224	(63)	110
- Infirmiers psychiatriques	1 612	(21)	4 708	(26)	192
Masseurs kinésithérapeutes	656	8	1 329	8	102
Pédicures	114	}	225	}	
Orthophonistes	49	}	263	}	
Audioprothésistes	41	}	41	}	3
Orthoptistes	12	}	50	}	
Ensemble	7 817	100	17 840	100	128

Source : SESI.

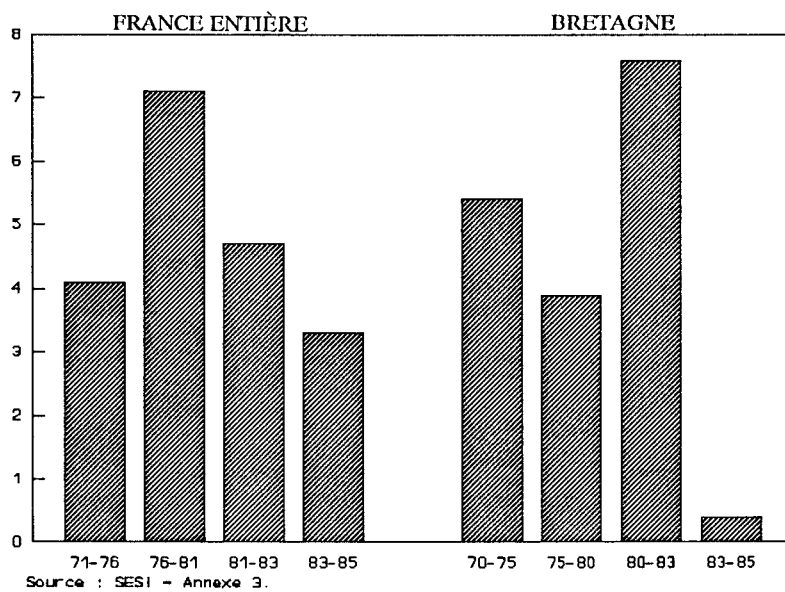
Le tableau 5 et les graphiques 2 et 3 concrétisent la montée des effectifs infirmiers qui s'est opérée de façon parallèle à celle du corps médical dont on a montré que le taux de croissance avait été supérieur à la moyenne nationale entre les années 1974 et 1983.

(27) Annexe 3 : Évolution des professions de santé par secteur d'activité en Bretagne (1970-1988).

Graphique 2 : Évolution des effectifs IDE tous secteurs confondus en Bretagne

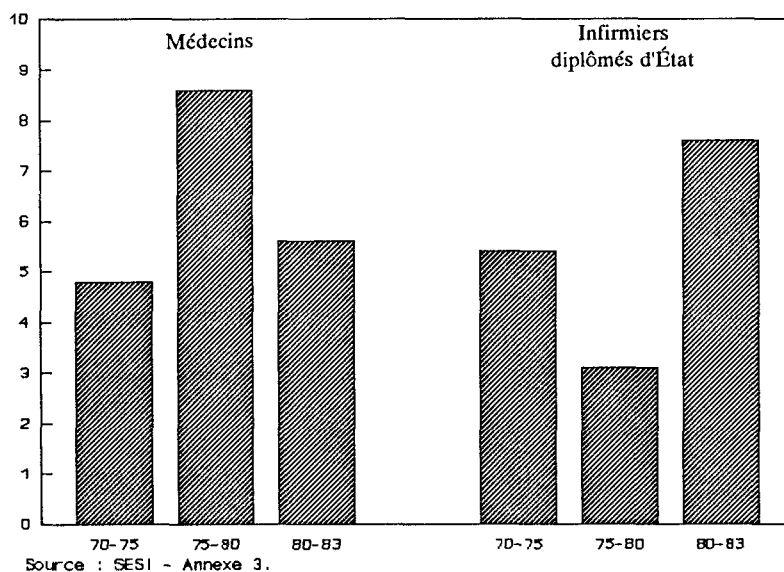


Graphique 3 : Évolution du taux de croissance des IDE



Depuis 1983, on n'est plus dans le même type de croissance. L'évolution positive entre 1984 et 1985 (+ 3,4 %) intervenant après une baisse des effectifs en 1984 est comparable à la tendance nationale (28).

Graphique 4 : Comparaison du rythme de croissance du corps médical et des IDE en Bretagne



On manque de recul pour juger de l'évolution respective, depuis 1983 et surtout 1985 du corps médical et des IDE. On peut néanmoins souligner l'arrêt de la progression des infirmiers (0,4 % de croissance annuelle entre 1983 et 1985) alors que celle des médecins continue, même de façon ralentie (+ 2,8 % de croissance annuelle entre 1983 et 1988). Ce mouvement de stabilisation des infirmiers est conforme à l'effort demandé aux hospitaliers pour contrôler le coût des dépenses, notamment par l'arrêt du recrutement. L'évolution des effectifs par secteur d'activité objet du prochain chapitre, sera l'occasion d'examiner si la région Bretagne s'aligne sur le comportement général, avec un développement plus important du secteur libéral et du secteur privé.

3. Les professions de santé et les différents modes d'exercice

Les sorties nationales concernant le suivi des effectifs dans les régions sont actuellement l'objet d'une révision méthodologique. La confusion possible entre les emplois et les effectifs réels est liée à la difficulté d'apprécier exactement le temps passé dans une activité, dans un même lieu ou dans plusieurs.

(28) Cf. note (27).

Ces sorties concernent les trois principaux secteurs d'activité : l'hôpital public, l'hôpital privé et l'exercice libéral. Les données relatives aux autres lieux de travail (PMI, médecine scolaire, médecine du travail...) seraient du ressort des régions.

Dans l'attente des résultats des nouvelles enquêtes, on s'intéressera à l'évolution du mode d'exercice des médecins, pris dans leur ensemble, puis, dans le chapitre suivant, consacré au secteur de l'hospitalisation privée et publique, aux mouvements d'emploi, non seulement des médecins et des infirmiers mais aussi des autres personnels du système hospitalier.

En dehors des infirmiers qui travaillent de façon majoritaire dans les hôpitaux et des médecins dont les deux tiers appartiennent au secteur libéral, les professions paramédicales, exercent, elles aussi, plutôt en libéral et on peut penser que la croissance légère de leur nombre ne s'accompagne pas d'une modification conséquente de cette orientation.

4. Le mode d'exercice du corps médical en Bretagne

On rappellera les deux tendances observées au niveau national :

- la progression du nombre de médecins exerçant en libéral, leur proportion passant de 67,8 % en 1981 à 68,8 % en 1987 (29) ;

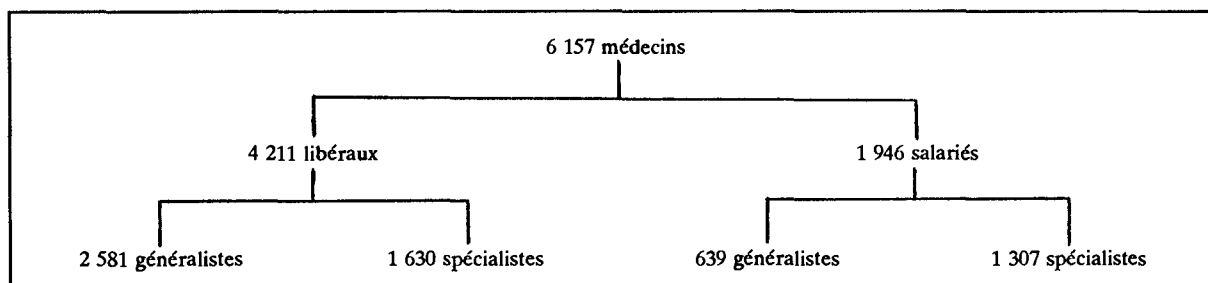
- constat global auquel des nuances peuvent être apportées. L'activité libérale est le fait des médecins généralistes qui s'accroissent plus faiblement que les médecins spécialisés ; ceux-ci voient leurs effectifs augmenter plus vite, notamment dans le secteur salarié de la santé pour certains d'entre eux (spécialisation médicale) selon leur spécialisation.

La Bretagne compte un peu moins de médecins libéraux si l'on compare sa situation à celle de la moyenne nationale, 68,4 % contre 69,7 % selon les données les plus récentes (30).

(29) Ce mouvement paraît s'inscrire dans la durée : au 1er septembre 1989, les médecins libéraux représentent 69,7 % du corps médical - SESI n° 66 - mars 1989.

(30) Au 1er janvier 1989 - SESI.

Graphique 5 : Répartition des médecins par mode d'exercice et discipline au 1er janvier 1989 - Bretagne



Source : SESI n° 66 mars 1989.

Le mouvement d'ensemble des spécialistes dont la caractéristique vient d'être rappelée est nettement marqué au plan régional. Entre 1981 et 1987, la progression moyenne annuelle des médecins spécialistes dans le secteur salarié a été de 15,7 % (cf. tableau 4).

La croissance plus lente des généralistes a pour effet de diminuer leur importance relative dans le groupe du corps médical, ainsi que le montre le tableau suivant :

Tableau 7 : Évolution différenciée des médecins généralistes et des médecins spécialistes - Bretagne

Années au 31.12	1980	1982	1984	1986	1988	Évolution Effectifs 1980/1988 Pourcentage
Généralistes	2 915 64,6	3 064 61,3	2 985 53,9	3 125 54,7	3 218 52,3	10,4
Spécialistes	1 600 35,4	1 935 38,7	2 550 46,1	2 591 45,3	2 939 47,7	83,7
Ensemble	4 515 100,0	4 999 100,0	5 535 100,0	5 716 100,0	6 157 100,0	36,4

Source : SESI - Annexe 3.

Ces dernières années consacrent la montée en nombre des spécialistes, mais il est possible que ce mouvement soit en cours de stabilisation.

Tableau 8 : Évolution de la répartition des médecins par mode d'exercice et par discipline (spécialisation et médecine générale) - Bretagne

Années au 01.01	Libéraux, exclusifs et partiels			Saliés exclusifs			Ensemble		
	1	2	Total	3	4	Total	5	6	Total
	Spécialistes	Généralistes		Spécialistes	Généralistes		Spécialistes	Généralistes	
1985	34,7	65,3	100,0	62,2	37,8	100,0	46,0	54,0	100,0
1988	37,3	62,7	100,0	67,9	32,1	100,0	47,3	52,7	100,0
1989	38,7	61,3	100,0	67,2	32,8	100,0	47,7	52,3	100,0

Source : SESI IR n° 52 et 66.

On peut remarquer qu'entre 1985 et 1989 la proportion des spécialistes libéraux et salariés (colonnes 1, 3, 5) tend à augmenter par rapport au nombre de généralistes mais cette structure est quasi identique en 1988 et 1989.

La situation actuelle est la suivante : dans le secteur libéral un peu plus du tiers des médecins sont spécialisés, dans le secteur salarié, la proportion est inverse, un peu moins du tiers des médecins sont des généralistes.

Ou en d'autres termes, en médecine spécialisée, la part des médecins libéraux est de 55,4 %, elle est de 80 % en médecine générale. Les proportions sont respectivement de 64,1 % et de 72,7 % au plan national, au 1er janvier 1987.

II - L'EMPLOI DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

Quelques éléments de comparaison donnent une idée de l'importance respective des deux secteurs d'hospitalisation public et privé, en Bretagne.

Par rapport à l'ensemble du corps médical, l'hôpital privé emploie 10 % de médecins à temps plein (y compris les internes), l'hôpital public 33,5 %. Dans ce secteur, le personnel hospitalier comprend 29 000 agents contre 9 000 dans le privé. Les infirmiers diplômés d'État (7 532) travaillant à l'hôpital public représentent 63 % de l'ensemble des professionnels en activité (11 936) contre 14,5 % exerçant dans le privé (1 730) (31).

(31) Année de référence : 1985 - Sources : SESI, EHP, H 80, DRASS.

1. Les établissements privés

L'étude de l'évolution des effectifs se rapporte aux années suivantes : 1984, 1985, 1986 et 1987. Elle concerne les établissements d'hospitalisation privée, les hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics (HPP) étant exclus.

Il serait possible de constituer une série plus longue mais au prix d'un travail long et incertain quant aux résultats en raison des changements de nomenclature et des modes de comptabilisation des personnes (regroupement des catégories) (32).

Ainsi, avant 1984, la fonction «non sanitaire» comprenait le personnel de direction, d'administration mais aussi l'ensemble des services généraux. Dans les services médicaux, figurait une catégorie «autres» numériquement importante et rassemblant des personnels de qualification hétérogène : brancardiers, femmes de salles, orthophonistes, ergothérapeutes. Les pharmaciens et les sages-femmes étaient classés dans la fonction médicale. En 1984 les pharmaciens sont comptés avec le personnel médico-technique, les sages-femmes sont réinsérées dans le personnel soignant et éducatif. À partir de 1986, les pharmaciens ne font plus partie du personnel médico-technique ; la fonction soignante et éducative est décomposée plus finement : les spécialisations infirmières sont repérables et de nouvelles catégories font leur apparition : aide médico-psychologique (AMP), aide-maternelle, musicothérapeute, les élèves (infirmiers, aides-soignants) sont indiqués en tant que tels.

Dans les tableaux suivants on a rapporté la totalité des effectifs sans tenir compte du temps de travail effectué. On analysera plus loin les catégories d'emplois auxquelles correspondent de nombreux temps partiels.

1.1. Vue d'ensemble sur les fonctions hospitalières

Les tableaux 9 et 10 rendent compte des grandes fonctions hospitalières, de leur poids en personnel, de l'évolution des effectifs et des modifications dans les rapports entre les domaines d'activité, du point de vue du nombre de leurs agents.

(32) Voir annexe 5 - Évolution des nomenclatures utilisées.

Tableau 9 : Évolution des effectifs par grandes fonctions hospitalières
(à l'exclusion du corps médical) - Secteur privé - Bretagne

Années au 31.12	1984		1985		1986		1987		TCAM	Évolution 1984/1987
	Effectifs		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	%	%
Fonctions/Personnel (1)										
Personnel administratif	1 120		1 177	+ 5,0	1 154	- 2,0	1 145	- 1,0	0,7	2,0
Personnel service médical (2)	5 284		5 421	+ 2,6	5 422	-	5 485	+ 1,2	1,3	3,8
Psychologues	17		19		19	+ 1,6	21			
Sages-femmes	121		123	+ 1,7	125		134	+ 7,2	3,5	9,0
Personnel éducatif + assistants de service social	301		346		331		306			
Personnel médico-technique	220		229	+ 4,1	246	+ 7,4	243	- 1,2	3,4	10,5
Pharmaciens	76		79		63		62			
Personnel technique et ouvrier	1 908		1 927	+ 1,0	1 814	- 5,9	1 765	- 2,7	- 2,5	- 7,5
Total	9 047		9 321	+ 3,0	9 174	- 1,6	9 161	- 0,1	+ 0,4	+ 1,3

Source : SESI ST2 EHP.

(1) Voir annexe 5 - Évolution des nomenclatures utilisées.

(2) Pour mémoire, le personnel des services médicaux comprend l'ensemble des qualifications infirmières, l'ensemble des aides et agents hospitaliers, l'ensemble des «paramédicaux» (masseurs kinésithérapeutes, diététiciens).

On peut constater :

- la quasi-stabilisation des effectifs, mais il faut se rappeler que les données de ce tableau ne tiennent pas compte de la progression des temps partiels qui compense la diminution du travail en «équivalent temps plein» ;

- la progression maintenue des effectifs dans les services médico-techniques et médicaux qui s'est accompagnée d'une réduction sévère des personnels appartenant aux services généraux ; ce resserrement touche également les services administratifs. Toutefois, en ce qui concerne les services médicaux, l'augmentation est si faible qu'il paraît nécessaire d'examiner plus en détail qui elle concerne et de vérifier si elle ne correspond pas à la réduction du temps de travail.

Ces évolutions se reflètent dans la structure interne des grandes fonctions comme en témoigne le tableau 10 ci-après.

Tableau 10 : Évolution de la structure d'activité, en effectifs, le corps médical exclu - Bretagne

Personnel	1984		1987	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Personnel administratif	1 120	12,4	1 145	12,5
Personnel médico-social (1)	5 723	63,3	5 946	64,9
Personnel médico-technique	296	3,3	305	3,3
Personnel technique et ouvrier	1 908	21,0	1 765	19,3
Total	9 047	100,0	9 161	100,0

Source : SESI ST2 EHP.

(1) Y compris les emplois de sages-femmes, psychologues, éducateurs et assistants de service social.

Le tableau ci-dessous se rapporte à l'ensemble des fonctions et des personnels du secteur d'hospitalisation privé.

Tableau 11 : Évolution de la structure d'activité, en effectifs, y compris le corps médical - Bretagne

Années au 31.12	1984		1987	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Personnel non médical dont :				
- Personnel administratif	1 120	10,4	1 145	10,3
- Personnel médico-social	5 723	53,1	5 946	53,2
- Personnel médico-technique	296	2,7	305	2,7
- Personnel technique et ouvrier	1 908	17,7	1 765	15,8
Personnel médical	1 729	16,1	2 009	18,0
Total	10 776	100,0	11 170	100,0

Source : SESI ST2 EHP.

Par rapport au constat précédent, il est intéressant de noter la part accrue des médecins (en nombre et tous modes d'intervention confondus) dans l'activité hospitalière alors que celle des personnels de chacune des autres grandes fonctions tend à se stabiliser voire à se réduire.

Avant de procéder à l'analyse plus détaillée des services médicaux, on conclura ce chapitre de présentation générale en s'intéressant à la fonction médicale, soit au corps médical exerçant dans le secteur de l'hospitalisation privée.

1.2. Le corps médical : ses effectifs, son mode d'activité, les tendances de l'évolution

Tableau 12 : Évolution des effectifs du corps médical selon son mode d'activité - Bretagne

	1984		1985		1986 (1)		1987	
	Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel
Personnel médical	472	768 (415)	512	858 (462)	518	848 (485)	547	890 (495)
Internes médecins	31	3	30	21	40	12	-	-
Internes pharmaciens	-	-	-	-	1	-	34	13
Stage pratique interne	23	1	24	-	10	-	-	-
Étudiant		16	4	16	8	12	18	12
T1	526	788	570	895	577	872	599	915
T2		1 203		1 357		1 357		1 410
T3	1 729		1 927		1 934		2 009	

Source : SESI ST2 EHP.

(1) Depuis 1986, le temps partiel comprend deux cas de figures : activité supérieure ou inférieure à six demi-journées.

Ce tableau se lit de la façon suivante :

Le **personnel médical** comprend l'ensemble des médecins exerçant les différentes disciplines de qualification dans les spécialités médicales, chirurgicales, biologie, psychiatrie, odontologie et santé publique.

Pour chaque année, la première colonne correspond à une activité temps plein (salariée ou non salariée), dans la deuxième colonne, le premier chiffre correspond à une activité temps partiel, le second chiffre entre parenthèses, indique le nombre de médecins intervenus dans l'année, à titre exceptionnel.

La ligne T1 établit la sommation des effectifs, par temps passé (à l'exclusion des intervenants occasionnels). La ligne T2 indique les effectifs par temps passé (y compris les intervenants occasionnels). La ligne T3 donne la totalité des intervenants médicaux (y compris les intervenants occasionnels).

Les données du tableau 12 sont présentées, de façon synthétique ci-après.

Tableau 13 : Évolution des modes d'activité du corps médical
- Bretagne -

Années au 31.12	1984	1985		1986		1987		TCAM	1987/1984
	Effectifs	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		%
Exercice temps plein	526	570	8,4	577	1,2	599	3,8	4,5	13,9
Exercice temps partiel	788	895	13,6	872	- 2,6	915	4,9	5,3	16,1
Exercice occasionnel	415	462	11,3	485	5,0	495	2,1	6,1	19,3
Total	1 729	1 927	11,5	1 934	0,4	2 009	3,9	5,3	16,2

Source : SESI ST2 EHP.

Les différents modes d'activité s'équilibrent : 30 % du corps médical exerce à temps plein, un peu plus (45 %) à temps partiel et 24 % des médecins interviennent à titre exceptionnel. Sur cette courte période, on peut noter qu'en moyenne, la progression du nombre de médecins est positive et supérieure à celle des autres catégories de personnel (tableau ci-dessous).

Tableau 14 : Évolution des effectifs du secteur hospitalier privé
Croissance annuelle moyenne - Bretagne

Catégories de personnel	TCAM 1984-1987
Personnel administratif	0,7
Personnel services médicaux	1,3
Personnel médico-social	3,5
Personnel médico-technique	3,4
Personnel technique et ouvrier	- 2,5
Personnel médical :	
- Médecins temps plein	4,5
- Médecins temps partiel	5,3
- Médecins exercice occasionnel	6,1

Source : SESI.

1.3. Le personnel des services médicaux (à l'exclusion des médecins) : développement numérique contrôlé et sélectif

Cet ensemble comprend le personnel infirmier (encadrement, infirmiers spécialisés, infirmiers diplômés d'État et autorisés, infirmiers psychiatriques et élèves infirmiers), le personnel paramédical (kinésithérapeutes, orthophonistes...) la catégorie des aides (aides-

soignants, auxiliaires de puériculture..., élèves) et les agents hospitaliers. Les psychologues, les sages-femmes, le personnel éducatif et les assistants de service social ne font pas partie de cet ensemble.

La période observée - 1984-1987 - est très courte. De plus, les différentes catégories infirmières sont isolées statistiquement depuis 1986. Aussi, les commentaires seront-ils brefs et les constats, limités, faute de disposer d'informations plus fournies pour les interpréter.

On rappellera qu'au cours de ces quatre années, le taux de croissance annuel moyen des personnels des services médicaux a été faible, 1,3 %. Les effectifs passant de 5 284 agents en 1984 à 5 485 en 1987 ; plus faible que celui des médecins temps plein (4,5 %) des sages-femmes (3,5 %) et des personnels médico-techniques (3,4 %) (cf. tableaux 6, 10 et 11). Mais ces mouvements concernent de faibles effectifs.

Au total, la progression des effectifs paraît strictement maîtrisée. D'une part, le nombre des agents est globalement stabilisé. D'autre part, les emplois les plus qualifiés maintiennent une évolution positive alors que les emplois non qualifiés diminuent.

Tableau 15 : Progression des différentes catégories de personnel des services médicaux de l'hospitalisation privée - Bretagne

	1984	1985		1986		1987		TCAM
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Personnel infirmier	1 659	1 730	4,3	1 804	4,3	1 865	3,4	4,0
dont :								
- Encadrement infirmier	}	}		}		}		
- Encadrement non infirmier	}	}		}	197	}	211	7,0
- Infirmiers spécialisés	} 1 570	} 1 637		67		68		
- Infirmiers diplômés d'État et autorisés	}	}	-	1 454		1 498	3,0	-
- Infirmiers psychiatriques	89	93		86		87		
- Élèves infirmiers	-	-		-		1		
Personnel paramédical	340	363	6,8	386	6,3	376	- 2,6	3,5
Les aides	1 520	1 557	2,4	1 594	2,4	1 666	4,5	3,1
dont :								
- Aides-soignants	1 331	1 363	2,4	1 356	- 0,5	1 411	4,0	2,0
- Élèves aides-soignants	-	-		-		9		
- Auxiliaires puériculture	189	194	2,6	238	22,7	246	3,4	-
Agents hospitaliers	1 627	1 639	0,7	1 569	- 4,2	1 483	- 5,5	- 3,0
Autres personnels	138	132	-	69	-	95	-	-
Total	5 284	5 421	2,6	5 422	-	5 485	1,2	1,3

Source : SESI ST2 EHP.

L'ensemble du personnel infirmier connaît un taux de croissance moyen de 4 % (proche de celui des médecins temps plein). Au sein de ce groupe, les infirmiers spécialisés et

les infirmiers psychiatriques ont des effectifs stables. C'est donc le nombre des IDE qui augmente. On notera également entre 1986 et 1987, l'importance de la progression de l'encadrement (+ 7 %).

Le personnel paramédical a vu en 1987 ses effectifs diminuer de - 2,6 %. Cette chute intervenant après deux années de croissance non négligeable (+ 6 %).

Dans la catégorie des aides, les aides-soignants ont eu un taux de croissance annuel de 2 %. Il faut attendre 1987 pour que ce type de personnel connaisse une progression comparable à celle des infirmiers. Comptabilisés avec les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques, améliorent le score global. Malgré tout le ratio infirmiers/aides indique que ceux-ci sont, en nombre inférieur aux infirmiers.

La montée des AS en 1987 s'accompagne d'un mouvement inverse consacrant la réduction des ASH (- 5,5 %). Ceci a-t-il donné lieu à des promotions (précédées par des actions de formation), à des recrutements externes, au non remplacement des ASH quittant les institutions ?

Au total, la structure de qualification bouge légèrement même si, en nombre, les effectifs ont peu augmenté (comme le montre le tableau 16).

Tableau 16 : Évolution des effectifs des services médicaux et de la structure de qualification - Bretagne

	1984		1985	1986	1987	
	Effectifs	%	Effectifs	Effectifs	Effectifs	%
Personnel infirmier	1 659	31,4	1 730	1 804	1 865	34,0
dont :						
- Encadrement infirmier	}		}	}	}	
- Encadrement non infirmier	}		}	197	211	
- Infirmiers spécialisés	1 570		1 637	67	68	
- Infirmiers diplômés d'État et autorisés	}		}	1 454	1 498	
- Infirmiers psychiatriques	89		93	86	87	
- Élèves infirmiers	-		-	-	1	
Personnel paramédical	340	6,4	363	386	376	6,9
Les aides	1 520	28,8	1 557	1 594	1 666	30,4
dont :						
- Aides-soignants	1 331		1 363	1 356	1 411	
- Élèves aides-soignants	-		-	-	9	
- Auxiliaires puériculture, AMP...	189		194	238	246	
Agents hospitaliers	1 627	30,8	1 639	1 569	1 483	27,0
Autres personnels	138	2,6	132	69	95	1,7
Total	5 284	100,0	5 421	5 422	5 485	100,0

Source : SESI ST2 EHP.

Le personnel qualifié (infirmiers) augmente de trois points entre 1984 et 1987, le personnel non qualifié (ASH) diminue d'autant (- 3,8) au léger bénéfice des «aides» (+ 1,6) dont le niveau de formation est en principe de niveau V. Les agents hospitaliers, moins qualifiés représentent encore 27 % des agents des services médicaux.

1.4. L'aménagement du temps de travail

On évoquera d'abord rapidement l'apport de congrégations (33) au personnel des services médicaux : il tend à s'amenuiser avec le temps. On trouve des congréganistes dans le personnel infirmier et dans son encadrement, et aussi dans les services administratifs et les services généraux. À titre d'exemple 5 % des IDE appartenaient à des congrégations en 1984, il n'en reste plus que 1,9 % en 1987. Si la proportion des cadres infirmiers congréganistes se révèle plus importante, on peut penser que cette participation s'éteindra d'elle-même.

Le tableau suivant permet de situer l'évolution de la part du travail partiel, pour chaque catégorie d'emplois.

Tableau 17 : Évolution de la part des personnels travaillant à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation privée - Bretagne

Années au 31.12	1984	1985	1986	1987
Catégorie du personnel				
1. Direction	8,5	11,2	9,6	9,6
2. Administration	14,4	15,5	19,3	19,2
3. Ensemble infirmier (sauf infirmiers psychiatriques)	14,8	16,4	18,3	19,4
4. Infirmiers psychiatriques (1)	14,6	14,0	16,3	16,1
5. Ensemble des paramédicaux	46,5	44,9	55,7	50,3
6. Aides	9,3	11,7	13,0	14,4
7. ASH	6,9	8,8	13,2	14,1
8. Psychologues (1)	70,6	73,7	68,4	66,7
9. Sages-femmes	14,0	17,9	22,4	23,9
10. Personnel éducatif et assistants de service social	14,3	16,8	20,8	16,7
11. Personnel technique	6,9	3,1	10,1	4,5
12. Personnel ouvrier	10,0	10,9	12,8	14,2
13. Personnel médico-technique	18,2	17,0	22,0	27,2
14. Pharmaciens (1)	92,1	88,6	87,3	90,3

Source : SESI ST2 EHP.

(1) Effectifs < 100.

(33) La rubrique informant sur ce point a pour intitulé : congréganistes et bénévoles.

L'activité à temps partiel caractérise un certain nombre de professionnels qui peuvent, comme les médecins, cumuler différents modes d'exercice ; il s'agit de l'ensemble des professions paramédicales (à l'exclusion du corps infirmier) - ligne 5 du tableau -, des psychologues - ligne 8 -, des pharmaciens - ligne 14.

Ceci étant, le tableau 17 appelle les commentaires suivants :

- on constate une progression générale du temps partiel. Ce mouvement est conforme à ce qui est constaté, non seulement en France et pour la totalité des emplois (masculin et féminin), mais dans tous les pays développés (à l'exception de l'Italie). Ce point sera repris, en comparant cette situation avec celle des emplois publics ;

- les emplois où le temps partiel est le moins fréquent sont ceux de la direction et des services techniques (ingénieurs, techniciens, informaticiens - ligne 11) ;

- des conditions de travail difficiles et des horaires contraignants peuvent expliquer le développement du temps partiel, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un personnel jeune et féminin. Cependant dans l'administration et les services médico-techniques où la situation semble *a priori*, plus favorable, on assiste à une progression comparable. Ainsi les soignants (IDE, AS, ASH) ne se distinguent pas des autres à ceci près que l'aménagement du temps de travail pose pour les services de soin des contraintes nouvelles d'organisation et de coordination des équipes en raison de la nature particulière des prestations qui doivent être assurées en continuité et en qualité ;

- du point de vue du travail et de la gestion des ressources humaines, la progression des temps partiels signifie-t-elle une baisse d'activité ou une amélioration de la productivité ? Les employeurs cherchent-ils à imposer aux agents, à institutionnaliser en quelque sorte, une offre de travail réduite et flexible pour ajuster au plus près les besoins en personnel aux périodes de pointe et de surcharge ?

- ces questions restent en suspens, liées à un phénomène sans doute irréversible mais complexe, difficile à apprécier globalement dans ses aspects bénéfiques (RTT) ou problématiques (précarisation de l'emploi).

2. L'emploi dans les établissements hospitaliers du secteur public (CHS exclus)

Les années observées vont de 1982 à 1986. Le détail des catégories infirmières apparaît en 1984. Les données relatives à l'année 1983 n'ont pas pu être recueillies. Celles de 1982 sont synthétiques. Cette période, rappelons-le correspond à la substitution de l'enquête H 80 à H 76. Les informations de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) donnant lieu chaque année à un résumé des statistiques sous forme de mémento sont difficiles à exploiter : les rubriques correspondent à un agrégat

d'emplois et on ne dispose pas de la même information d'une année sur l'autre (34). Le plan de ce chapitre est ordonné comme le précédent.

2.1. Vue d'ensemble sur les fonctions hospitalières

Les tableaux 18 et 19 donnent une idée d'ensemble de l'évolution des effectifs et de la structure des emplois par grandes fonctions, il s'agit des années les plus récentes.

Tableau 18 : Évolution des effectifs par grandes fonctions
Secteur public - Bretagne

Personnel	Années au 31.12		1985		1986		1986/1982	1986/1984
	Effectifs	Effectifs	Effectifs	%	Effectifs	%	%	%
Personnel administratif	2 626	3 018	3 092	2,5	3 128	1,2	9,9	3,6
Personnel services médicaux	17 963 (1)	19 564	19 847	1,4	19 953	0,5	-	2,0
Psychologues	-	46	48		45			
Sages-femmes	224	250	253	1,2	263	4,0	17,4	5,2
Personnel éducatif et assistants de service social	-	98	104		111			
Personnel médico-technique	1 247	1 335	1 365	2,2	1 382	1,2	10,8	3,5
Pharmaciens	-	50	60		57			
Personnel technique et ouvrier	4 163	4 377	4 435	1,3	4 396	- 0,9	5,6	0,4
Autres	602							
Total	26 825	28 738	29 204	1,6	29 335	0,4	9,4	2,1

Source : SESI H 80.

(1) Les données de 1982 correspondent aux effectifs infirmiers + AS + ASH. Elles ne peuvent être comparées à celles des années suivantes qui intègrent le personnel paramédical.

Les hôpitaux publics emploient trois fois plus de personnel que les établissements privés. Globalement, leurs effectifs ont progressé de 2,1 % entre 1984 et 1986. Depuis 1985, on assiste à leur quasi-stabilisation.

(34) On a eu recours, cependant à ces données pour le corps médical.

Tableau 19 : Évolution des structures d'activité (en effectifs)
Secteur public - Bretagne

Personnel	Années		1982		1986	
Personnel administratif	2 626	9,8	3 128	10,7		
Personnel médico-social	18 187	67,8	20 372	69,4		
Personnel médico-technique	1 247	4,7	1 439	4,9		
Personnel technique et ouvrier	4 163	15,5	4 396	15,0		
Autres	602	2,2	-	-		
Total	26 825	100,0	29 335	100,0		

Source : SESI H 80.

Il ressort de la comparaison avec le secteur privé (cf. tableau 10) que la part des emplois de direction et d'administration est plus faible dans le secteur public et qu'il en est de même pour les emplois des services généraux. En revanche, les services médico-sociaux et médico-techniques - particulièrement ceux-ci) sont plus étoffés en personnel.

Ceci paraît normal dès lors que le secteur public détient un plateau technique conséquent - et plus développé que dans le secteur privé - et que ses activités médicales sont plus diversifiées. *A contrario*, on aurait pu penser que le secteur privé fasse appel à plus de sous-traitance dans les services généraux (externalisation des activités et réduction des effectifs) et utilise moins de personnel pour la gestion, le secteur public étant souvent considéré, - peut être à tort - comme «dispendieux» dans ce domaine. Mais sans doute, faut-il envisager d'autres explications. On peut comparer la situation de l'emploi hospitalier public en Bretagne avec la situation au plan national.

Tableau 20 : Répartition du personnel hospitalier et non médical
par grandes catégories - 1985 (35) - Secteur public

Grade et Emploi	France		Bretagne	
	Effectifs	En %	Effectifs	En %
Personnel administratif	63 500	10,0	2 950	10,1
Personnel médico-social	421 100	67,0	19 989	68,5
Personnel médico-technique	43 600	7,0	1 830	6,2
Personnel technique	98 700	16,0	4 435	15,2
Ensemble du personnel non médical	626 900	100,0	29 204	100,0

Source : ADERSA, P. ANGLARD et F. GENDREAU, op. cit.

On constate qu'en Bretagne les fonctions administratives, les services techniques et généraux ont le même poids dans la structure d'ensemble : en revanche, la fonction soignante semble numériquement un peu mieux dotée alors que la fonction médico-technique et sociale est plus faible. Entre 1982 et 1986, ce sont les effectifs de l'administration et du médico-social qui ont renforcé leur importance.

**Tableau 21 : Poids relatif des personnels par grandes fonctions
- y compris le corps médical -**

	1985	
	Effectifs	Pourcentage
Personnel non médical		
- Personnel administratif	3 092	9,5
- Personnel médico-social	20 252	62,0
- Personnel médico-technique	1 365	4,2
- Personnel technique et ouvrier	4 435	13,6
Personnel médical		
- Médecins temps plein	1 855	
- Médecins temps partiel	1 643	
Sous-total	3 498	10,7
Total général	32 702	100,0

Source : SESI H 80.

Par rapport à la totalité du personnel hospitalier l'importance de la présence médicale représentée par le nombre de médecins, tous statuts confondus est plus faible à l'hôpital public qu'à l'hôpital privé (cf. tableau 11). Mais dans le secteur privé, nombreux sont les médecins qui interviennent à titre occasionnel. En revanche, lorsqu'on prend en compte les seuls médecins exerçant à temps plein, la fonction médicale ainsi mesurée est proportionnellement la même dans chacun des deux secteurs, elle s'élève, en personnel, à 6 % de l'ensemble.

2.2. Le corps médical dans les établissements hospitaliers publics : ses effectifs, son mode d'activité (temps plein, temps partiel) et les tendances de l'évolution

Les tableaux ci-après ont été réalisés à partir de documents et sources suivants :

Les tableaux 22 et 23 sont construits de la même façon que les tableaux 12 et 13. Ils reprennent les données statistiques régionales éditées par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) dans ses mémentos annuels.

Tableau 22 : Évolution des effectifs du corps médical selon le mode d'activité
Secteur public - Bretagne

Années au 31.12	1981		1982		1983		1984		1985	
	Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel
Médecins Attachés (1)	813	291	888	456	896	613	1 020	532	1 018	287
Internes (1)	752	703	694	817	675	729	448	882	837	1 356
T1	1 565		1 582		1 571		1 468		1 855	
T2		994		1 273		1 342		1 414		1 643
T3	2 559		2 855		2 913		2 882		3 498	

Source : DRASS.

(1) On a considéré que les attachés exerçaient à l'hôpital à temps partiel et que les internes y étaient affectés à temps plein.

La ligne T1 correspond au nombre des médecins et d'internes exerçant à temps plein. La ligne T2 correspond au nombre de médecins intervenant à temps partiel. La ligne T3 correspond à la totalité des médecins intervenant dans les établissements d'hospitalisation publics (CHS exclus), tous modes d'activité confondus.

Tableau 23 : Progression numérique des médecins par statut
Secteur public - Bretagne

	1981		1982		1983		1984		1985		1985/1981
	Effectifs	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	%	
Médecins temps plein	813	888	9,2	896	0,9	1 020	13,8	1 018	- 0,2	25,2	
Médecins temps partiel	994	1 273	28,1	1 342	5,4	1 414	- 5,4	1 643	16,2	65,3	
Internes	752	694	- 7,7	675	- 2,7	448	- 33,6	837	86,8	11,3	
Total	2 559	2 855		2 913		2 882		3 488		36,7	

Source : DRASS.

On observera la croissance par à coup de chaque catégorie de professionnels qui se solde, en définitive par une augmentation importante des médecins intervenant à l'hôpital public. Entre 1981 et 1985, 25 % de médecins supplémentaires exercent à plein temps et 65 % à temps partiel. Seuls, les internes connaissent une croissance modérée.

Comme dans le privé, la fonction médicale est la seule, par rapport aux autres fonctions hospitalières à faire preuve d'un tel développement. On a pu noter plus haut que la quasi-totalité des personnels non médicaux ont vu leurs effectifs se stabiliser pendant cette même période.

En 1981, 61,2 % des médecins en activité dans l'hôpital public étaient à temps plein (médecins + internes). En 1985, ils ne sont plus que 53 %. Cette évolution s'explique, sans doute par le nombre élevé d'attachés et le peu de changement dans la catégorie des internes.

Le tableau 24 est issu des résultats de H 80. Ceux-ci renseignent sur trois années. La définition des statuts est beaucoup plus détaillée et la ventilation des effectifs tient compte des affectations par type de budget, budget général ou budget annexe.

Tableau 24 : Répartition du personnel médical par statut
Secteur public - Bretagne

Années	1984		1985		1986	
	Effectifs	Effectifs	%	Effectifs	%	
Médecins temps plein (1)	965	1 015		1 541		
Attachés temps plein (1)	378	20		20		
Sous-total	1 343	1 035	- 23,0	1 561	51,0	
Médecins temps partiel (1)	237	267		258		
Attachés temps partiel	496	964		887		
Sous-total	733	1 231	67,9	1 561	- 7,0	
Internes médecine (2)	824	837		1 022		
Internes pharmacie (2)	63	31		75		
Sous-total	887	868	- 2,0	1 097	26,4	
Total médecins et internes	2 963	3 134	5,8	3 803	28,3	
Étudiants (2)	19	485		445		

Source : H 80.

À l'exclusion des médecins d'hôpitaux locaux.

(1) En effectifs rémunérés sur budget général et sur budgets annexes.

(2) En effectifs totaux.

Avec toutes les réserves qui s'imposent compte tenu de la discontinuité et des écarts entre les sources d'informations utilisées, on peut néanmoins constater la très forte augmentation entre 1986 et 1985 du nombre de praticiens à temps plein ainsi que la croissance du nombre des internes.

Entre 1984 et 1986, le nombre de médecins tous statuts confondus à l'exclusion des étudiants intervenant à l'hôpital public a augmenté de 28,3 %. Pendant cette période, les effectifs du personnel non médical ont crû de 2,1 % (source : SESI - H 80).

2.3. Le personnel des services «médicaux» (corps médical exclu)

Les remarques introductives à la partie traitant des services médicaux du privé valent également pour le développement suivant qui concerne une période très courte, la plus

actuelle et la plus sensible aux variations naturelles des renouvellements de personnel (embauches en dents de scie, départs, promotions...) (36).

Entre 1982 et 1986, les effectifs des services médicaux sont passés de 17 963 à 19 953 (tableau 25) ce qui constitue une progression de 11 %. Depuis 1984 le taux de croissance annuel moyen n'est plus que de 1 %. En cinq ans, la plupart des catégories professionnelles ont gagné en emplois sauf deux, les auxiliaires de puériculture et les agents hospitaliers qui connaissent une réduction numérique importante. Des problèmes de mesure et d'interprétation se posent néanmoins pour deux autres catégories, les infirmiers psychiatriques (baisse des effectifs de 3 % entre 1984 et 1985, croissance de 55 % entre 1985 et 1986 !) et les infirmiers diplômés d'État. Le recensement des effectifs fait apparaître des «infirmiers étudiants en médecine» en 1985, au nombre de 110 ce qui n'est pas négligeable, pour un effectif moyen supérieur à 5 000 personnes ; en 1984, dans cette rubrique, on comptait sept étudiants ; en 1986, elle disparaît. Si l'on ne tient pas compte de cet apport de personnel, les effectifs infirmiers voient leur nombre diminuer de - 2,6 % entre 1985 et 1986 (et de - 4,5 % si on intègre les étudiants). En tout état de cause ceci est-il vraisemblable ? Nous n'en déciderons pas.

Quoiqu'il en soit le rythme de croissance des services médicaux est plus faible que celui des services administratifs, médico-techniques et que des sages-femmes. Il est vrai que leurs effectifs sont en nombre important (cf. tableau 18).

Au sein des services médicaux, le groupe infirmier (y compris les puéricultrices et les élèves) représente en 1986, 38,3 % des effectifs, les aides 38 % et les ASH 21 %.

(36) Cf. page 36 et annexe 5 - Évolution des nomenclatures utilisées.

Tableau 25 : Progression des différentes catégories de personnel des services médicaux des établissements publics - Bretagne

Catégories	Années	1982	1984	1985		1986		TCAM
		Effectifs	Effectifs	Effectifs	%	Effectifs	%	%
Personnel infirmier		6 930	7 371	7 532	2,2	7 648	1,5	1,8
dont :								
- Encadrement infirmier			} 838	} 854	1,9	} 872	2,1	2,0
- Encadrement non infirmier			285	309	8,4	338	9,4	8,9
- Infirmiers spécialisés			206	225	9,2	243	8,0	8,6
- Puéricultrices			5 193 (1)	5 545 (1)		5 296	- 4,5	-
- Infirmiers diplômés d'État et autorisés			787	543	- 31,0	840	+ 55,0	-
- Infirmiers psychiatriques			62	56		59	-	-
- Élèves infirmiers								
Personnel paramédical			402	427	3,6	439	2,8	3,2
Les aides		6 748	7 158	7 354	2,7	7 589	3,2	2,9
dont :								
- Aides-soignants			6 408	6 643	} 3,6	7 002	} 5,1	
- Élèves aides-soignants			72	73		57		
- Auxiliaires puériculture			678	638	- 5,1	530	- 16,9	
Agents hospitaliers		4 285	4 561	4 446	} - 1,9	3 627	}(- 18,4)	
Autres			62	88	}	650	}	- 3,8
Total		17 963	19 564	19 847	1,4	19 953	0,5	1,0

Source : SESI H 80.

(1) Y compris infirmiers étudiants en médecine : 7 en 1984, 110 en 1985.

Tableau 26 : Composition de l'équipe soignante
Comparaison public-privé - Bretagne

1986	Ensemble infirmier	Ensemble aides	ASH
Établissements publics	38,3	38,0	21,0
Établissements privés	33,3	29,4	28,9

On peut constater que dans les établissements publics la proportion des emplois qualifiés (infirmiers et aides-soignants) est plus importante que dans le privé.

Cette situation risque de se modifier si l'évolution faible - voire nulle - des effectifs se confirme alors qu'elle reste positive dans le secteur privé (cf. tableau 15). Mais comme il a été dit plus haut, la mesure de la croissance des IDE pose question. En revanche et contrairement au secteur privé, on note la progression des infirmiers spécialisés et des puéricultrices. Celle des aides est comparable bien que moins soutenue, la réduction des agents hospitaliers beaucoup plus accentuée, non compensée semble-t-il, par une

augmentation équivalente des emplois d'aides. On ne manquera pas de remarquer, le nombre en baisse des élèves aides-soignants.

**Tableau 27 : Évolution de la structure de qualification des services médicaux
Secteur public - Bretagne**

	1982		1984		1986	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Personnel infirmier	6 930	38,6	7 371	37,7	7 648	38,3
Personnel paramédical	-	-	412	2,1	439	2,2
Les aides	6 748	37,6	7 158	36,6	7 589	38,0
Les agents hospitaliers	4 285	23,8	4 623	23,6	4 277	21,5
Total	17 963	100,0	19 564	100,0	15 953	100,0

Source : H 80.

Les mouvements qui viennent d'être décrits influencent peu une structure de qualification qui s'est stabilisée entre 1982 et 1986. Seuls, les agents hospitaliers accusent une légère baisse de leurs effectifs et ce, depuis une date très récente (1986). Comparés aux normes nationales, on a constaté plus haut que les services médicaux semblaient mieux dotés en Bretagne : en effet, si on prend pour référence l'année 1982, les ASH sont moins nombreux et les catégories des aides et des infirmiers bénéficient d'effectifs plus importants ; la région maintient sa différence quant à l'importance du personnel qualifié par rapport au personnel non qualifié.

**Tableau 28 : Comparaison de la structure de qualification
de l'équipe soignante France-Bretagne
(tous établissements confondus du secteur public) - 1982**

	France	Bretagne
Personnel infirmier	36,1	38,6
Aides-soignants	35,6	37,6
ASH	28,3	23,8

Source : ADERSA op. cit. et H 80.

2.4. L'aménagement du temps de travail

Le tableau 29 permet de suivre l'évolution du nombre d'emplois exercés à temps partiel. Avant de le commenter on s'arrêtera sur le tableau 30 qui fait état de l'évolution des effectifs en équivalent temps plein (ETP) pour les années 1984, 1985 et 1986. Ce dernier permet de vérifier que les fonctions numériquement importantes, les services médicaux (dont la fonction infirmière) et les services généraux sont bien engagés depuis 1984 dans un processus de croissance nulle et pour ces derniers, de réduction des effectifs.

Une même gestion resserrée s'exerce sur les services administratifs et sur le personnel des écoles mais après une légère progression des effectifs (+ 3,2 %, + 3,9 %) en 1985.

Seule, la fonction direction a pu se renforcer en personnel. Nous avons noté précédemment qu'elle était moins étoffée, toutes proportions gardées, dans le secteur public que dans le privé. On ne s'étonnera pas que dans une période difficile de contraintes multiples et avant tout financières, les activités de gestion et d'encadrement supérieur réclament des effectifs supplémentaires.

Tableau 29 : Évolution de la part des personnes (en effectifs) travaillant à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publique

Années au 31.12	1982	1984	1985	1986
Catégorie de personnel				
1. Direction	0,0	1,8	1,7	4,2
2. Administration	5,2	16,6	18,2	19,2
3. Ensemble infirmiers	9,6 (1)	15,3 (2)	18,5 (2)	19,7 (2)
4. Infirmiers psychiatriques	-	17,3	19,3	21,1
5. Ensemble paramédicaux	-	24,5	23,4	25,5
6. Aides	4,9	10,1	11,7	12,8
7. ASH	2,3	4,6	5,6	6,8
8. Psychologues	-	30,4	31,2	26,7
9. Sages-femmes	15,6	23,2	23,7	30,8
10. Personnel éducatif et assistants de service social	-	21,4	23,1	26,1
11. Personnel technique (3)	-	2,9	4,4	4,1
12. Personnel ouvrier	1,4	4,7	5,4	6,6
13. Personnel médico-technique	7,6	10,9	12,7	14,7
14. Pharmaciens (4)	-	44,0	41,7	43,9

Source : SESI H 80.

(1) Y compris les infirmiers psychiatriques.

(2) Y compris les puéricultrices.

(3) Personnel des services techniques et informatiques.

(4) Effectifs < 100.

Tableau 30 : Évolution des effectifs en Équivalent Temps Plein (ETP), par grandes fonctions dans les établissements publics

	1984	1985		1986	
Direction	166,00	175,90	5,4	186,56	6,30
Administration	2 571,83	2 654,75	3,2	2 639,86	- 0,60
Écoles	127,75	132,50	3,9	126,35	- 4,50
Services médicaux	18 614,03	18 789,52	0,9	18 826,62	0,20
dont :					
- Infirmiers	5 549,06	5 578,56	0,5	5 592,20	0,20
Service médico-technique	1 282,20	1 284,00	0,2	1 313,25	2,30
Service technique	7 150,00	79,00	11,3	79,60	0,80
Service ouvrier	4 129,40	4 166,50	0,9	4 103,35	- 1,50
Total	27 455,75	27 794,85	1,2	27 803,45	0,03

Source : SESI H 80.

L'emploi à temps partiel et son évolution

C'est après 1982, que le «temps partiel» s'est vraiment développé ; il a progressé, pour toutes les catégories de personnel, avec des amplitudes inégales et sans doute des significations différentes. Ce mouvement s'inscrit dans la politique de réduction du temps de travail instauré en 1981.

Comme dans le secteur privé, on retrouve les mêmes «professions» exerçant de façon vraisemblable dans plusieurs lieux : les pharmaciens, les paramédicaux (orthophonistes, kinésithérapeutes...), les psychologues, les sages-femmes ; toutefois, la proportion, des personnels travaillant ainsi est plus restreinte dans le public. Dans les activités administratives et soignantes, le taux des emplois à temps partiel est comparable entre le secteur public et le secteur privé. Il concerne près de 20 % des infirmiers : compte tenu de la nature des prestations assurées, en continuité par le service soignant, il serait intéressant de voir en quoi ce comportement relativement nouveau, quant à son importance, est le signe d'un changement dans la relation au travail et contribue en tout cas à modifier sa gestion... Dans la crise actuelle que connaît la profession des infirmiers, le temps partiel est-il un élément de solution ? La banalisation de l'activité ne va-t-elle pas accroître le désarroi de ces professionnels dans la quête de leur identité ? Les fonctions de direction et les fonctions techniques (ingénieurs, techniciens et informaticiens) sont celles où le «temps partiel» est le moins fréquent : 75 % des emplois de direction sont occupés par des hommes, ce pourcentage est de 95 % dans les services techniques, 63,7 % dans les services informatiques mais il s'agit aussi d'emplois sans astreinte d'horaires (3 x 8) et qualifiés.

Par rapport aux catégories professionnelles précédentes, les ASH qui sont très féminisées et le personnel des services généraux qui l'est moins (56 % des agents sont des hommes) travaillent dans une proportion moindre à temps partiel. Ainsi, les facteurs explicatifs doivent-ils être relativisés. Ils se renforcent naturellement. En l'occurrence, il s'agit ici d'une profession faiblement qualifiée et menacée. Pour conclure sur ce point, on se reportera au tableau suivant comparant la progression du temps partiel dans les grands pays développés (37).

(37) M.-A. BARRERE-MAURISSON, A.-M. DAUME-RICHARD et M.-T. LE TABLIER : le travail à temps partiel plus développé au Royaume-Uni qu'en France. Des emplois flexibles et nombreux surtout destinés aux femmes mariées. INSEE n° 220 - avril 1989.

Tableau 31 : Évolution du travail à temps partiel :
comparaison entre les grands pays développés

	Proportion de l'emploi à temps partiel dans :					
	L'emploi total		L'emploi masculin		L'emploi féminin	
	1979	1986	1979	1986	1979	1986
États-Unis	16,4	17,4	9,0	10,2	26,7	26,4
Japon (1)	9,9	11,7	5,2	5,5	18,4	22,8
France	8,2	11,7	2,5	3,5	17,0	23,1
RFA	11,2	12,9	1,5	2,1	27,6	29,8
Italie	5,3	5,0	3,0	2,8	10,6	9,5
Royaume-Uni	16,4	21,6	1,9	4,6	39,0	45,0

Source : OCDE (1 ; 2).

(1) Hors agriculture.

La France ne se distingue pas de la majorité des autres pays. L'Italie d'une part, le Royaume-Uni d'autre part font exception, de façon contrastée puisque le temps partiel est une pratique peu courante en Italie et qu'en revanche presque une femme salariée sur deux travaille à temps partiel au Royaume-Uni.

Dans cet article, il est souligné que le temps partiel est féminin, exercé surtout dans le tertiaire - les services - et qu'il s'accompagne d'une précarisation de l'emploi. En France, le développement récent de la réduction du temps de travail s'est opéré dans un cadre législatif qui maintient et renforce le droit des travailleurs à l'inverse de ce qui se passe au Royaume-Uni où la législation autorise le non-paiement des charges sociales par les employés et les employeurs, l'absence en conséquence de toute protection sociale (congrés payés, retraite...) la liberté de licenciement : les salariés travaillant moins de 16 h par semaine ne sont pas considérés comme des actifs.

D'autres différences sont à noter : ainsi, en France la durée moyenne du travail à temps partiel est plus longue et tend à s'allonger et malgré le recours à ce mode d'exercice, «on peut dire que les comportements féminins tendent (...) à se rapprocher du modèle masculin d'activité continue».

En bref, qu'il s'agisse du secteur privé et du secteur public, des infirmiers ou d'autres catégories professionnelles, le comportement tant du personnel que des employeurs de l'hospitalisation ne semblent pas spécifique au secteur tout au moins, pour l'instant.

III - CONCLUSION

On rappellera la double visée de cet essai : étudier le développement régional des emplois et des professions de santé à partir des enquêtes statistiques existantes ; émettre des propositions pour un tableau de bord qui assurerait en permanence cette fonction.

On ne reviendra pas sur les résultats eux-mêmes présentés de façon résumée en tête des deux parties de l'étude si ce n'est pour souligner les points d'achoppement à prendre en compte pour entreprendre d'autres travaux. On distinguera deux ordres de difficultés. Les premières font partie des embûches habituelles inhérentes aux enquêtes elles-mêmes ; elles tiennent à la discontinuité du mode de saisie des données, au changement des catégories utilisées et à leur degré de regroupement. L'utilisateur est confronté au dilemme suivant : se contenter de constats fiables concernant les grandes catégories socioprofessionnelles ou tenter d'être plus analytique, en prenant au sérieux la décomposition des nomenclatures, les modifications des intitulés... De façon paradoxale, plus le système d'information s'affine, plus il est apte à rendre compte de la réalité dans le détail, plus il devient dépendant de la qualité des informations entrées et dans une certaine mesure de l'intérêt que l'on y porte et de l'usage que l'on veut en faire. Cette remarque nous paraît importante. Elle conduit à évoquer un second ordre de difficultés, plus fondamentales encore. Elles apparaissent lorsqu'il s'agit de passer du niveau descriptif au niveau explicatif, soit pour appréhender rétrospectivement les événements passés, soit pour isoler «les faits porteurs d'avenir» et prévoir leurs conséquences.

À l'évidence, un système d'information même très perfectionné ne peut donner des réponses qu'à des questions incluses dans sa conception. La logique du dispositif actuel est celle du recensement. Elle permet de dresser un état des lieux, résultant de décomptes établis de façon séparée et rarement mis en relation. Il en est ainsi de la comptabilisation de professionnels en exercice, de l'inventaire hospitalier en terme d'emplois, de capacité (lits) de finalités (types de soin et d'hébergement) et d'activité (disciplines, actes), des bilans sur la santé de la population ou sur les transferts financiers s'y rapportant. Ces informations établies au niveau national et régional permettent aux régions de comparer leurs situations respectives. Leur exhaustivité et leur valeur ne sauraient être remises en cause mais peuvent-elles satisfaire à de nouveaux besoins de compréhension qui portent non plus seulement sur le combien, mais aussi sur le comment et le pourquoi ?

L'attente renouvelée à l'égard du système d'information s'explique par le changement du mode de développement du secteur de la santé qui passe d'une expansion continue à un régime de croissance contrôlée et donc par la nécessité d'effectuer des arbitrages, de déterminer des orientations et de planifier les actions à entreprendre. Les objectifs peuvent varier d'une institution à l'autre et *a fortiori*, s'il s'agit de définir une politique

régionale, il est toutefois raisonnable de penser que les préoccupations sont identiques et se rapportent à l'optimisation du système de santé, et à la gestion des ressources humaines, avec à la clé les problèmes de mobilité, de redéploiement, de formation, de recrutement y compris les réponses à apporter aux professionnels inquiets pour leur avenir.

Le changement de perspective crée le besoin d'utiliser autrement les données disponibles et de forger d'autres connaissances. En plus des informations globales, gommant les différences, des informations complémentaires sont nécessaires pour analyser justement la diversité, l'hétérogénéité du secteur, les phénomènes d'interdépendance entre les activités, les types de coopération qui naissent entre les professionnels ou les manques liés à des glissements dans la prise en charge des situations, au total, tout ce qui se trouve dans l'interstice des catégories usuelles. Deux idées sous-tendent cette prise de position. La première est que toute réflexion prospective s'enrichirait d'une connaissance plus intime du secteur et des modes actuels d'exercice. La deuxième est que les savoirs nouveaux et les compétences à développer pour moderniser le système découlent de cette connaissance.

En d'autres termes, ceci suppose que l'on puisse évaluer concrètement l'activité et les pratiques des institutions et des professionnels en étudiant en quoi le travail des uns et des autres, des uns avec les autres se modifie en raison des nombreux facteurs dont on arrive mal à mesurer les effets et les conséquences à terme ; on évoquera le nombre accru des personnels différents intervenant dans le processus de soins, différents du point de vue de leur discipline ou activité, du lieu d'exercice, du temps de travail plein ou fractionné, du statut, la montée des spécialistes à l'hôpital, l'accroissement du temps partiel de certaines catégories professionnelles qui peut prendre des significations diverses et entraîner un type de fonctionnement spécifique..., et aussi, de façon plus classique les changements induits par l'évolution des connaissances, des techniques, en particulier, l'informatisation, la pression exercée par les gestionnaires, ainsi que par le comportement des usagers et le jeu complexe des groupes professionnels.

Il se trouve que le contexte actuel est favorable pour s'engager dans ce type de travaux au plan régional. L'espace délimité de la région, voire du département correspond à des territoires empiriquement connus où l'expérience, et la motivation des partenaires sociaux, des acteurs peuvent être mises à profit ; les attributions et les moyens donnés à la région depuis la décentralisation confèrent une autonomie et une capacité d'initiative propres par rapport aux directives nationales : enfin, la modification du mode de croissance, ne serait-ce que celui des évolutions démographiques contrastées des professionnels, ne vont pas manquer de susciter des problèmes inédits et des besoins nouveaux d'informations et de connaissances.

Propositions - Recommandations

Elles s'inscrivent dans le droit fil des travaux engagés par l'ORSB dont nous partageons le constat selon lequel le système d'information est en devenir (38). Elles s'appuient sur plusieurs idées, qui sont exposées succinctement pour en débattre.

Mettre à l'épreuve le système d'information existant par des études qui tenteraient au-delà de l'inventaire, de répondre à des questions, ou de mettre en rapport des séries de données. Cette perspective est celle, semble-t-il, des analyses portant sur «le marché de clientèle» ou de cet essai. En voulant modestement retracer les mouvements de l'emploi, les inscrire dans la durée et formuler quelques hypothèses pour les évolutions constatées, on a pu mesurer tout le chemin qui reste à faire, mais qui le fera et pourquoi ?

Ceci conduit à réfléchir sur ce que pourrait être une «mémoire collective active» par rapport à une banque de données, celle-ci nourrissant celle-là qui à son tour obligerait à de meilleures prestations.

Encourager le processus en cours par des travaux entrepris à la fois en raison de leur intérêt pratique pour la région, de leurs applications possibles en terme de décision et d'action et pour expérimenter des sources d'enquêtes inexploitées ou nouvelles.

À titre d'exemple, et sans préjuger des priorités du terrain, on évoquera deux thèmes qui mériteraient de retenir l'attention. Le premier s'attacherait à affiner la perception que l'on a du système de soins ramené toujours à ses composantes - certes essentielles - l'hospitalisation publique, privée, le libéral. Une question commune à tous les secteurs y compris le secteur associatif et les autres serait celle de la diversité des pratiques médicales et soignantes et l'optique celle de la mobilité et des itinéraires professionnels.

Le second se rapporterait à une préoccupation plus générale concernant l'emploi.

Pendant longtemps le secteur de la santé a été créateur d'emplois. Il a ainsi contribué à atténuer les effets de la crise et la diminution de l'emploi industriel. Il fait appel à des personnels très qualifiés mais il a recours également à une main-d'oeuvre peu ou pas qualifiée. Il administre plus qu'il ne gère son personnel. Il offre des emplois à vie mais le système de travail connaît des rigidités, un turn-over élevé, un taux d'absentéisme important et la maîtrise de son évolution se pose dès lors qu'il s'agit d'assurer la continuité et la qualité des services avec un mode de présence des personnels très fractionné comme en témoigne l'accroissement des temps partiels. Or, le secteur est engagé dans un autre mode de développement marqué par les problèmes des conditions économiques de la production de soins. Cette orientation s'est concrétisée par une série

(38) La santé en Bretagne - ORSB - Édition École nationale de la Santé publique - 1989.

de réformes qui ne sont pas sans rapport avec la gestion resserrée des effectifs que l'on a pu constater. Parmi celles-ci, il faut évoquer bien sûr la carte sanitaire qui date de 1970 et son objectif de planification de l'offre de soins (réduction du nombre de lits hospitaliers, développement des alternatives à l'hospitalisation complémentarité public/privé...), mais aussi des mesures plus directes et plus récentes telles l'instauration du budget global (1985) et les objectifs de redéploiement fixés par circulaires, au plan départemental (39). Dans ce cadre général et pour ne parler que des seuls établissements hospitaliers, on peut considérer que ceux-ci s'engagent dans une recherche accrue de productivité. Ceci se traduit par la diminution de la durée de séjour, une rotation plus grande des malades et l'automatisation concomitante des services techniques et logistiques pour satisfaire à la demande, dans les meilleures conditions. Pour autant, les dépenses globales de santé n'ont pas diminué si bien que le problème de l'affectation et de l'organisation des ressources garde toute son acuité et pose d'autant plus la question des sources d'information sur l'activité sanitaire et les populations qui la mettent en oeuvre, en préalable à la mobilisation indispensable des acteurs eux-mêmes.

(39) Circulaire n° 87-07 du 13 août 1987 relative à la préparation des redéploiements dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sous compétence de l'État - Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

Annexes
de la première partie

Annexe 1
Nomenclature des activités et des produits
(NAP 600)

84 - SANTÉ - Services marchands

- 84-01 Médecine systématique et de dépistage (services marchands)
- 84-02 Établissements hospitaliers généraux
- 84-03 Cliniques générales
- 84-04 Établissements hospitaliers spécialisés
- 84-05 Cliniques spécialisées
- 84-06 Dispensaires
- 84-07 Autres instituts pour la santé
- 84-08 Laboratoires d'analyses médicales extra-hospitaliers
- 84-09 Centres de transfusion sanguine et banques d'organes
- 84-10 Cabinets de médecins
- 84-11 Cabinets dentaires
- 84-12 Cabinets d'auxiliaires médicaux
- 84-13 Ambulances
- 84-14 Vétérinaires, cliniques vétérinaires

94 - SANTÉ - Services non marchands

- 94-11 Médecine systématique et de dépistage
(services non marchands à caractère public)
- 94-12 Médecine systématique et de dépistage
(services non marchands à caractère privé)

Dans une définition extensive de l'activité SANTÉ (filiale économique) les secteurs suivants seraient à prendre en compte :

INDUSTRIE

- 19 Industrie pharmaceutique
- 29-12 Fabrication d'appareils de radiologie et d'électronique médicale
- 34-03 Fabrication de lunettes pour la correction et la protection de la vue
- 34-06 Fabrication de matériel médico-chirurgical et de prothèses

COMMERCE

58-07 Commerce de gros de produits pharmaceutiques

64-30 Pharmacie

64-40 Commerce de détail d'articles médicaux et de produits de beauté

64-44 Commerce de détail d'optique (médicale et non médicale) et de photographie

PRÉVOYANCE ET SÉCURITÉ SOCIALE

91-02 Sécurité sociale : maladie, maternité, accidents du travail

Annexe 2
Répartition des professions de santé par secteur d'activité

Au 01.01.83	Exercice libéral (1)		Hôpitaux privés (2)		Hôpitaux publics (2)		Autres secteurs (3)		Total (2)
	EFF.	% (4)	EFF.	% (4)	EFF.	% (4)	EFF.	% (4)	EFF.
Professions médicales									
Médecins :									
- Temps plein	81 779	69	9 096	8	18 734	16	8 751	7	118 000e
- Temps partiel	-		25 343	-	5 583	-	-	-	
- Attachés	-		-	-	-	-	-	-	
Chirurgiens-dentistes	30 179	91	-		-		2 869	9	33 048
Sages-femmes :									
- Temps plein	1 477	17	2 431	28	4 276	49	476	6	8 660
- Temps partiel	-		281		407		-		
Professions paramédicales									
IDE et autorisés :									
- Temps plein	23 418	11	30 195	14	113 749	54	44 031	21	211 393
- Temps partiel	-		3 118		7 586		-		
Masseurs kinésithérapeutes :									
- Temps plein	22 308	67	2 823	8	3 000e	9	5 120	16	33 341
- Temps partiel	-		2 581		2 000e		-		
Professions auxiliaires									
Aides-soignants :									
- Temps plein	-	-	29 444	17	115 963	15	25 471	15	170 878
- Temps partiel	-	-	1 733		4 376		1 026		
ASH :									
- Temps plein	-	-	12 954	9	94 636	64	39 594	27	147 184
- Temps partiel	-	-	1 541		1 762		4 100		

Source : SESI n° 5-6, 1984, p. 102.

(1) Source : CNAMTS.

(2) Source : SESI.

(3) Source : SESI (solde).

(4) Pourcentages par rapport au total.

Annexe 3
Évolution des professions de santé par secteur d'activité en Bretagne

	1970 (1)		1971 (2)		1972 (3)		1973 (4)		1974 (5)		1975 (6)		1976 (7)		1977 (8)		1978 (9)		1979 (10)		
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	
Professions médicales	-	-	-	-	-	-	1 750	-	1 874	-	1 914	-	2 134	-	2 357	-	2 578	-	-	-	-
Médecins généralistes	-	-	-	-	-	-	975	-	1 025	-	1 087	-	1 153	-	1 288	-	1 356	-	-	-	-
Médecins spécialistes	-	-	-	-	-	-	775	-	849	-	827	-	981	-	1 069	-	1 222	-	-	-	-
Sous-total	2 406	4,1	2 504	4,1	2 615	4,4	2 725	4,2	2 899	6,4	3 001	3,5	3 287	9,5	3 645	10,9	3 934	7,9	4 171	6,0	
Chirurgiens-dentistes	897	-	914	-	983	-	990	-	1 032	-	1 120	-	1 149	-	1 225	-	1 320	-	1 342	-	6,0
Pharmaciens	772	-	782	-	797	-	809	-	828	-	856	-	892	-	919	-	950	-	990	-	-
Sages-femmes	257	-	267	-	279	-	298	-	309	-	339	-	356	-	362	-	386	-	403	-	-
Sous-total	4 332	3,1	4 467	3,1	4 674	4,6	4 822	3,2	5 068	5,1	5 316	4,9	5 684	6,9	6 151	8,2	6 590	7,1	6 906	4,8	
Professions paramédicales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IDE et autres	5 333	15,2	6 144	15,2	6 432	4,7	6 805	5,8	6 760	- 0,7	9 029 (1)	18,8	8 871	10,5	8 756	- 1,3	9 026	3,1	-	-	-
Infirmiers psychiatriques	1 612	27,5	2 056	27,5	2 111	2,7	2 409	14,1	2 603	8,1	2 672	2,6	3 516	31,6	3 717	5,7	4 038	8,6	-	-	-
Sous-total	6 945	18,1	8 200	18,1	8 543	4,2	9 214	7,9	9 363	1,6	10 701	14,3	12 387	15,8	12 473	0,7	13 064	4,7	14 505	11,0	
Masseurs kinésithérapeutes	656	-	684	-	744	-	836	-	920	-	991	-	1 071	-	1 176	-	1 278	-	1 328	-	-
Pédicures	114	-	132	-	149	-	162	-	176	-	198	-	207	-	178	-	199	-	-	-	-
Orthophonistes	49	-	69	-	94	-	122	-	155	-	165	-	185	-	189	-	220	-	-	-	-
Audioprothésistes	41	-	46	-	48	-	45	-	47	-	32	-	46	-	42	-	40	-	-	-	-
Orthophonistes	12	-	13	-	15	-	16	-	18	-	23	-	28	-	30	-	39	-	-	-	-
Sous-total	7 817	17,0	9 144	17,0	9 593	4,9	10 395	8,4	10 679	2,7	12 110	13,4	13 924	15,0	14 088	1,2	14 840	5,3	-	-	-
Total	12 149	12,0	13 611	12,0	14 267	4,8	15 217	6,7	15 747	3,5	17 426	10,7	19 608	12,5	20 239	3,2	21 430	5,9			

Le numéro entre parenthèses renvoie au document utilisé, annexe 2.

En raison du changement dans la méthodologie d'enquête, on ne dispose pas d'informations pour l'année 1986 et celles-ci sont partielles pour l'année 1987.

(1) Les effectifs des IDE auraient été sous-évalués l'année précédente, note 1 p. 28, cf. doc (6).

Évolution des professions de santé par secteur d'activité en Bretagne (suite)

	1980 (11)		1981 (12)		1982 (13)		1983 (14)		1984 (15)		1985 (16)		1986		1987		1988	
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
Professions médicales																		
Médecins généralistes	2 915		2 884		3 064		2 750						3 125				3 218	
Médecins spécialistes	1 600		1 785		1 935		2 663						2 591				2 939	
Sous-total	4 515	8,0	4 669	3,4	4 999	7,1	5 363	7,3	5 535	3,2	5 538	0,0	5 716	3,2	5 948	4,1	6 157	3,5
Chirurgiens-dentistes	1 374		1 474		1 547		1 588		1 605		1 628	(17)			1 694	(21)		
Pharmaciens	1 016		1 045		1 075		1 102		1 156		1 156				1 186			
Sages-femmes	372		361		363		397		427		450							
Sous-total	7 277	5,4	7 549	3,7	7 984	5,8	8 450	5,8	8 723	3,2	8 772	0,6						
Professions paramédicales																		
IDE et autres	9 583		10 631	10,9	11 224	5,6	11 854	5,6	11 544	- 2,6	11 936	3,4						
Infirmiers psychiatriques	4 520		4 590	1,5	4 708	2,6	4 650	1,2	4 591	- 1,3	4 375	4,7						
Sous-total	14 103	2,8	15 221	7,9	15 932	4,7	16 504	3,4	16 135	- 2,2	16 311	1,1						
Masseurs kinésithérapeutes	1 226		1 315		1 329		1 445		1 505		1 569							
Pédicures	219		207		225		200		204		220							
Orthophonistes	261		279		263		294		357		364							
Audioprothésistes	43		41		41		44		48		48							
Orthophonistes	44		45		50		51		46		48							
Sous-total	15 896		17 108	7,6	17 840	4,3	18 538	3,9	18 295	- 1,3	18 560	1,4						
Total	23 173		24 657	6,4	25 824	4,7	26 988	4,5	27 018	0,1	27 332	1,2						

Le numéro entre parenthèses renvoie au document utilisé, annexe 2.

En raison du changement dans la méthodologie d'enquête, on ne dispose pas d'informations pour l'année 1986 et celles-ci sont partielles pour l'année 1987.

Annexe 4

Documents utilisés

- (1) Bulletin de statistiques n° 2 - mars-avril 1972.
- (2) Bulletin de statistiques n° 2 - mars-avril 1973.
- (3) Bulletin de statistiques - mars-avril 1974.
- (4) Statistiques annuelles des professions concourant à l'action sanitaire et sociale - Division des études et du plan - Bureau des statistiques de la santé et de l'action sociale - avril 1975.
- (5) Statistiques et commentaires n° 2 - mars-avril 1976.
- (6) Statistique annuelle des professions sanitaires et sociales n° 3 - mai-juin 1977.
- (7) Statistique annuelle des professions sanitaires et sociales n° 3 - tome A - mai-juin 1978.
- (8) Statistique annuelle des professions sanitaires et sociales n° 3 - tome A - mai-juin 1979.
- (9) Statistique annuelle des professions sanitaires et sociales n° 3 - mai-juin 1980.
- (10) Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1981 (rétrospectif 1970-1980).
- (11) Les professions de santé et d'action sociale - SESI - novembre 1982.
- (12) Les professions de santé et d'action sociale - SESI - au 1er janvier 1982.
- (13) Les professions de santé et les assistants et assistantes de service social au 1er janvier 1983.
- (14) Les professions de santé au 1er janvier 1984 - SESI n° 14 - décembre 1985.
- (15) Les professions de santé au 1er janvier 1985 - SESI n° 38 - juin 1987.
- (16) Les médecins en activité au 1er janvier 1986 - SESI n° 17 - mars 1986.
- (17) Les professions de santé au 1er janvier 1986 - SESI n° 112.
- (18) La démographie médicale fin 1986 - Informations rapides n° 96 - 20 juin 1987.
- (19) La démographie médicale au 1er janvier 1988 - n° 123 - Informations rapides.
- (20) Les médecins en activité au 1er janvier 1989 - n° 66 - mars 1989.
- (21) Les professions de santé au 1er janvier 1988 - n° 76 - septembre 1989.

Annexe 5 Évolution des nomenclatures utilisées

Années 1980, 1981, 1982	Années 1984, 1985	Années 1986, 1987
Personnel non sanitaire : - Direction - Administration - Services généraux	Personnel administratif : - Personnel de direction - Autre personnel administratif - Personnel des écoles préparant aux professions paramédicales	
Services médicaux : - Kinésithérapeutes - Diététiciens - Puéricultrices - Infirmiers diplômés d'État - Infirmiers psychiatriques - Infirmiers sanatorium - Aides-soignants - Autres	Personnel soignant et éducatif : - Personnel des services médicaux dont infirmiers diplômés d'État et autorisés - Infirmiers psychiatriques - Puéricultrices - Aides-soignants - Auxiliaires de puériculture - Orthophonistes - Diététiciens - Masseurs kinésithérapeutes - Ergothérapeutes - Rééducateurs en psychomotricité - Pédicures - Agents de service hospitalier	Dont : - Encadrement infirmier - Encadrement non infirmier - Infirmiers spécialisés, aides-anesthésistes - Infirmiers spécialisés, panseuses - Aides médico-psychologique - Aides-maternelle - Musicothérapeutes - Élèves (infirmiers et aides-soignants)
Personnel assistance et éducation : - Psychologues - Assistantes sociales - Éducateurs spécialisés - Moniteurs spécialisés - Enseignants	- Psychologues - Sages-femmes - Personnel éducatif - Assistant(e)s de service social	
Personnel technique des services de : - Laboratoire - Radiologie - Pharmacie - Autres	Personnel médico-technique : - Pharmaciens - Personnel des services de pharmacie, de laboratoire et d'électroradiologie	- Pharmaciens
Personnel médical - Pharmaciens - Sages-femmes	Personnel technique : - Personnel des services techniques - Personnel informatique - Personnel des services ouvriers, du parc automobile et du service intérieur	

Annexe 6
Liste des tableaux et des graphiques

- Tableau 1 : Professions médicales - Effectifs - France entière
- Tableau 2 : Professions paramédicales - Effectifs - France entière
- Tableau 3 : Effectifs des médecins en activité par disciplines - Part des libéraux - France entière
- Tableau 4 : Évolution différenciée du corps médical selon la discipline et le mode d'exercice - France entière et région Bretagne
- Tableau 5 : Évolution des effectifs infirmiers diplômés d'État par secteurs d'activité : hôpitaux publics, hôpitaux privés et exercice libéral
- Tableau 6 : Évolution des effectifs et de la structure professionnelle des professions paramédicales - Bretagne
- Tableau 7 : Évolution différenciée des médecins généralistes et médecins spécialistes - Bretagne
- Tableau 8 : Évolution de la répartition des médecins par mode d'exercice et par discipline (spécialisation et médecine générale) - Bretagne
- Tableau 9 : Évolution des effectifs par grandes fonctions hospitalières (à l'exclusion du corps médical) - Secteur privé - Bretagne
- Tableau 10 : Évolution de la structure d'activité, en effectifs, le corps médical exclu - Bretagne
- Tableau 11 : Évolution de la structure d'activité, en effectifs, y compris le corps médical - Bretagne
- Tableau 12 : Évolution des effectifs du corps médical selon son mode d'activité - Bretagne
- Tableau 13 : Évolution des modes d'activité du corps médical - Bretagne

- Tableau 14 : Évolution des effectifs du secteur hospitalier privé - Croissance annuelle moyenne - Bretagne
- Tableau 15 : Progression des différentes catégories de personnel des services médicaux de l'hospitalisation privée - Bretagne
- Tableau 16 : Évolution des effectifs des services médicaux et de la structure de qualification - Bretagne
- Tableau 17 : Évolution de la part des personnels travaillant à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation privée - Bretagne
- Tableau 18 : Évolution des effectifs par grandes fonctions - Secteur public - Bretagne
- Tableau 19 : Évolution des structures d'activité (en effectifs) - Secteur public - Bretagne
- Tableau 20 : Répartition du personnel hospitalier non médical par grandes catégories - 1985 - Secteur public
- Tableau 21 : Poids relatif des personnels par grandes fonctions y compris le corps médical
- Tableau 22 : Évolution des effectifs du corps médical selon le mode d'activité - Secteur public - Bretagne
- Tableau 23 : Progression numérique des médecins par statut - Secteur public - Bretagne
- Tableau 24 : Répartition du personnel médical par statut - Secteur public - Bretagne
- Tableau 25 : Progression des différentes catégories de personnel des services médicaux des établissements publics - Bretagne
- Tableau 26 : Composition de l'équipe soignante - Comparaison public-privé - Bretagne
- Tableau 27 : Évolution de la structure de qualification des services médicaux - Secteur public - Bretagne
- Tableau 28 : Comparaison de la structure de qualification de l'équipe soignante France-Bretagne (tous établissements publics confondus) - 1982
- Tableau 29 : Évolution de la part des personnes (en effectifs) travaillant à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publique
- Tableau 30 : Évolution des effectifs en Équivalent Temps Plein (ETP), par grandes fonctions dans les établissements publics

Tableau 31 : Évolution du travail à temps partiel : comparaison entre les grands pays développés

Graphique 1 : Évolution des taux de croissance des professions médicales

Graphique 2 : Évolution des effectifs IDE tous secteurs confondus - Bretagne

Graphique 3 : Évolution du taux de croissance des IDE

Graphique 4 : Comparaison du rythme de croissance du corps médical et des IDE en Bretagne

Graphique 5 : Répartition des médecins par mode d'exercice et discipline au 1er janvier 1989 - Bretagne

DEUXIÈME PARTIE
LES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE LA SANTÉ
EN FRANCE ET EN BRETAGNE
1970 - 1987

INTRODUCTION

L'ENSEMBLE DE L'OFFRE DE FORMATION AUX PROFESSIONS DE SANTÉ

Les formations aux professions de santé constituent un ensemble important, en évolution, dont la structure est complexe.

1. Des formations relevant de deux tutelles, mais trois directions

Les formations préparant aux professions de santé dépendent de deux ministères de tutelle : le ministère de la Santé, le ministère de l'Éducation nationale et plus précisément de trois directions : la Direction générale de la santé d'une part, la Direction des lycées et la Direction de l'enseignement supérieur de l'autre (cf. tableau 32). Ainsi, serait-il sans doute plus juste, de considérer qu'on est en présence de dispositifs différents - et c'est l'usage de les traiter de façon séparée - au sens où le terme de dispositif renvoie à un ensemble cohérent et construit.

2. Une structure complexe qui renvoie à des logiques différentes

La lecture du tableau 32 montre d'emblée que les formations offertes couvrent l'ensemble des niveaux de formation, mais qu'elles se distinguent, et se complètent, selon la tutelle.

- Les formations sous tutelle du ministère de la Santé conduisent pour l'essentiel à des diplômes d'État qui se situent au niveau III exceptés les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture. Ces diplômes d'État donnent accès à des professions réglementées par le Code de la Santé Publique.

Tableau 32 : Ensemble de l'offre de formation
aux professions et emplois de santé

Niveaux	Tutelle		
	SANTÉ	ÉDUCATION NATIONALE	
	Direction générale de la Santé	Direction des Lycées	Enseignement supérieur
I - II			Médecins Pharmaciens Chirurgiens-dentistes Sages-femmes (1)
III 3 ans	Infirmiers diplômés d'État Infirmiers psychiatriques Puéricultrices Masseurs Kinésithérapeutes Ergothérapeutes Psychomotriciens		Orthophonistes Orthoptistes
2 ans	Laborantins d'analyses médicales diplômés d'État Manipulateurs d'électroradiologie médicale diplômés d'État Pédicures	BTS : - analyses biologiques - électroradiologie médicale - diététique - podo-orthésiste - prothésiste orthésiste - opticien lunetier	DUT : - analyses biologiques et biochimiques - diététique
IV		BTn F7 biochimie BTn F7 biologie BTn F8 sciences médico-sociales BT podo-orthésiste BP : - préparateur en pharmacie - prothésiste dentaire - opticien lunetier - technique d'analyse médicale - bottier orthopédiste	
V	Aides-soignants Auxiliaires de puériculture	BEP : - préparation aux carrières sanitaires et sociales - monteur vendeur opticien CAP : - employé de pharmacie - employé technique de laboratoire - monteur en lunetterie - podo-orthésiste - prothésiste orthopédiste - prothésiste dentaire	

(1) Voir Chapitre I de la deuxième partie, page 87.

Les professions réglementées, *stricto sensu*, d'auxiliaires médicaux (cf. encart) présentent les caractéristiques suivantes : exigence d'un titre, monopole d'exercice, actes côtés par la sécurité sociale, obligation du secret professionnel, se rapprochant ainsi des caractéristiques des professions médicales qui structurent le champ de la santé et ont,

entre autres, pour caractéristiques supplémentaires, une formation universitaire plus longue, et l'obligation de s'inscrire au Conseil de l'ordre.

**Professions réglementées par le
Code de la Santé Publique**

Relèvent du livre IV du Code de la Santé Publique les professions médicales de :

- médecin ;
- chirurgien-dentiste ;
- pharmacien ;
- sage-femme,

et les professions d'auxiliaires médicaux suivantes :

- infirmier ;
- masseur kinésithérapeute et pédicure ;
- orthophoniste et orthoptiste ;
- opticien lunetier ;
- audioprothésiste,

chacune de ces professions fait l'objet d'une loi qui réglemente l'accès à la profession et les conditions d'exercice.

Figurent en annexe du livre IV, les décrets et arrêtés concernant les professions citées ci-dessus ainsi que les professions paramédicales suivantes :

- aide-anesthésiste ;
- aide-dermatologiste ;
- aide-soignant ;
- ambulancier ;
- laborantin ;
- assistant de service social ;
- auxiliaire de puériculture ;
- diététicien ;
- ergothérapeute ;
- manipulateur d'électroradiologie ;
- psychomotricien ;
- puéricultrice ;
- rééducateur de dyslexie ;
- secouriste.

Il s'agit ici de professions accessibles avec un diplôme ou certificat sanctionnant une formation initiale ou continue, correspondant à des niveaux très différents.

Ainsi le ministère de la Santé contrôle la délivrance de diplômes exigés pour exercer des professions dont il sera le principal employeur.

● Pour les formations sous tutelle du ministère de l'Éducation nationale il faut distinguer celles relevant de la Direction des lycées et celles relevant de la Direction de l'enseignement supérieur.

Le dispositif relevant de la Direction des lycées se caractérise par la présence de diplômes pour chaque niveau de formation : du niveau V au niveau III. Il s'agit de formations très spécialisées aussi bien que de formations à vocation très large comme le BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales ou le baccalauréat F8 sciences médico-sociales.

L'évolution du dispositif dans le temps, avec la diversification des formations offertes, fait émerger des filières de formations bien structurées.

Tableau 33 : Diplômes relevant de la Direction des Lycées
par filière et niveau

		Optique Lunetterie	Biologie	Diététique	Prothèse	Électro- radiologie	Pharmacie	Hygiène Santé
Niveau III	BTS	Opticien lunetier	Analyses biologiques	Diététique	Podo-orthésiste Prothésiste orthésiste	Électro- radiologie médicale		
Niveau IV	BTn		F7 biologie F7 biochimie					F8 Sciences médico-sociales
	BT BP	Opticien	Analyses biologiques		Podo-orthésiste Prothésiste dentaire	Électro- radiologie médicale	Préparateur en pharmacie	
Niveau V	BEP	Monteur vendeur opticien						bio-services préparatoire carrières sanitaires et sociales
	CAP	Monteur en lunetterie	Employé technique de laboratoire	Agent technique d'alimentation	Podo-orthésiste Prothésiste orthésiste Prothésiste dentaire		Employé de pharmacie	Maintenance et hygiène des locaux

On peut remarquer que les formations de niveau III finalisées ouvrent généralement accès à des professions de santé réglementées (cf. paragraphe ci-dessus). Les formations de niveaux IV et V donnent accès à des emplois qui se situent dans le sillage de ces

professions (40). Cette construction des filières semble renvoyer à une logique de l'emploi et de la division du travail. Le ministère de l'Éducation nationale, et plus particulièrement la Direction des lycées qui ont pour objet la production de formation, proposent ainsi un dispositif de formation aux professions et emplois de la santé construit à partir d'un modèle général applicable quel que soit le domaine, et qui est hiérarchisé et emboîté.

Le dispositif relevant de l'enseignement supérieur est essentiellement mis en place dans les facultés de médecine, aussi bien pour les formations médicales que pour les formations paramédicales conduisant à un certificat de capacité (à savoir les orthophonistes et orthoptistes). L'enseignement préparant aux diplômes universitaires de technologie est délivré dans des instituts universitaires de technologie.

3. Régulation de l'emploi et planification des flux de formés

Les effectifs d'étudiants en formations médicales connaissent une expansion remarquable jusqu'en 1970. En 1971 les autorités de tutelle prennent des mesures visant à limiter l'entrée en deuxième année : arrêté de 1971 en médecine et odontologie, arrêté de 1980 en pharmacie. Si jusqu'en 1966, les inscriptions dans les formations médicales suivaient l'expansion des universités, ces mesures ont eu pour effet dans un premier temps de renforcer l'attraction particulière des bacheliers pour les études médicales. À partir de 1976 on constate une certaine baisse de cette attraction. Le *numerus clausus* produit son effet à partir de 1978-1979. Les flux des diplômés progressent jusqu'en 1980 et amorcent ensuite un recul.

À partir des années 1980, la même attention a été portée à un certain nombre de formations para-médicales. Des quotas ont été établis fixant le nombre d'entrées en première année pour les infirmiers diplômés d'État (IDE), les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciens.

Cette volonté de contrôler les flux de diplômés, et par là les arrivées sur le marché du travail, rencontre certainement les intérêts d'un certain nombre de professionnels, mais aussi ceux de l'État, futur employeur, et des organismes de protection sociale qui voudraient maîtriser les dépenses de santé en contrôlant l'offre. On peut néanmoins s'interroger sur ce type de mesures. Ne viennent-elles pas dans quelques cas entériner une tendance déjà observée. Ainsi les effectifs en première année de formation d'infirmier diplômé d'État avaient commencé à baisser avant l'instauration des quotas. Aujourd'hui il semblerait qu'on ait à faire face à une pénurie de recrutement en écoles d'infirmières.

(40) Les formations à vocation large qui correspondent à des effectifs en formation très importants remplissent sans doute une autre fonction.

La centralisation des décisions, au-delà de la prise en compte des situations régionales, n'est-elle pas un facteur de moindre adaptabilité aux situations. Comment anticiper sur l'attraction des jeunes vers tel ou tel type de formation ? Quelles sont les mobilités interrégionales des étudiants ?...

4. L'appareil éducatif en question

Aujourd'hui tous les aspects de la formation font l'objet de débats, qu'il s'agisse du niveau de formation, du contenu ou encore de la tutelle de rattachement.

La plupart des professions de santé réclament une augmentation de la durée de leur formation. Ainsi les professions qui bénéficient d'une formation de niveau III, actuellement délivrée en deux ans, revendiquent un allongement à trois ans pour s'aligner sur la formation des infirmières. Ceci ne va pas sans poser de problèmes pour les formations sous tutelle de l'Éducation nationale comme les BTS ; ceci revient à remettre en cause la définition même des BTS qui sont des formations courtes en deux ans. Au-delà, c'est un problème de classification et de rémunération qui est posé puisque les formations bac + 3 pourraient légitimement revendiquer une reconnaissance au niveau II, ainsi qu'une intégration en catégorie A de la Fonction Publique.

Les contenus de formation sont également au centre des réflexions. Au-delà d'une révision, habituelle, visant à prendre en compte l'évolution des connaissances et des technologies, c'est l'objet même de la formation qui est remis en cause. Ainsi, la formation d'infirmiers diplômés d'État, est, de l'avis d'un grand nombre de responsables, à revoir complètement : qu'il s'agisse aussi bien de la qualité de l'enseignement, du niveau, que des matières à enseigner, et de la progression des modules d'enseignement. Dans le même temps, le projet, déjà proposé il y a plus de quinze ans, du regroupement des formations d'infirmier de secteur psychiatrique et d'infirmier diplômé d'État, est de nouveau à l'ordre du jour. L'idée d'un «tronc commun» des formations paramédicales est toujours avancé par certains, malgré de fortes résistances.

Les formations sous tutelle du ministère de la Santé sont dispensées pour une large part dans des établissements publics. Des formations importantes en effectifs comme celles des infirmiers par exemple, émargent ainsi au budget des hôpitaux. L'accentuation des contraintes budgétaires conduisent certains responsables hospitaliers à préconiser le transfert de la formation au ministère de l'Éducation nationale, ou de l'enseignement supérieur. Cette orientation rencontre une revendication des professions elles-mêmes, qui réclament une formation universitaire qui au-delà d'une reconnaissance de la profession liée à la nature du diplôme, permettrait de définir une filière de formation permettant de donner accès à la recherche, c'est-à-dire d'envisager un nouveau mode de production de savoirs et un nouveau mode de reproduction professionnelle.

5. Des «professions» aux emplois de santé, ou de l'élargissement du marché de la formation

La Direction des lycées au ministère de l'Éducation nationale tend à investir de plus en plus le secteur de la Santé en développant des formations préparant à des emplois de ce secteur, notamment dans des activités périphériques du soin. Il existe des formations comme le BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales ou le Bac F8 sciences médico-sociales qui sont des formations professionnelles initiales qui jouent souvent le rôle de formations préparant à une formation professionnelle plus finalisée. La Direction des lycées a, ces dernières années, élaboré des formations correspondant aux domaines de l'hygiène, de la maintenance, de la restauration collective, soit un BEP bio-services et les CAP qui sont liés à ce BEP, c'est-à-dire le CAP d'agent technique d'alimentation et le CAP maintenance et hygiène des locaux. Ils ont tous été créés le 4 août 1989.

Aujourd'hui, c'est la création d'un bac professionnel qui fait l'objet d'une réflexion.

Des formations d'aide-soignant sont mises en place avec l'agrément de la DRASS - Direction régionale des affaires sanitaires et sociales ou de la DDASS - Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Ce qui constitue une brèche dans un secteur qui était pour ainsi dire du seul ressort du ministère de la Santé ou des facultés de médecine : la formation aux professions du «soin», c'est-à-dire intervenant dans des activités de diagnostic, de soin et de rééducation.

Enfin, il faudrait mentionner le développement de formations complémentaires d'initiative locale, mises en place par le recteur en liaison avec les administrations publiques concernées. Il s'agit de formations courtes - d'une durée minimale de trois mois - alternées, à finalité professionnelle, accessibles aux titulaires d'un diplôme de niveau IV ou V (41). Ces formations sont mises en place au niveau régional, ne sont pas sanctionnées par un diplôme national et devraient permettre un meilleur accès à l'emploi en répondant à des besoins (des profils) spécifiques du marché du travail local et/ou régional.

L'enseignement supérieur est aussi intervenu dans ce secteur en mettant en place, de façon expérimentale, un DEUG soins et une maîtrise en soins infirmiers à Bobigny par exemple. L'université de Paris-Dauphine a créé une maîtrise de sciences et techniques des organisations sanitaires et sociales : option gestion hospitalière, en lien avec l'Institut d'enseignement supérieur des cadres hospitaliers de l'Assistance publique de Paris.

Plus récemment, c'est une maîtrise des sciences et techniques de gestion et animation des systèmes de formation option formateur en soins qui a vu le jour à Dauphine.

(41) Arrêté du 4 février 1985 portant création des formations complémentaires d'initiative locale.

Il apparaît donc que l'Éducation nationale dans son ensemble s'intéresse de près à un secteur qui a été fortement créateur d'emplois - et le reste encore bien que plus faiblement - et qui lui offre un terrain pour développer des formations professionnelles plus ou moins finalisées.

Le secteur de la santé devient un véritable marché pour la formation initiale, et encore plus peut-être pour la formation continue. Mais ce dernier aspect mériterait une étude spécifique.

CHAPITRE I

LES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE SANTÉ RELEVANT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Nous aborderons dans cette partie les formations aux professions de santé relevant du ministère de la Santé et faisant l'objet d'un dénombrement régulier de la part du Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI), de ce même ministère.

Depuis 1980-1981, le SESI réalise, en collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale (Direction de l'évaluation et de la prospective) et la Direction générale de la santé, et avec le concours des DRASS - échelons statistiques, une enquête de périodicité annuelle auprès des écoles de la santé sous tutelle du ministère de la Santé.

Les données recueillies sont présentées dans la série «documents statistiques» du SESI. Ces documents présentent les statistiques brutes obtenues à partir des enquêtes annuelles : centres de formations et effectifs scolarisés et nombre de diplômes obtenus (à l'issue de l'année scolaire précédente).

Avant 1982, on dispose également d'enquêtes menées conjointement par les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale, mais elles ne semblent pas avoir été menées annuellement, et leur exhaustivité paraît incertaine.

Le tableau 34 donne la liste des formations enquêtées. Ces formations faisant l'objet de données statistiques déterminent le champ d'investigation et ceci appelle quelques commentaires.

Tableau 34 : Formations retenues pour les enquêtes du SESI

Formation de base	Spécialisation	
Infirmier diplômé d'État Infirmier psychiatrique Laborantin d'analyses médicales Manipulateur d'électroradiologie médicale Pédicure Ergothérapeute Masseur kinésithérapeute Psychomotricien Sage-femme Auxiliaire de puériculture	Spécialisation infirmière	Aide-anesthésiste Infirmière de salle d'opération Puéricultrice
	Encadrement	Cadre IDE Cadre infirmier psychiatrique Cadre masseur kinésithérapeute Autres cadres

Source : SESI.

■ Formations initiales

Les titulaires d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture peuvent accéder à des emplois qui se situent dans le secteur sanitaire mais plus encore dans le secteur social. Nous les avons néanmoins traités ici.

Les formations d'aides-soignants ne sont pas recensées par le SESI. Les données concernant les écoles d'aides-soignants relèvent du niveau départemental, le SESI, lui, ne traite qu'avec le niveau régional (service des directions régionales des affaires sanitaires et sociales). Il s'agit d'une lacune regrettable. Tout laisse supposer qu'on a affaire à des flux de formés et de diplômés non négligeables. Les aides-soignants en activité - donc titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant - représentent des effectifs proches de ceux des infirmiers diplômés d'État. Cette absence de données, concernant une formation de niveau V, renforce la position des formations analysées, de niveau III, à l'exception des auxiliaires de puériculture également de niveau V.

Il serait pourtant intéressant d'analyser l'évolution de cette formation qui après avoir été longtemps une formation «continue» accessible par promotion interne (à l'hôpital), tend à devenir - pour partie - une formation «initiale», en accès direct, notamment pour les sortants de BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales. Une telle étude permettrait sans doute d'éclairer le processus de création d'un diplôme : notion de besoin en formation, logique de l'institution qui le crée, positionnement dans le champ de la formation, relation au secteur d'activité et d'emploi.

Le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant (CAFAS) créé par le ministère de la Santé en 1956 avait pour objet d'offrir une formation, définie, à du personnel hospitalier non qualifié en place, soit des agents de service hospitalier (ASH), pour leur permettre d'accéder à des fonctions d'aide-soignant, soit d'aide des infirmiers (délégation d'actes sous contrôle des infirmiers).

Le ministère de l'Éducation nationale a créé le BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales en 1969. Cette formation, à finalité professionnelle large, ne permettait pas, ne permet toujours pas, d'accéder directement à un emploi d'aide-soignant. Longtemps les titulaires d'un BEP sanitaire et social (niveau V) ont dû se faire embaucher comme agent de service hospitalier (emploi non qualifié), attendre de bénéficier d'une ancienneté d'exercice suffisante pour se présenter à l'entrée de l'école d'aide-soignant, suivre la formation et passer le CAFAS pour exercer un emploi d'aide-soignant, lui-même sous-classé dans les statuts hospitaliers publics (même pas le niveau OQ) jusqu'en 1988. Le CAFAS ayant été par contre, homologué au niveau V.

Ce n'est que depuis peu, et après de longues années de résistance, que les titulaires du BEP sanitaire et social tendent à intégrer directement l'école d'aide-soignant sans passage préalable par l'emploi.

La présence des formations de sage-femme dans cette liste pourrait étonner. La profession de sage-femme est réglementée comme une profession médicale dans le Livre IV du Code de la Santé Publique. Les conditions d'accès aux écoles de sages-femmes (places au concours) sont du ressort du bureau des professions médicales à la Direction générale de la santé (DGS), les écoles sont contrôlées par l'enseignement supérieur et la DGS et le diplôme est délivré par l'enseignement supérieur. Par ailleurs, la nomenclature PCS (nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles) de l'INSEE classe les sages-femmes au niveau professions intermédiaires de la santé et du travail social. Mais la durée de formation vient d'être portée à quatre années.

■ Les formations de spécialisation

Nous avons également pris le parti de présenter l'évolution des formations conduisant à des «spécialisations». Par spécialisation, on entend des formations préparant à des diplômes de santé, accessibles après l'une des formations professionnelles initiales présentées précédemment. Deux groupes de «spécialisations» sont à distinguer : le premier correspond aux spécialisations infirmières, soit les aides-anesthésistes, les infirmiers de salles d'opération et les puéricultrices, et le diplôme est nécessaire pour exercer l'emploi. Le deuxième groupe comprend les formations préparant aux fonctions d'encadrement, soit les cadres infirmiers diplômés d'État, les cadres infirmiers psychiatriques, les cadres masseurs kinésithérapeutes, les «autres cadres» (laboratoire, radiologie...).

Ces spécialisations, en fait, devraient relever d'une analyse plus complète de la formation continue, qui est en soi un domaine, et qui ne pouvait être retenue dans cette démarche. Nous présentons l'évolution des «spécialisations», au sens du SESI, parce que les données sont immédiatement disponibles et, qu'en partie, elles correspondent à des «professions» quelque peu distinctes des formations professionnelles initiales auxquelles elles font suite, comme pour la puériculture.

■ Les écoles

Dans la plupart des cas, le terme «école» renvoie dans ce secteur à une «section» de formation (exemple : manipulateur d'électroradiologie médicale) dirigée par un directeur.

I - L'ÉVOLUTION DES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE SANTÉ EN FRANCE 1970 - 1987

L'évolution des formations aux professions de santé sous tutelle du ministère de la Santé se caractérise par une baisse générale des effectifs en formation et des diplômes délivrés. Cette tendance à la baisse, après une période de forte croissance, anticipe l'arrêt de la croissance de l'emploi.

À partir de 1981, le ministère de la Santé intervient pour maîtriser la croissance de l'offre en instaurant des quotas limitant l'accès en première année pour certaines formations.

L'arrêt de la croissance affecte la quasi-totalité des formations, mais à des moments différents. Les formations totalisant les effectifs les plus nombreux ont été touchées le plus tôt. Les inscrits en première année de formation infirmier diplôme d'État, infirmier psychiatrique, masseur kinésithérapeute et auxiliaire de puériculture sont les plus nombreux en 1976 et diminuent ensuite. Entre 1977 et 1980, les inscriptions en première année cessent d'augmenter pour un certain nombre d'autres formations. Au-delà de 1980 les formations initiales dont les effectifs inscrits en première année continuent à progresser constituent une rare exception. La baisse des inscriptions en formation d'infirmier psychiatrique est particulièrement remarquable. Les formations conduisant à une spécialisation, malgré une croissance plus tardive, connaissent une baisse des effectifs en fin de période.

Le nombre de diplômes délivrés suit la même évolution, avec le décalage correspondant à la durée des études. Le nombre de diplômes délivrés est le plus élevé en 1978. Par contre le nombre de diplômes délivrés, sanctionnant une spécialisation, est le plus élevé en 1985.

L'analyse de l'évolution des formations aux professions de santé relevant du ministère de la Santé portera sur les points suivants : évolution des flux d'entrée - écoles, flux et conditions d'accès - et évolution du nombre de diplômes délivrés, et ceci pour la France métropolitaine et pour la région Bretagne. Pour faciliter la lecture, on a choisi de renvoyer en annexe certains tableaux détaillés.

1. Évolution des flux d'entrée dans les écoles

1.1. Les écoles

■ Les écoles préparant à une formation initiale

L'essentiel de l'offre de formation est publique. À la rentrée 1987 on comptabilise, en France, 630 écoles préparant à des diplômes de santé non médicaux, dont un tiers à peine sont des écoles privées. Cependant, les écoles privées l'emportent largement pour deux formations : les masseurs kinésithérapeutes et les pédicures. Les écoles les plus nombreuses : infirmiers diplômés d'État, infirmiers psychiatriques et auxiliaires de puériculture relèvent largement du secteur public (cf. annexe 4).

De façon générale, le nombre d'écoles a augmenté jusqu'en 1980. Depuis le mouvement est à la baisse : au nombre de 684 à la rentrée 1980 (les données manquent pour les écoles de psychomotriciens), les écoles ne sont plus que 630 à la rentrée 1987. La baisse constatée à partir de 1980 affecte plus particulièrement les écoles d'infirmiers psychiatriques (moins 41 écoles à la rentrée 1987) et celles d'infirmiers diplômés d'État, soit moins 15 écoles à la rentrée 1987. Les autres écoles semblent se maintenir à peu près au nombre atteint en 1980.

En fait, les écoles se sont développées pendant la période de croissance du secteur Santé, pour former les professionnels indispensables à l'expansion et la diversification de l'offre de soins. Le développement du nombre d'hôpitaux et la pénurie en personnel qualifié ne sont sans doute pas étrangers à l'augmentation importante d'écoles d'infirmiers entre 1969 et 1980. Pour un certain nombre de formations, les textes de création prévoient que l'enseignement ne peut être dispensé que dans des écoles ayant un support hospitalier, situées dans une agglomération où existe un centre hospitalier régional, ou à la rigueur un centre hospitalier.

■ Les écoles préparant aux spécialisations

Dans son ensemble, et sur toute la période, le nombre d'écoles préparant à une spécialisation ne cesse de croître. Entre 1980 et 1987, leur nombre passe de 110 à 128, avec une forte prédominance des écoles publiques (elles étaient 51 en 1969) (cf. annexe 4).

Les écoles préparant aux spécialisations infirmières (aides-anesthésistes, infirmiers de salle d'opération, puéricultrices) connaissent une progression sur l'ensemble de la période passant de 51 en 1969 à 115 en 1986. Plus précisément, les écoles de puéricultrices ont connu un fort accroissement sur une courte période de cinq ans, entre 1969 et 1974 ; un accroissement plus faible entre 1974 et 1980 et une stabilisation

ensuite. Les écoles d'aides-anesthésistes et d'infirmiers de salle d'opération restent relativement stables après 1980.

Les écoles préparant aux spécialisations liées aux fonctions d'encadrement ont également connu une progression remarquable sur l'ensemble de la période. Les écoles de cadres infirmiers diplômés d'État se détachent nettement par leur importance. Elles ont progressé fortement entre 1969 et 1974 passant de 10 à 18, et encore plus fortement entre 1974 et 1980, passant de 18 à 30. Elles se stabilisent ensuite (42). Les écoles de cadres infirmiers psychiatriques, peu nombreuses, croissent de 1980 à 1987.

La catégorie «autres cadres» apparaît tardivement (1984) et il est donc difficile de faire une répartition selon les spécialités professionnelles sur l'ensemble de la période.

1.2. Les flux d'entrée en formation initiale

Les effectifs d'élèves inscrits en première année dans les écoles préparant aux professions de santé passent de 22 706 à la rentrée 1972-1973 (non compris les infirmiers psychiatriques) à 21 373 à la rentrée 1986, après avoir été au nombre de 34 769 à la rentrée 1976-1977, soit une décroissance par rapport aux effectifs atteints en début de période.

Les effectifs inscrits en formation d'infirmiers représentent à eux seuls environ 60 % des inscrits.

Tableau 35 : Effectifs inscrits en première année en France
(1972-1986)

Rentrées	1972	1976	1980	1986
Infirmier diplômé d'État	14 235	20 642	15 300	13 232
Infirmier psychiatrique		4 992	2 235	1 194
Laborantin	547	550	629	444
Manipulateur	606	689	617	503
Pédicure	388	424	479	383
Ergothérapeute	131	224	232	255
Masseur Kinésithérapeute	2 484	2 705	2 586	1 875
Psychomotricien			1 908	355
Sage-femme	564	664	726	708
Auxiliaire de puériculture	3 751	3 879	3 050	2 424
Total	22 706	34 769	27 762	21 373

Source : SESI.

(42) On rappellera que le diplôme de cadre infirmier a été remanié en 1975 et que la même année était créé «l'infirmier général», l'ensemble traduisant la volonté de structurer le corps infirmier et le «service infirmier».

Les données utilisées ici renvoient à deux sources différentes : d'une part à un article de Gottely et Desvoyes du SESI (43), portant sur la période 1972-1982 - il s'agit de données corrigées - et d'autre part, de données sur «les écoles de formations aux professions de la santé», série documents statistiques - il s'agit de données brutes disponibles à partir de l'année 1982 seulement. Ceci explique les différences que l'on constatera dans les tableaux complets en annexe, et la distinction de deux périodes pour l'analyse.

■ Évolution des entrées 1972 - 1982

Au-delà du constat d'une tendance à la baisse en fin de période, on remarque pour l'ensemble des professions une croissance en début de période (+ 53 % entre 1972 et 1976) suivies d'une décroissance forte (- 20 % entre 1976 et 1982). Plus précisément, la croissance de l'ensemble des inscrits en première année connaît un premier coup d'arrêt autour de 1976, puis un deuxième autour de 1980. Après cette date, les inscrits en première année iront en diminuant pour la quasi-totalité des formations.

Autour de 1976, l'arrêt de la croissance touche d'abord les formations numériquement les plus nombreuses, soit les infirmiers diplômés d'État, les infirmiers psychiatriques, les masseurs kinésithérapeutes, ainsi que les auxiliaires de puériculture. De 1972 à 1975, les élèves infirmiers diplômés d'État de première année étaient passés de 14 235 à 20 994, soit une augmentation de 47,5 %. Les inscrits dans cette formation connaîtront une diminution après cette date, exceptée une reprise en 1982 et 1983. De même les élèves infirmiers psychiatriques ont augmenté de 22 % entre 1973 et 1976 passant de 4 097 à 4 992 inscrits. Ils sont 3 212 en 1982 (cf. annexe 5).

En 1979, les effectifs inscrits en première année en formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale et de pédicures sont au plus haut, passant respectivement entre 1972 et 1979 de 606 à 887 et de 388 à 499. Les élèves psychomotriciens atteignent leurs effectifs les plus nombreux en 1980, passant de 1 676 en 1977 à 1 908 en 1980.

En fait, seules les formations d'ergothérapeutes et de sages-femmes verront les effectifs d'inscrits en première année progresser au-delà de 1980.

■ Évolution des entrées 1982 - 1987

La tendance à la baisse constatée pendant la période précédente se poursuit. Entre 1982 et 1987, l'ensemble des inscrits en première année a baissé de 23 %. On notera la très forte baisse des élèves infirmiers psychiatriques, soit - 70 %, une baisse très importante chez les psychomotriciens, - 78 %, mais cette baisse intervient de façon spectaculaire en fin de période, plus particulièrement en 1985 (44). Les inscrits en première année

(43) Les données concernant la période 1972-1982 sont tirées de l'article de J. GOTTELY et F. DESVOYES : Les écoles de formations aux professions de santé et d'action sociale. Études statistiques n° 5-6. 1984.

(44) Cf. paragraphe ci-dessous sur les quotas.

de formation infirmiers diplômés d'État continuent à baisser (- 8 %) ainsi que les laborantins, surtout en fin de période (- 44 %) (cf. annexe 6).

L'effondrement des inscrits en première année de formation infirmier psychiatrique semblerait lié à un problème de financement des études (infrastructure) et des salaires des étudiants en formation. En effet, les élèves infirmiers psychiatriques sont rémunérés pendant leurs études, alors qu'il n'en est rien pour les infirmiers diplômés d'État. Les hôpitaux psychiatriques qui supportent cette formation sur leur budget, ont semble-t-il choisi de transférer pour partie le budget consacré à la formation à des postes d'actifs. La formation infirmier psychiatrique aurait ainsi perdu de son attractivité. Ceci est peut-être à mettre en relation avec le projet d'une formation uniforme infirmier psychiatrique - infirmier diplômé d'État.

De façon plus générale, on peut se demander si la poursuite de la baisse des effectifs entrant dans une formation aux professions de santé ne risque pas, à terme, de poser un problème de renouvellement de la population active de ce secteur.

■ Limitation de l'accès en première année de formation

Au début des années 1980, l'administration a cherché à maîtriser les effectifs à former en fixant «pour chaque département ou école le nombre maximum d'élèves pouvant être admis, compte non tenu des redoublants en première année des études pour la rentrée suivante» (45).

En comparant les chiffres des élèves inscrits en première année (redoublants déduits), avec les chiffres des inscriptions autorisées, on constate :

- que de la rentrée 1982 à la rentrée 1987, les inscriptions en première année de formation infirmier diplômé d'État sont déficitaires, avec un écart particulièrement important en 1983 et 1984, soit respectivement 3 017 et 2 392 inscrits de moins que ce qui était autorisé ;
- que les inscriptions en formation de masseur kinésithérapeute sont au contraire toujours excédentaires ;
- que jusqu'en 1985, les inscriptions en première année de psychomotricité dépassaient très largement les effectifs autorisés (environ plus des deux tiers), même une fois exclus les redoublants, qui représentent encore une proportion importante. En fait, jusqu'en 1984, les écoles de psychomotricité recrutaient largement et effectuaient une très forte sélection en fin de première année. À partir de 1985, la Direction générale de la santé serait intervenue pour obtenir que la sélection s'effectue dès l'accès en première année (première inscription) et que les quotas fixés soient ainsi mieux respectés. Ceci expliquerait la baisse importante des inscrits entre 1984 et 1985.

(45) Gottely et Desvoyes. Étude citée.

Tableau 36 : Effectifs inscrits en première année et quotas autorisés en France de 1982 à 1987

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1987/1981
Infirmier diplômé d'État	15 541 16 047 (1)	15 474 16 382 (1)	12 929 15 946	12 865 15 257	12 862 14 770	13 519 14 190	- 8
Masseur kinésithérapeute	1 833 1 762	1 726	1 708 1 642	1 634 1 543	1 615 1 533	1 581 1 508	- 19
Psychomotricien	1 205	981 335	950 295	231 250	318 350	305 305	- 19

Source : DGS - SESI.

Chiffres en maigre : effectifs inscrits, redoublants déduits.

Chiffres en gras : quotas autorisés.

(1) Chiffres incertains.

On peut aussi remarquer que la formation d'infirmier diplômé d'État, formation numériquement la plus importante, avait vu baisser le nombre d'inscriptions en première année avant la mise en place des quotas. Et cette baisse a continué au-delà des quotas autorisés. On peut se demander si la régulation de l'offre peut être opérée seulement, et de façon mécaniste, à partir de la définition des quotas d'entrée en formation.

1.3. Les flux d'entrée en formation spécialisée

Les données disponibles sur les effectifs inscrits en spécialisation sont incomplètes au début de la période, nous ne les présentons qu'à partir de 1982 et le lecteur trouvera en annexe les données antérieures.

Tableau 37 : Effectifs inscrits en première année de spécialisation en France de 1982 à 1987

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier aide-anesthésiste	470	459	400	415	393	369
Infirmier salle d'opération	215	220	239	217	257	240
Puéricultrice	835	902	833	836	809	830
Cadre IDE	912	905	901	882	718	705
Infirmier cadre de secteur psychiatrique	118	123	159	130	124	156
Cadre masseur kinésithérapeute		71	63	53	34	42
Autres cadres		22	28	64	47	46
Total	2 550	2 702	2 623	2 597	2 382	2 388

Source : SESI.

L'ensemble des effectifs inscrits baisse légèrement entre la rentrée 1982 et la rentrée 1987, passant de 2 550 à 2 388 inscrits après avoir culminé en 1983 (2 702 inscrits). Cette

tendance générale à la baisse qui semble intervenir avec l'arrivée des années 1980, correspond à des évolutions différenciées selon les spécialisations.

Les formations totalisant de petits effectifs, connaissent de fortes inflexions : les «autres cadres» doublent leurs effectifs en fin de période (sans doute a-t-on affaire à une situation de rattrapage ?). Les cadres masseurs kinésithérapeutes connaissent au contraire une baisse importante passant de 71 à 42 inscrits.

Les cadres infirmiers psychiatriques ont progressé (+ 32 %) passant de 118 inscrits en 1982 à 156 en 1987. On rappellera que dans le même temps, les effectifs inscrits en première année de formation de base d'infirmier psychiatrique se sont effondrés.

L'évolution des effectifs infirmiers aides-anesthésistes et infirmiers de salle d'opération (les premiers en baisse, les seconds à peu près stables) serait sans doute à mettre en relation avec l'évolution des effectifs de chirurgiens et de médecins réanimateurs en activité ainsi qu'avec celle des internes dans ces spécialités. Les effectifs de ces infirmiers spécialisés correspondent-ils à l'évolution du nombre d'interventions ? Comment s'effectue la division du travail ? Au bénéfice de qui ?

La tendance à la baisse constatée pour la période 1982-1987 intervient après un mouvement semble-t-il différent (cf. annexe 7) entre 1974 et 1980. En 1980, l'ensemble des inscrits en spécialisation atteignait le nombre de 2 644. Les effectifs de cadres infirmiers diplômés d'État avaient fortement augmenté entre 1974 et 1980 passant de 745 à 950 inscrits (soit + 28 %) alors que les inscrits en formation initiale d'infirmier diplômé d'État avaient commencé à diminuer dès 1976, comme nous l'avons constaté dans la partie précédente.

2. Évolution des flux de diplômés

2.1. Les diplômes sanctionnant une formation initiale

Le nombre de diplômes délivrés en 1987 correspond à peu près à celui de 1973 (46). On pourrait même considérer qu'il est inférieur, étant donné que les premiers flux de diplômés en ergothérapie et psychomotricité (diplômes nouvellement créés) sont postérieurs à cette date. Ce premier constat ne doit pas masquer l'augmentation très importante des flux de diplômés de 1973 à 1978, passant de 20 883 à 29 623 diplômes délivrés, puis la baisse jusqu'en 1987 pour n'atteindre plus que 19 342 diplômes délivrés.

(46) Nous prenons ici l'année 1973 comme année de référence car pour 1972, il manque les données concernant les infirmiers psychiatriques.

Tableau 38 : Diplômes délivrés en France (1972-1987)

	1972	1978	1982	1987
Infirmier diplômé d'État	10 002	17 858	14 091	11 807
Infirmier psychiatrique	3 402	4 345	2 134	1 661
Laborantin	396	461	506	399
Manipulateur	288	604	625	396
Pédicure	424	299	342	280
Ergothérapeute		198	198	199
Masseur Kinésithérapeute	1 458	1 806	1 758	1 487
Psychomotricien		407	369	308
Sage-femme	430	561	658	653
Auxiliaire de puériculture	3 144	3 084	2 445	2 152
Total	16 142	29 623	23 126	19 342

Source : SESI.

■ Diplômes délivrés de 1972 à 1982

L'ensemble des diplômes délivrés passe de 16 142 en 1972 à 22 747 en 1982, après avoir culminé à 29 623 en 1978. On retrouve ici, avec le décalage dû à la durée des études, le mouvement des effectifs d'inscrits en première année de formation.

Tableau 39 : Diplômes délivrés en France de 1972 à 1982

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Infirmier diplômé d'État	10 002	11 069	312	11 253	14 000	15 660	17 845	16 503	16 291	15 903	13 761
Infirmier psychiatrique		3 402			2 995	3 240	4 345	4 004	3 308	3 033	2 146
Laborantin	396	403	425	435	483	426	461	512	505	533	506
Manipulateur	288	376	476	568	617	501	604	638	641	645	625
Pédicure	424	366	388	318	324	317	299	342	313	331	342
Ergothérapeute			62	98	132	154	198	174	179	186	198
Masseur kinésithérapeute	1 458	1 794	1 659	1 598	1 791	1 829	1 806	1 646	1 863	1 962	1 758
Psychomotricien						347	407	425	389	421	369
Sage-femme	430	494	480	509	509	547	561	597	626	585	658
Auxiliaire de puériculture	3 144	2 979	3 278	3 322	3 398	3 244	3 084	3 114	3 043	2 461	2 384
Total	16 142	20 883	7 080	18 101	24 240	26 265	29 623	27 955	27 158	26 060	22 747

Source : SESI - Étude citée.

Les diplômes d'infirmiers diplômés d'État délivrés ont, de fait, augmenté de + 79 % entre 1972 (10 002) et 1978 (17 858), mais déchu de 23 % entre 1978 et 1982 (13 761), soit une augmentation pour l'ensemble de la période de + 38 %.

Les diplômes d'infirmiers psychiatriques ont également culminé en 1978, atteignant 4 345 diplômes délivrés. Ils décroissent de façon importante jusqu'en 1982, soit une baisse de 51 % entre 1978 et 1982.

De façon générale, le nombre de diplômes délivrés augmente de + 84 % entre 1972 et 1978 et baisse de - 23 % entre 1978 et 1982, soit une augmentation de + 41 % sur l'ensemble de la période. On notera le très fort accroissement des manipulateurs d'électroradiologie : + 117 % entre 1972 et 1982, et celui des sages-femmes + 53 % sur la même période, les pédicures et les auxiliaires de puériculture ont une évolution négative, soit respectivement - 19 % et - 24 %.

■ Diplômes délivrés de 1982 à 1987

La période 1982-1987 se caractérise par une baisse d'ensemble du nombre de diplômes délivrés : de 23 126 en 1982 ils ne sont plus que 19 342 en 1987, soit une perte d'un peu plus de 3 700 diplômés.

Ce mouvement correspond à la baisse des inscriptions en première année enregistrée en 1984.

Cette baisse affecte les infirmiers diplômés d'État dont le nombre de diplômés diminue une première fois en 1983 et de façon significative en 1987, soit - 2 284 diplômés sur l'ensemble de la période.

La délivrance de diplômes d'infirmiers psychiatriques suit la même évolution.

Tableau 40 : Diplômes délivrés en France de 1982 à 1987

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier diplômé d'État	14 091	13 025	13 182	13 466	13 678	11 807
Infirmier psychiatrique	2 134	1 754	1 831	2 533	2 405	1 661
Laborantin	506	545	536	541	392	399
Manipulateur	625	521	553	548	439	396
Pédicure	342	376	365	289	283	280
Ergothérapeute	198	194	173	199	195	199
Masseur kinésithérapeute	1 758	1 803	1 563	1 780	1 702	1 487
Psychomotricien	369	399	357	279	245	308
Sage-femme	658	654	675	633	688	653
Auxiliaire de puériculture	2 445	2 445	2 338	2 373	2 239	2 152
Total	23 126	21 716	21 573	22 641	22 266	19 342

Source : SESI.

En fait la baisse du nombre de diplômes affecte la plus grande partie des formations. Seules les formations d'ergothérapeutes et de sages-femmes connaissent une certaine stabilité du nombre de diplômes délivrés.

Quoi qu'il en soit, la structure des diplômes délivrés est quasiment la même en début et en fin de période.

En 1987 le nombre de diplômes délivrés est relativement proche de celui de 1972, si l'on tient compte du fait que la rubrique «infirmiers psychiatriques» n'est pas renseignée en 1972. Les flux de diplômés vont-ils suffire à assurer le renouvellement de la population active et à absorber l'augmentation de l'activité qualifiée ? Ne peut-on craindre un déficit dans certaines professions ? On rappellera que pour la même période les effectifs en activité ont continué à augmenter.

2.2. Les flux de diplômés - spécialisation

Le nombre de diplômes de spécialisation délivrés de 1982 à 1987 reste relativement stable, passant de 2 193 à 2 278, soit + 4 % d'augmentation. En fait, le nombre de diplômes délivrés augmente jusqu'en 1985 - 2 538 diplômes délivrés - pour diminuer ensuite. Seul le nombre de diplômes d'infirmier de salle d'opération délivrés continue à augmenter jusqu'en 1987.

Tableau 41 : Évolution des diplômes de spécialisation délivrés en France de 1982 à 1987

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier aide-anesthésiste	337	373	427	413	372	383
Infirmier salle d'opération	184	208	218	237	212	256
Puéricultrice	752	748	792	762	743	679
Cadre infirmier diplômé d'État	811	876	845	872	771	755
Cadre infirmier psychiatrique	109	95	139	148	129	133
Cadre masseur kinésithérapeute		66	66	59	49	31
Autres cadres		14	46	47	57	41
Total	2 193	2 380	2 533	2 538	2 333	2 278

Source : SESI.

Les données antérieures à 1982 (cf. annexe 8) bien que parcellaires, permettent de constater que le nombre de diplômes de spécialisation délivrés a connu une augmentation particulièrement forte entre 1970 et 1980. Ainsi le nombre de diplômes de cadre infirmier délivrés passe de 340 en 1970 à 811 en 1980, avec une augmentation particulièrement importante entre 1974 (508 diplômés) et 1980. On rappellera que le diplôme de cadre infirmier a été modifié et renouvelé en 1975, qu'il s'agit d'un diplôme unique donnant accès à des fonctions d'encadrement ou d'enseignement et que la même année était créé le poste d'«infirmier général». Tout ceci témoigne d'une volonté de «gérer» le corps infirmier et d'offrir une «carrière» aux infirmiers diplômés d'État.

On constate également une augmentation importante du nombre de diplômes de puéricultrices délivrés entre 1970 (soit 489) et 1982 (soit 752). Sans doute peut-on voir, entre autres, dans cette augmentation les effets du programme de rationalisation des choix budgétaires portant sur la périnatalité (suivi des grossesses et des nouveaux-nés).

Cependant, la rapidité avec laquelle le nombre de diplômés infirmiers de spécialisation se stabilise d'une part, et le petit nombre de diplômés par année en regard des flux d'infirmiers diplômés d'État (formation de base) et le nombre d'infirmiers en activité d'autre part, conduit à s'interroger sur les perspectives réelles de carrière offertes aux jeunes infirmiers.

II - L'ÉVOLUTION DES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE SANTÉ EN BRETAGNE 1980 - 1987

Sur la période considérée le nombre d'écoles ne varie guère. Les écoles délivrant une formation initiale sont au nombre de trente en 1987 et seules trois écoles d'infirmier psychiatrique ont disparu depuis 1980. Les écoles préparant à une spécialisation sont au nombre de six.

Le nombre d'élèves inscrits en première année baisse de la rentrée 1982 à celle de 1987, passant de 995 à 804, soit une baisse de 19 %. Il faut noter la baisse spectaculaire des élèves infirmiers psychiatriques. Pendant cette période, l'accès en première année a été limité par des «quotas» pour les formations d'infirmier diplômé d'État et de masseur kinésithérapeute. Le nombre d'élèves infirmiers diplômés d'État n'est pas déficitaire en Bretagne.

Les effectifs d'élèves inscrits en spécialisation restent stables, soit 100 élèves en 1987. Jusqu'en fin de période les inscriptions en formation cadre infirmier diplômé d'État augmentent.

Le nombre de diplômés initiaux délivrés baisse de 1980 à 1987, de 1 121 à 831 avec une forte baisse des diplômés infirmiers psychiatriques.

L'analyse de l'évolution des professions de santé au niveau régional - Bretagne - s'effectuera selon le même plan que précédemment. Nous aborderons ici les professions de santé dépendant du ministère de la Santé, c'est-à-dire pour le niveau régional, de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Comme on le verra dans le tableau ci-après, le dispositif de formation breton est assez complet. Pour les formations initiales, les formations de laborantin et de psychomotricien ne sont pas représentées, pour les formations spécialisées, les formations à l'encadrement, exception faite des formations cadre infirmier, ne sont pas proposées non plus. On peut s'étonner de l'absence de formation de cadre infirmier psychiatrique dans une région où les infirmiers psychiatriques en activité sont loin d'être déficitaires (cf. partie emploi).

Les données dont nous disposons pour le niveau régional sont accessibles en série cohérente à partir de 1982 : documents statistiques, les écoles de formation aux professions de santé - SESI. Auparavant, nous disposons de données issues d'enquêtes conjointes SESI-DEP, pour 1974 et 1980. Mais les données concernant le niveau régional sont souvent incomplètes.

Tableau 42 : Formations aux professions de santé en Bretagne

Formation initiale	Formations spécialisées
Infirmier diplômé d'État Infirmier psychiatrique Manipulateur d'électroradiologie médicale Pédicure Ergothérapeute Masseur kinésithérapeute Sage-femme Auxiliaire de puériculture	Aide-anesthésiste Infirmière de salle d'opération Puéricultrice Cadre infirmier diplômé d'État

1. Évolution des flux d'entrée en Bretagne (1980-1987)

1.1. Les écoles

Les écoles délivrant une formation initiale étaient au nombre de trente trois à la rentrée 1980, au nombre de trente à la rentrée 1987. La diminution concerne uniquement des écoles d'infirmiers psychiatriques. Les écoles sont essentiellement publiques : seules les formations de pédicure, de masseur kinésithérapeute et d'ergothérapeute sont uniquement délivrées en école privée (cf. annexe 9).

Les écoles délivrant une formation spécialisée sont toutes publiques et leur nombre reste stable entre 1980 et 1987 (six écoles en 1987). Il ne s'agit que de spécialisations infirmières (cf. annexe 10).

1.2. Les flux d'entrée en formation initiale

De la rentrée 1982 à la rentrée 1987, l'ensemble des formations accuse une baisse des effectifs inscrits en première année passant de 995 à 804 inscrits, soit une baisse de 19 %. Une seule formation échappe à la baisse : celle des pédicures. Pour la France, les effectifs d'ergothérapeutes et de pédicures connaissent une évolution positive sur la même période.

Ce sont les inscrits en formation d'infirmiers psychiatriques qui accusent le recul le plus important sur cette période en passant de 117 inscrits en 1982 à 30 seulement en 1987.

Accusent également un recul : les auxiliaires de puériculture - 123 inscrits en 1982, 103 en 1987, soit - 16 % -, les infirmiers diplômés d'État, 577 inscrits en 1982, 502 en 1987 soit - 13 %, et pour ces derniers, le nombre d'inscrits reste cependant supérieur aux quotas autorisés.

Tableau 43 : Effectifs inscrits en première année en Bretagne de 1982 à 1987

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier diplômé d'État	577	546	546	557	534	502
Infirmier psychiatrique	117	146	74	79	72	30
Manipulateur	26	25	21	20	21	21
Pédicure	17	25	30	17	24	21
Ergothérapeute	26	27	28	24	26	25
Masseur kinésithérapeute	86	83	92	82	85	81
Sage-femme	23	28	25	24	24	21
Auxiliaire de puériculture	123	123	130	113	107	103
Total	995	1 003	946	916	893	804

Source : SESI.

L'évolution, en structure, fait apparaître un renforcement de la part prépondérante des infirmiers diplômés d'État en 1987, due à la baisse très importante des élèves infirmiers psychiatriques qui en 1982 occupaient la seconde place à égalité avec les élèves auxiliaires de puériculture et n'obtiennent que la quatrième place en 1987, après les auxiliaires de puériculture et les masseurs kinésithérapeutes (cf. annexe 11).

On peut constater que la baisse de l'ensemble des inscrits en première année, pour la période 1982 - 1987 est plus faible en Bretagne (- 19 %) qu'en France (- 23 %). Mais que s'est-il passé en Bretagne pendant la décennie précédente ? Les données manquent pour 1970, voire 1975 pour avoir une vue de l'évolution d'ensemble sur une longue période. Néanmoins, entre la rentrée 1974 et la rentrée 1980 les effectifs d'élèves infirmiers de première année sont passés de 615 à 546, soit une baisse plus modérée qu'en France et, suivie d'une relative stabilité.

■ Limitation de l'accès en première année

Au début des années 1980, en Bretagne comme dans les autres régions de France, l'accès à certaines formations a été limité par l'instauration de «quotas». Il en est ainsi des formations d'infirmiers diplômés d'État et de masseurs kinésithérapeutes. En comparant les inscriptions autorisées et les effectifs inscrits, redoublants exclus, on constate :

- un sureffectif d'inscrits en première année de formation d'infirmier diplômé d'État en 1984 et 1985, années précisément pour lesquelles on remarquait au contraire pour la

France un déficit très important d'inscriptions en première année (47) d'infirmiers diplômés d'État ;

Tableau 44 : Effectifs inscrits en première année et quotas autorisés en Bretagne de 1982 à 1987

Rentrés	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier diplômé d'État	573	538	540 552	550 527	524 490	491 490
Masseur kinésithérapeute	81	80	78 75	73 72	73 72	71 70

Source : DRASS Bretagne. SESI - documents statistiques.

Chiffres en maigre = effectifs inscrits.

Chiffres en gras = quotas autorisés.

- un alignement des effectifs inscrits en première année de masseur kinésithérapeute alors que pour la France, on constatait un sureffectif permanent des inscrits par rapport aux inscriptions autorisées.

1.3. Les flux d'entrée en formation spécialisée

Dans son ensemble, le nombre d'inscrits en formation spécialisée reste stable et, malgré des fluctuations en cours de période, on retrouve en 1987 à peu près le même nombre d'inscrits (106) qu'en 1980 (100). La part relative des cadres infirmiers diplômés d'État et des puéricultrices reste la même, soit à peu près la moitié des effectifs.

Tableau 45 : Effectifs inscrits en première année en spécialisation en Bretagne de 1982 à 1987

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier aide-anesthésiste	40	30	26	9	8	25
Infirmier salle d'opération	23	23	24	14	11	25
Puéricultrice	26	35	34	26	29	29
Cadre infirmier diplômé d'État		18	18	25	27	27
Total	89	106	102	74	75	106

Source : SESI.

Ainsi le nombre des inscrits en formation de cadre IDE ne suit pas la tendance à la baisse constatée au niveau France pour cette période. Comment interpréter ce constat ? Les effectifs correspondent en fait à une classe, cette explication est-elle suffisante ? Ou

(47) Voir Chapitre I de cette partie, page 92.

bien la période précédente n'a-t-elle pas fourni assez d'infirmiers cadres ou spécialisés et se trouve-t-on dans la situation d'avoir à rattraper un retard ?

2. Évolution des flux de diplômés

2.1. Les flux de diplômés - formation initiale

Pour la période 1980 - 1987 on constate une baisse d'ensemble du nombre de diplômes délivrés (1 121 en 1980 et 831 en 1987). Cette baisse est particulièrement sensible pour les diplômés infirmiers psychiatriques (207 diplômes délivrés en 1980, 66 seulement en 1987) (48).

Tableau 46 : Diplômes de santé formation initiale délivrés en Bretagne de 1982 à 1987

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier diplômé d'État	537	516	491	514	497	505
Infirmier psychiatrique	121	106	111	95	139	66
Manipulateur	26	18	26	25	22	19
Pédicure	28	21	20	20	25	19
Ergothérapeute	22	23	23	27	23	24
Masseur kinésithérapeute	79	66	73	88	71	84
Sage-femme	19	19	21	17	27	20
Auxiliaire de puériculture	89	106	108	114	109	94
Total	921	875	873	900	913	831

Source : SESI.

Après avoir augmenté entre 1974 et 1980, passant de 490 à 630 (cf. annexe 12). Le nombre d'infirmiers diplômés d'État baisse en 1982 pour rester relativement stable ensuite, soit 505 infirmiers diplômés d'État en 1987.

2.2. Les flux de diplômés - spécialisation

En 1987, les diplômes de spécialisation délivrés étaient au nombre de 73. Ils étaient 71 en 1982, non compris les cadres infirmiers diplômés d'État. Jusqu'en 1985-1986 la part relative des diplômes d'infirmiers spécialisés - salle d'opération, aide-anesthésiste - est importante. Les fluctuations observées en cours de période sont faibles : elles sont à rapprocher de celles des effectifs inscrits.

(48) Voir page 99, les flux d'entrées.

Tableau 47 : Diplômes de spécialisation délivrés en Bretagne de 1982 à 1987

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier aide-anesthésiste	27	26	36	24	27	9
Infirmier salle d'opération	12	24	23	24	14	11
Puéricultrice	32	24	30	30	24	26
Total	71	97	107	96	90	73

Source : SESI.

La question qui se pose est de savoir comment se décide la création d'une «école» ou section de formation spécialisée ? Correspond-elle à une évaluation des besoins de création ou renouvellement d'emploi, quelle est la politique des employeurs face à ces problèmes, enfin existe-t-il à ce niveau une mobilité entre région de formation et région d'emploi ?

CHAPITRE II

LES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE SANTÉ RELEVANT DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Nous analyserons dans cette partie les formations dispensées en lycée professionnel et lycée technique, soit les formations allant du niveau V au niveau III et relevant de la Direction des lycées, ainsi que les formations de niveau III et plus relevant de la Direction des enseignements supérieurs et ce pour la France et pour la Bretagne. Ce travail est exploratoire et de ce fait incomplet et à améliorer.

Nous proposons ici une présentation par niveau de formation, comme c'est la coutume au ministère de l'Éducation nationale. Les sources statistiques sont d'ailleurs présentées par niveaux de formation (49) différenciées selon que l'on traite des effectifs ou des diplômes relevant de l'enseignement professionnel (Direction des lycées) ou de ceux de l'enseignement supérieur.

Nous retenons ici, les formations professionnelles préparant directement à une profession de santé, c'est-à-dire conduisant à un des titres exigés pour accéder à une profession de santé, ainsi que les formations appartenant à la même filière. Nous incluons également des formations qui ont une visée plus générale : préparer l'accès à un emploi ou une profession du secteur santé, soit par accès direct, soit comme formation préparatoire à une formation plus spécialisée. Il en est ainsi par exemple du BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales qui ne permet pas d'accéder directement à l'exercice d'aide-soignant, mais devient après de longues années de méconnaissance ou de rejet, de plus en plus apprécié, voire exigé, pour entrer à l'école d'aide-soignant.

(49) Cf. grille des niveaux de formation en annexe 1.

■ Les formations relevant de la Direction des lycées

L'ensemble de ces formations s'étend du niveau V au niveau III. Certaines d'entre elles sont dispensées dans le cadre de l'apprentissage, ce qui pose un problème de sources statistiques, les sources concernant les effectifs en formation n'étant pas les mêmes pour l'apprentissage et pour l'enseignement en lycée professionnel. Pour les diplômes, par contre, on a affaire à une source unique.

Tableau 48 : Diplômes relevant de la Direction des lycées et collèges

Niveau III	BTS : - d'analyses biologiques - électroradiologie médicale - diététique - podo-orthésiste - prothésiste orthésiste - opticien lunetier
Niveau IV	BTn F7 biochimie BTn F7 biologie BTn F8 sciences médico-sociales BT podo-orthésiste BP : - préparateur en pharmacie - prothésiste dentaire - opticien lunetier - technique d'analyse médicale - bottier - orthopédiste
Niveau V	BEP : - préparatoire aux carrières sanitaires et sociales - monteur vendeur opticien CAP : - employé de pharmacie - employé technique de laboratoire - monteur en lunetterie - podo-orthésiste - prothésiste orthopédiste - prothésiste dentaire

La définition du «secteur santé» et des formations correspondantes ne va pas sans poser de problèmes. Si l'on regarde la nomenclature analytique des formations du ministère de l'Éducation nationale (édition 1985), les formations «santé» semblent correspondre au groupe 37 intitulé «santé, secteur paramédical, services sociaux» (cf. annexe 3). Mais, pour des raisons historiques, un certain nombre de formations qui préparent à des emplois ou des professions aujourd'hui reconnues comme appartenant au secteur santé, sont encore classées dans d'autres groupes, en fonction du domaine, du matériau utilisé ou du produit fini. Ainsi les formations de la lunetterie se trouvent dans le groupe 13 «verre et céramique», les formations de biologie et de diététique dans le groupe 16 : «chimie, physique, biochimie, biologie, production chimique». Les formations de niveaux V et IV à la prothèse orthèse dans le groupe 22 : «travail des cuirs et peaux». Les BTS

podo-orthésistes et prothésistes orthésistes ayant été (re)classés dans le groupe 37 (santé). Néanmoins autour d'un «noyau dur» des professions du diagnostic et du soin, se construit, petit à petit, un ensemble «santé» qui regroupe les activités amont et aval. Le rattachement des formations à des groupes différents, a aussi pour conséquence de classer certaines formations qui devraient relever de la santé, secteur tertiaire, comme des formations secondaires. C'est le cas par exemple des DUT biologie appliquée : diététique et analyses biologiques et biochimiques.

Participant du développement de l'activité médicale et soignante, et conduisant à une acception plus large du secteur santé, cette évolution se traduit dans les modifications des formations, de l'intitulé du diplôme et de leur niveau. On trouvera en annexe une présentation des diplômes : intitulé, création, abrogation et numéro de code nécessaires pour exploiter les données statistiques.

Le dispositif de formation se structure en fait par domaine de spécialité d'une part, par niveau de formation de l'autre, l'ensemble correspondant à l'établissement de «filières» de formation qui offrirait une progression à l'intérieur du même domaine, modèle que l'on retrouve dans les autres «groupes» de formation (cf. introduction de cette partie).

■ Les formations relevant de l'enseignement supérieur

Ce groupe comprend des formations de niveau III et de niveaux II et I.

Les formations de niveau III sont celles conduisant aux diplômes universitaires de technologie - soit les DUT de biologie appliquée, option diététique et option analyses biologiques - aux certificats de capacité d'orthoptiste et d'orthophoniste ainsi qu'aux diplômes d'État de psychomotricien et d'audioprothésiste.

Tableau 49 : Les formations dispensées par l'enseignement supérieur

Niveau III	DUT	Diététique Analyses biologiques
	Certificat de capacité	Orthophoniste Orthoptiste
	Diplôme d'État	Audioprothésiste
Niveaux II et I	Diplômes d'État	Docteur en médecine Docteur en chirurgie dentaire Docteur en pharmacie

Les formations de niveaux II et I comprennent les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie. Pour ces formations nous n'avons retenu, dans le cadre d'une première approche, que les formations au diplôme d'État de docteur en médecine, au diplôme d'État de docteur en pharmacie, au diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Nous n'avons pas abordé les certificats d'études spéciales, formations faisant

suite à une formation de base, qui sont pourtant directement liés à l'exercice d'une spécialité (cf. partie emploi). La médecine vétérinaire n'a pas été retenue non plus.

I - ÉVOLUTION DES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE SANTÉ RELEVANT DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE EN FRANCE 1970-1987

L'évolution des formations et des diplômes sur la période 1970-1987 se caractérise par un mouvement de croissance.

Les différentes spécialités offertes sont d'un poids inégal. Les effectifs correspondant à la prothèse orthèse sont particulièrement faibles.

Au niveau V, la préparation au CAP se fait essentiellement par la voie de l'apprentissage, cependant la part des lycées professionnels tend à augmenter (à la rentrée 1979 les inscrits en lycées professionnels représentaient 13 % des inscrits, à la rentrée de 1986, 20 %). Le BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales, formation professionnelle large, a connu une progression particulièrement importante, passant de 1 082 inscrits en 1969 à 13 529 en 1986.

Le niveau IV se caractérise par la forte représentation des baccalauréats technologiques et particulièrement du BTn F8, sciences médico-sociales, formation moins spécifique que les autres. Le nombre de diplômes BTn F8 délivrés est en constante augmentation : 3 164 en 1975, 8 783 en 1987.

Au niveau III, le domaine de l'analyse biologique représente les effectifs les plus importants aussi bien pour les BTS que pour les DUT. À ce groupe il faudrait rattacher les orthophonistes. Seul le nombre de diplômes universitaires de technologie délivrés est en augmentation continue sur toute la période. Le nombre de BTS baisse en 1987. Le nombre de certificats de capacité est en baisse depuis 1979. Le nombre d'inscriptions en orthophonie est limité depuis les années 1980 (quotas).

Pour les formations médicales, niveaux II et I, le nombre de diplômes délivrés est en forte augmentation en début de période puis baisse de façon plus ou moins précoce. L'accès à ces formations est très tôt, 1971 pour médecine et dentaire, soumis à un numerus clausus. Ce dernier intervient dix ans plus tard pour les études de pharmacien. Les différentes réformes affectant les études et la délivrance des diplômes (obligation de passer une thèse) rend l'interprétation des séries difficile.

Quoi qu'il en soit, on remarquera que l'accès aux formations conduisant à des professions de santé réglementées (cf. introduction de cette partie) : médecine, odontologie, pharmacie, orthophonie est limité de façon réglementaire et que les flux de

diplômés baissent, tendance qui ne correspond pas à celle des autres formations dispensées par l'Éducation nationale (en augmentation), mais à celle des formations sous tutelle du ministère de la Santé, globalement en baisse.

1. Les formations de niveau V

Il s'agit des formations préparant au Certificat d'aptitude professionnelle (CAP) et au Brevet d'études professionnelles (BEP).

■ Les certificats d'aptitude professionnelle (CAP)

Les formations sanctionnées par un CAP correspondent pour le plus grand nombre au domaine de la prothèse, l'employé de pharmacie et l'employé technique de laboratoire relevant de domaines différents.

Un certain nombre de CAP peuvent être préparés soit en lycée professionnel, soit par l'apprentissage. Les sources statistiques concernant les effectifs inscrits et le mode de présentation des données ne sont pas les mêmes pour les deux voies de préparation au CAP. Néanmoins l'analyse de l'évolution des effectifs inscrits en dernière année de préparation au CAP conduit à étudier l'ensemble des données avec une relative homogénéité, même si une comparaison terme à terme semble hasardeuse (50). On constate que les effectifs en apprentissage sont nettement plus nombreux que ceux inscrits en lycée professionnel, l'apprentissage constitue même le mode essentiel, sinon unique, de préparation au CAP d'employé de pharmacie et de monteur en lunetterie.

Tableau 50 : Effectifs inscrits en dernière année de préparation CAP en lycée professionnel en France (1969-1986)

	1969-1970	1974-1975	1979-1980	1984-1985	1986-1987	Évolution 1986/1969 en %
Monteur en lunetterie	34	-	-	-	-	
Employé technique de laboratoire	76	124	181	154	318	318
Podo-orthésiste	16	3	3	4	6	
Prothésiste-orthopédiste	-	5	14	3	5	
Prothésiste dentaire	201	221	206	380	443	120
Employé de pharmacie	-	63	-	30	13	
Total	327	416	404	571	785	140

Source : DEP.

(50) Les chiffres retenus correspondent pour les inscrits en formation, aux effectifs inscrits en dernière année. Ceci permet notamment de retenir les inscrits en dernière année de CAP, qu'il s'agisse de CAP en deux ans après la classe de troisième ou en trois ans après la classe de cinquième.

Dans l'ensemble les effectifs inscrits en lycée professionnel ont connu une augmentation relativement continue. À partir de la rentrée 1974 il n'y a plus d'effectifs inscrits en section préparant au CAP de monteur en lunetterie. Les podo-orthésistes, prothésistes-orthopédistes et les employés de pharmacie représentent des effectifs très faibles, qui empêchent de commenter leur évolution. Par contre les effectifs d'employés techniques de laboratoire ont été multipliés par quatre ceux des prothésistes dentaires multipliés à peu près par deux.

Les inscrits en apprentissage ont également augmenté. La période considérée est ici plus courte, en l'absence d'effectifs apparaissant pour ces formations pour les rentrées 1969 à 1974. Quoi qu'il en soit, entre 1979 et 1986 les effectifs d'apprentis sont passés de 2 753 à 3 216 soit une augmentation de 17 %, l'apport positif étant dû aux apprentis employés de pharmacie, et à ceux préparant la mention complémentaire au CAP employé de pharmacie nécessaire depuis 1980 pour présenter le Brevet professionnel de préparateur en pharmacie (niveau IV). Les autres formations se caractérisent par une baisse de leurs effectifs sur la période 1979-1986. La part des inscrits en lycée professionnel tend à augmenter quelque peu au détriment des inscrits en apprentissage. En 1977 les inscrits en lycée professionnel présentaient 13 % des inscrits en préparation du CAP, ils en représentent 20 % à la rentrée 1986.

Tableau 51 : Effectifs inscrits en dernière année de préparation CAP en apprentissage en France (1979-1986)

Rentrée	1979-1980	1984-1985	1986-1987	Évolution 1986/1979 en %
Monteur en lunetterie	134	117	99	- 26,0
Employé technique de laboratoire	5	-	-	
Podo-orthésiste	11	7	5	
Prothésiste-orthopédiste	13	4	4	
Prothésiste dentaire	457	429	395	- 13,5
Employé de pharmacie	2 133	2 371	2 643	+ 23,9
Employé de pharmacie (mention complémentaire)	-	147	70	
Total	2 753	3 075	3 216	+ 16,8

Source : DEP.

Le nombre de CAP délivrés augmente, pour l'ensemble, jusqu'en fin de période, passant de 1 795 en 1970 à 4 674 en 1987. La progression la plus importante, toujours pour l'ensemble, s'est effectuée au cours des années 1980-1985 (+ 42 %).

On remarquera le nombre très faible de diplômés dans le domaine de la prothèse, exception faite des prothésistes dentaires qui ont fortement augmenté, + 157 % sur l'ensemble de la période. Ces derniers ont en fait plus que triplé de 1970 à 1985 mais diminuent en fin de période. Le groupe des diplômés «employés de pharmacie» est le plus nombreux et a augmenté de + 51 % sur l'ensemble de la période. Le mode de croissance a été, semble-t-il, discontinu. On peut rappeler que le CAP d'employé de

pharmacie a été créé en 1980, en remplacement du CAP de préparateur en pharmacie et que la mention complémentaire créée en même temps permet seule de poursuivre vers le BP de préparateur en pharmacie, nécessaire pour exercer des activités plus spécifiques de la pharmacie - préparation et délivrance de médicaments sur prescription médicale - et non plus seulement de la vente de produits parapharmaceutiques.

Tableau 52 : CAP délivrés en France (1970-1987)

	1970	1975	1980	1985	1987
Monteur en lunetterie	117	123	132	212	282
Employé technique de laboratoire	(1)	266	360	545	477
Podo-orthésiste	9	6	13	18	12
Prothésiste-orthopédiste	(1)	10	36	27	28
Prothésiste dentaire	249	360	514	897	639
Employé de pharmacie	1 420	1 132	2 207	1 857	2 149
Employé de pharmacie (mention complémentaire)				1 090	1 087
Total	1 795	1 897	3 262	4 646	4 674

Source : DEP.

(1) En 1970 ont été délivrés : 13 CAP départementaux d'employé technique de laboratoire qui n'ont pas été comptés et 19 CAP départementaux de prothésiste orthésiste.

■ Les brevets d'études professionnelles (BEP)

Les formations préparant à un BEP sont au nombre de deux seulement pour la période considérée (le BEP bio-services figurant sur le tableau d'ensemble n'a été créé qu'en 1989). le BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales, formation ne débouchant pas directement sur une profession de santé spécifique, présente des effectifs sans commune mesure avec les autres formations, soit 13 361 inscrits à la rentrée 1986. Jusqu'en 1985 il existe deux options : option A - sanitaire ; option B - social.

De 1974 à 1986, les effectifs de monteur vendeur opticien, BEP créé en 1971, ont triplé passant de 54 inscrits à 168. Les effectifs du BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales ont connu une augmentation très importante passant de 1 082 inscrits en 1969 (année de création) à 13 361 à la rentrée 1986.

Le nombre d'effectifs inscrits en BEP préparatoire carrières sanitaires et sociales a augmenté de façon particulièrement importante jusqu'à la rentrée 1979-1980.

L'augmentation du nombre de diplômes délivrés correspond bien sûr à celle des effectifs. On notera la progression continue du nombre de diplômes de monteur vendeur opticien qui passe de 59 en 1975 à 114 en 1987, soit + 93 %.

Tableau 53 : Effectifs inscrits en dernière année de BEP en France (1969-1986)

	1969-1970	1974-1975	1979-1980	1984-1985	1986-1987	Évolution 1986-1974 en %
Monteur vendeur opticien	-	54	68	106	168	+ 211
Préparatoire carrières sanitaires et sociales dont :	1 082	7 973	11 205	13 841	13 361	+ 68
- Option A sanitaire	923	6 448	9 500	11 897		
- Option B social	159	1 525	1 705	1 944		
Total	1 082	8 027	11 273	13 947	13 529	+ 69

Source : DEP.

L'évolution du nombre de diplômés BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales se caractérise par une progression importante entre 1970 et 1985, passant de 533 diplômés délivrés en 1970 à 10 816 délivrés en 1985, la progression ayant été particulièrement forte entre 1970 et 1975 : soit une multiplication par onze environ. Une légère baisse apparaît en 1987, année qui correspond à une des premières sessions du nouveau BEP. Ceci explique aussi les quelques diplômés délivrés conformément à l'ancien BEP. Il faudrait un recul de quelques années pour conclure à une baisse définitive du nombre de BEP délivrés.

Tableau 54 : BEP délivrés en France (1970-1987)

	1970	1975	1980	1985	1987	Évolution 1987/1975 en %
Monteur vendeur opticien	-	59	59	99	114	93
Préparatoire carrières sanitaires et sociales sans option				17 (1)	9 355 (1)	
- Option A	494	4 763	6 617	9 385	498	73
- Option B	39	1 041	1 200	1 414	165	
Ensemble	533	5 804	7 817	10 816	10 018	73
Total	533	5 863	7 876	10 915	10 132	73

Source : DEP.

(1) Le nouveau BEP préparatoire carrières sanitaires et sociales sans option a été créé en 1985.

Les diplômés de BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales représentent de loin la part la plus importante de l'ensemble des diplômés de niveau V délivrés. Il faut néanmoins rappeler que ce diplôme ne correspond pas de façon immédiate à une profession de santé. Il s'agit d'une formation assez générale qui nécessite souvent une poursuite d'études plus spécialisées pour permettre d'accéder à un emploi dans le secteur santé.

2. Les formations de niveau IV

Sont classés en niveau IV les Brevets de techniciens (BT) et les Bacs technologiques (BTn) ; les Brevets professionnels (BP), qui relèvent aussi du niveau IV, sont accessibles par la formation continue ; seule l'évolution des diplômes de BP délivrés sera donc présentée ; ce qui nous conduit à regrouper en fin de ce paragraphe l'analyse de l'évolution du nombre des différents diplômes décernés.

■ Les brevets de techniciens (BT)

Deux formations conduisent à des brevets de techniciens du «secteur santé». Il s'agit de formations à la podo-orthèse et à l'électroradiologie médicale. Les effectifs inscrits en podo-orthèse sont très faibles, 14 en 1986, comme dans toutes les formations du domaine de la prothèse-orthèse, quel que soit le niveau de formation.

Tableau 55 : Effectifs inscrits en dernière année BT en France (1969-1986)

Rentrée	1969/1970	1974-1975	1979-1980	1984-1985	1986-1987
Podo-orthésiste	-	-	5	6	14
Électroradiologie médicale	128	194	48	-	-

Source : DEP.

Les effectifs inscrits en dernière année du BT électroradiologie médicale n'ont cessé de baisser depuis la rentrée 1969 passant de 128 inscrits en 1969 à 48 en 1979 et sont inexistant à la rentrée 1984. La désaffection pour cette formation a précédé semble-t-il l'abrogation du diplôme en 1986. On peut penser que cette formation a été concurrencée par le BTS d'électroradiologie médicale et par le diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale qui sont exigés pour travailler dans un cabinet d'électroradiologie médicale ou en secteur hospitalier.

■ Les baccalauréats technologiques (BTn)

Dans leur ensemble les préparations aux baccalauréats technologiques (anciennement baccalauréats de techniciens) comprennent des effectifs nombreux. Il s'agit de formations relativement finalisées pour les BTn F7 et F7', moins pour le BTn F8, mais qui dans le secteur santé ne préparent pas directement à une profession spécifique.

Les BTn ont été créés en 1968 pour les BTn F7 et F7' et en 1971 pour le BTn F8. La période retenue pour cette analyse permet donc d'appréhender l'évolution de ces formations depuis leur création. Globalement, les effectifs inscrits en dernière année ont

connu une augmentation considérable, ayant plus que doublé entre la rentrée 1974 et celle de 1986 (pour considérer la période à partir de laquelle les effectifs de BTn F8 apparaissent).

Tableau 56 : Effectifs inscrits en dernière année de BTn en France (1969-1986)

Rentrée	1969-1970	1974-1975	1979-1980	1984-1985	1986-1987	Évolution 1986/1974 en %
Sciences biologiques :						
- Option biochimie F7	1 100	1 362	1 678	1 696	1 739	+ 28
- Option biologie F7	692	1 074	1 565	1 331	1 442	+ 34
Sciences médico- sociales F8	-	4 825	9 535	10 950	13 276	+ 175
Total	1 792	7 261	12 778	13 977	16 457	+ 127

Source : DEP.

Depuis la rentrée 1974 les effectifs inscrits en BTn F8, sciences médico-sociales, ont progressé de + 175 %. La forte progression de l'ensemble des BTn de ce groupe est due essentiellement à la progression des effectifs du BTn F8 qui représentent la plus grande part des inscrits. Si à la rentrée 1974, ils représentaient 66 % des inscrits du groupe, ils en représentaient 81 % à la rentrée 1986.

Nous avons rassemblé dans un même tableau l'ensemble des diplômes de niveau IV y compris les brevets professionnels. On remarquera que les diplômes de niveau IV sont peu nombreux, exceptés d'une part le brevet de préparateur en pharmacie, de l'autre du baccalauréat technologique F8 : sciences médico-sociales. Les titulaires de ce dernier diplôme s'engagent généralement à 66 % (51) dans une poursuite d'études, dont une partie en formation paramédicales.

Le nombre de brevets professionnels de préparateurs en pharmacie délivrés a augmenté de 69 % sur l'ensemble de la période, mais cette augmentation n'a pas été continue. Depuis 1985 le nombre de BP préparateur en pharmacie délivrés tend à baisser.

Le nombre de titulaires du BTn F8 ne cesse d'augmenter depuis 1975 (rappelons qu'il a été créé en 1971) passant de 3 164 à 8 783, soit une augmentation de 178 %. Les BTn F7 et F7' sont beaucoup moins nombreux. Après une augmentation non négligeable en début de période ils ont tendance à se maintenir (BTn F7) ou à diminuer en fin de période (BTn F7').

Sur l'ensemble de la période, le nombre de diplômes de niveau IV délivrés a plus que doublé, augmentation qui est à mettre largement au compte de l'évolution très positive du nombre de BTn F8 délivrés alors que les autres diplômes régressent ou stoppent. La

(51) Cf. A. CHARLOT et J.-L. PIGELET - L'après bac, itinéraire et réussite - Collection des études n° 52, octobre 1989 - CEREQ.

Tableau 58 : Effectifs inscrits en dernière année de BTS en France (1969-1986)

Rentrée	1969	1974	1979	1984	1986
Opticien lunetier	205	248	281	311	330
Analyses biologiques	256	479	676	862	782
Diététique	213	190	220	210	199
Prothésiste orthésiste	-	-	31	16	20
Podo-orthésiste	-	-	10	22	14
Électroradiologie médicale	-	-	192	226	228
Total			1 410	1 647	1 573

Source : DEP

Tableau 59 : Structure des inscrits en dernière année de BTS en France (1979-1986)

	1979	1986
Opticien lunetier	20	21
Analyses biologiques	48	50
Diététique	16	13
Prothésiste orthésiste	2	1
Podo-orthésiste	0	1
Électroradiologie médicale	14	14
Total	100	100

Source : DEP.

Le nombre de diplômes de BTS délivrés suit une évolution similaire, une baisse d'ensemble intervenant en 1987, seul le nombre de BTS d'opticiens lunetiers délivré continue à progresser en fin de période. Le nombre de diplômes de BTS délivrés est de 723 en 1970 et de 1 259 en 1987.

Tableau 60 : Diplômes de BTS délivrés en France (1970-1987)

Rentrée	1970	1975	1980	1985	1987
Opticien lunetier	143	102	175	208	230
Analyses biologiques	290	286	502	655	636
Diététique	290	239	119	195	170
Prothésiste orthésiste	-	-	27	15	18
Podo-orthésiste	-	-	9	10	5
Électroradiologie médicale	-	-	184	228	200
Total	723	627	1 016	1 311	1 259

Source : DEP

■ Les diplômes universitaires de technologie (DUT)

Les DUT ont été créés en 1967. Ils se préparent en institut universitaire de technologie, sous tutelle de l'enseignement supérieur. De façon générale, les inscrits en DUT progressent sur toute la période passant de 106 inscrits à la rentrée 1969 à 611 à la rentrée 1986 soit une multiplication par six des effectifs de 1974, avec une augmentation particulièrement forte entre la rentrée de 1969 et celle de 1974 (multipliés par cinq). Dans ce groupe de deux formations, ce sont également les inscrits en analyses biologiques qui sont les plus nombreux.

Tableau 61 : Effectifs inscrits en dernière année de DUT en France (1969-1986)

Rentrée	1969-1970	1974-1975	1979-1980	1984-1985	1986-1987	Évolution 1986/1976 en %
Biologie appliquée	-	-	1 068	1 131		
dont :	96	434	486	497	516	+ 437
- Option analyses biologiques	10	113	117	104	95	+ 850
- Option diététique						
Total (options)	106	547	603	601	611	+ 476

Source : DEP.

De façon plus fine, on constate que les effectifs inscrits en DUT analyses biologiques augmentent de façon continue sur l'ensemble de la période, soit des effectifs plus de cinq fois plus nombreux qu'en 1987.

Le nombre de diplômes universitaires de technologie ne cesse d'augmenter pendant toute la période. Cependant il faut remarquer la baisse du nombre de DUT diététique en 1985, l'absence de ventilation détaillée des diplômes délivrés en 1987, ne permet pas de conclure à une inversion définitive.

Tableau 62 : DUT délivrés en France (1970-1987)

	1970	1975	1980	1985	1987
Biologie appliquée	361	839	1 062	1 172	1 217 (1)
dont :					
- Option analyses biologiques	113	431	467	486	
- Option diététique	39	102	109	99	

Source : DEP.

(1) Pour 1987 les données sont globales et non ventilées.

■ **Les autres formations de niveau III relevant de l'enseignement supérieur**

Sont à classer dans ce groupe les certificats de capacité - aide-orthoptiste et orthophoniste - ainsi que certains diplômes d'État - psychomotriciens et audioprothésistes.

Nous n'étudierons ici que les certificats de capacité. Pour ce qui concerne le diplôme d'État de psychomotricien, les statistiques de la DEP (ministère de l'Éducation nationale) ne comptabilisent que ceux correspondant aux sections «universitaires», alors que le SESI (ministère de la Santé) comptabilise l'ensemble des diplômes d'État de psychomotricien délivrés quelle que soit l'appartenance de l'Institut dispensateur de la formation, on se reportera donc à la partie formations relevant du ministère de la Santé. Le diplôme d'État d'audioprothésiste ne fait pas l'objet de recension de la part du SESI. Nous présenterons ici les chiffres publiés par la DEP, qui peuvent ne pas être exhaustifs.

Nous présenterons ici l'évolution des diplômes délivrés entre 1976 et 1987. En effet avant cette période, on remarque des ruptures dans les séries, dues au fait que les chiffres publiés certaines années regroupent souvent l'ensemble des autres formations non médicales, et n'offrent pas une ventilation par diplôme (cf. annexe 13).

Tableau 63 : Diplômes délivrés dans l'enseignement supérieur sans les DUT en France (1976-1987)

	1976	1979	1982	1987
Orthoptiste	116	123	110	113
Orthophoniste	624	672	543	477
Audioprothésiste	54	87	28	11
Total	794	882	681	601

Source : DEP.

Le nombre de certificats de capacité d'orthoptiste délivrés en 1987, soit 113, est à peu près le même qu'en 1976, soit 116. On remarquera néanmoins une élévation particulière du nombre de diplômes en 1979 et en 1984.

Sur l'ensemble de la période 1976-1987 le nombre de certificats de capacité d'orthophoniste délivrés a, quant à lui, connu une baisse importante passant de 624 à 477, soit une diminution de 24 %. C'est en 1979, que le nombre de diplômes délivrés est le plus important. Il faut rappeler que cette formation fait depuis peu l'objet d'un encadrement. L'accès à la formation est soumis à un quota, décidé avec la Direction générale de la santé.

On remarquera que pour l'ensemble des formations considérées ici le nombre de diplômes délivrés est au plus haut en 1979, mouvement semblable à celui observé pour

les diplômes d'État (formations relevant du ministère de la Santé) dont l'arrêt d'ensemble intervenait en 1978. Rappelons que les trois diplômes analysés sont délivrés par le ministère de l'Éducation nationale, mais qu'ils conduisent à des professions réglementées.

-:~::~-:

En conclusion, l'évolution de l'ensemble des formations de niveau III peut se caractériser ainsi : une augmentation continue des diplômes universitaires de technologie, une baisse en fin de période (1985) des BTS, une baisse beaucoup plus précoce des certificats de capacité et diplômes d'État d'audioprothésiste intervenant dès 1979. On rappellera qu'il n'existe pas de quota d'accès aux formations préparant à des BTS et DUT, alors que c'est le cas pour les formations préparant à des diplômes débouchant sur des professions réglementées.

La politique d'encadrement, c'est-à-dire de recherche d'une maîtrise de l'offre développée par le ministère de la Santé risque d'avoir une portée limitée à certaines professions pour lesquelles elle jouit d'un monopole de l'offre de formation. Pour les autres professions qui se partagent le marché du travail de la santé, la pression exercée par l'offre de formation du ministère de l'Éducation nationale, dont les formations continuent dans l'ensemble à augmenter, est à prendre en considération.

Tableau 64 : Ensemble des diplômes de santé de niveau III en France (1970-1987)

	1970	1975	1980	1985	1987
BTS	723	627	1 016	1 311	1 259
DUT	152	533	576	585	
Certificat de capacité + DE audioprothésiste			835	698	601
Total	876 (1)	1 160 (1)	2 427	2 594	1 860 (2)

Source : DEP.

(1) Les certificats de capacité non inclus. Données non détaillées.

(2) Les DUT non inclus. Données non détaillées.

L'évolution des effectifs inscrits en BTS et DUT diffère de celle des inscrits en formation de même niveau relevant du ministère de la Santé. On avait en effet constaté pour ces dernières formations une baisse d'ensemble des effectifs inscrits après 1976, due notamment à la chute des élèves infirmiers. Il faut rappeler que les inscrits au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale et au diplôme d'État de laborantin d'analyses médicales ont continué à progresser jusqu'en 1979 seulement pour les premiers, jusqu'en 1982 pour les seconds.

De façon plus fine, on constate que les effectifs inscrits en DUT analyses biologiques (qui représentent le groupe le plus nombreux des inscrits en DUT), progressent de façon continue sur l'ensemble de la période, soit une multiplication par un peu plus de cinq des effectifs alors que les effectifs inscrits en BTS analyses biologiques accusent une baisse en fin de période, après avoir connu une très forte progression.

Les effectifs inscrits en diététique tendent à baisser légèrement depuis 1979 et ce aussi bien pour les BTS que pour les DUT.

4. Les formations universitaires de niveaux II-I

Les formations de ce niveau regroupent les diplômes d'État de docteurs en médecine, en chirurgie dentaire et en pharmacie. En raison des changements intervenus dans l'organisation des études médicales, et de la difficulté à constituer une série, nous nous en sommes tenus à l'évolution des diplômes et aux seuls diplômes d'État. Les diplômes de spécialisation ne sont pas abordés.

La mise en relation des séries que nous avons constituées sur le nombre de diplômes délivrés à partir des données de la DEP (ministère de l'Éducation nationale) avec celles du SESI (ministère de la Santé) fait apparaître des divergences, surtout en début de période (cf. annexe 14).

La collaboration entre les services statistiques des deux ministères semble porter ses fruits à partir des années 1975 (un peu plus tôt pour les diplômes de pharmacien). En conséquence nous ne commenterons les séries constituées à partir des données publiées par la DEP, que pour la période 1975-1987.

Tableau 65 : Diplômes médicaux délivrés en France (1975-1987)

	1975	1978	1980	1982	1985	1987
Diplômes d'État :						
- Docteur en médecine	7 499	9 327	8 935	8 392	8 505	7 313
- Chirurgie dentaire	1 773	1 777	1 849	1 837	1 943	1 507
- Docteur en pharmacie	2 629	3 243	3 931	2 768	3 839	3 064
Total	11 901	14 347	14 715	12 997	14 287	11 884

Source : DEP.

■ Les diplômes d'État de docteur en médecine

Le nombre de diplômes délivrés est moins élevé en 1987 - 7313 diplômes délivrés - qu'en 1975 - 7499 diplômes délivrés. Ceci correspond à une diminution d'ensemble de 2,5 %. Mais il faut noter une augmentation importante entre 1975 et 1978, soit + 24 %. Cette

augmentation s'inscrivant dans un mouvement d'augmentation antérieur. Dans un article de 1984 (53), J. Gottely notait que le nombre de diplômes d'État de docteur en médecine délivrés était multiplié par 3,8 de 1965 à 1980.

On notera également une remontée du nombre de diplômes délivrés en 1984 et 1985.

En 1984 est intervenue une réforme du troisième cycle des études médicales qui conduit à un allongement des études.

Peut-on, avec le nombre le plus élevé de diplômés délivrés en 1978, suivi ensuite d'une baisse, voir un effet du *numerus clausus* mis en place en 1972 pour l'entrée en deuxième année d'études de médecine ?

■ Les diplômes d'État de docteur en chirurgie dentaire

Une réforme est intervenue en 1972, modifiant le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Un *numerus clausus* est également instauré en 1971. Le nombre de diplômes délivrés augmente jusqu'en 1981 pour baisser ensuite, malgré une reprise en 1984 et 1985. En fait entre 1975 et 1987 le nombre de diplômes délivrés diminue de 15 %. Pour la période 1965-1981, J. Gottely notait que le nombre de diplômes délivrés avait été multiplié par 2,6.

■ Les diplômes d'État de docteur en pharmacie

Un *numerus clausus* a été mis en place beaucoup plus tardivement que pour les autres formations médicales, soit en 1981.

À partir de 1981 la mise en place du nouveau diplôme d'État de docteur en pharmacie s'accompagne de l'obligation de passer une thèse. Ceci explique peut-être la forte chute, en 1981, du nombre de diplômes délivrés, chute tout-à-fait ponctuelle. Il faut sans doute prendre plus de recul par rapport à 1981 et la fin de la période transitoire, pour enregistrer vraiment les effets de ces réformes.

Pour l'instant on peut constater une augmentation jusqu'en 1980 suivi de la forte baisse de 1981 et d'une reprise continue jusqu'en 1985 du nombre de diplômes délivrés. En 1987 le nombre de diplômes est encore supérieur à celui de 1975, soit 2 629 diplômes délivrés en 1975 et 3 064 en 1987, ce qui correspond à une augmentation de 16,5 %.

En conclusion on notera qu'après une longue période d'augmentation de l'ensemble des diplômes médicaux délivrés, après l'instauration d'un *numerus clausus* pour l'entrée en formation, une baisse du nombre de diplômes délivrés intervient en 1978 pour les

(53) La place des étudiants en médecine dentaire et pharmacie dans l'enseignement supérieur. J. Gottely - Études statistiques n° 5-6, SESI, 1984.

diplômes de médecine, en 1981 pour les diplômes de chirurgie dentaire et tout-à-fait en fin de période, en 1985, pour les diplômes de pharmacie.

II - ÉVOLUTION DES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE SANTÉ DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE EN BRETAGNE

Le dispositif de formation offert par le ministère de l'Éducation nationale (lycées et enseignement supérieur) est important, mais incomplet. On peut constater que les formations de niveau III sont assurées par l'enseignement supérieur seulement (en complémentarité avec les formations relevant du ministère de la Santé, cf. partie précédente).

Tableau 66 : Dispositif de formation aux professions de la santé
- Académie de Rennes -

Tutelle	ÉDUCATION NATIONALE	
Niveaux	Direction des lycées	Enseignement supérieur
I - II		Médecin Pharmacien Chirurgien dentaire
III 3 ans 2 ans		Orthoptiste DUT Analyses biologiques et biochimiques
IV	BTn F7 Biochimie BTn F7 Biologie BTn F8 Sciences médico-sociales BP Préparateur en pharmacie	
V		BEP Préparatoire aux carrières sanitaires et sociales CAP : - Employé de pharmacie - Employé de pharmacie mention complémentaire - Employé technique de laboratoire - Monteur en lunetterie Prothésiste orthopédiste Prothésiste dentaire

L'analyse de l'évolution des effectifs en formation et du nombre de diplômes délivrés se limite à la période 1980-1987 en raison des difficultés d'accès aux données correspondant à la période antérieure, pour le niveau régional.

En 1987 le dispositif de formation du ministère de l'Éducation nationale dans l'académie de Rennes se caractérise par :

- une très faible représentation des formations de niveau III, due à l'absence complète de BTS. En fait seul l'enseignement supérieur propose une formation menant au DUT biologie appliquée, option analyses biologiques ;

- un taux très élevé de baccalauréats technologiques délivrés et essentiellement de BTn F8 sciences médico-sociales (à vocation large). Les diplômés de niveau IV. se situent en tête du nombre de diplômés délivrés. On retrouverait ici une tendance plus générale observée pour l'académie de Rennes. Les travaux du CEREQ (54) portant sur l'analyse de l'ensemble des diplômés délivrés font apparaître que l'académie de Rennes fait partie des académies qui ont un fort taux de bacheliers dans une classe d'âge ;

- une augmentation du nombre de diplômés de niveau V délivrés, 506 en 1980, 642 en 1987, mais ces derniers n'atteignent pas le nombre des diplômés de niveau IV. Le nombre de BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales - 387 en 1987 - formation à vocation professionnelle large, est largement supérieur à celui des CAP - 255 en 1987. Mais le nombre de BEP délivrés est inférieur à celui des BTn F8, situation inverse de celle observée en France ;

- le nombre de diplômés de l'enseignement supérieur, de niveaux II-I, diplômés médicaux, tend à stagner ou à baisser en fin de période, mais ceci ne remet pas en cause la part de ces diplômés dans l'ensemble. Ils se trouvent en troisième position après le niveau IV et le niveau V.

1. Les formations de niveau V

■ Les certificats d'aptitude professionnelle (CAP)

La préparation aux différents CAP s'effectue essentiellement pour ne pas dire uniquement par la voie de l'apprentissage. Les sources disponibles, facilement accessibles, soit les microfiches sur les effectifs en formation dans les lycées professionnels, par académie et par département, ne laissent paraître aucun inscrit pour les CAP retenus dans le secteur santé, exceptés dix-neuf élèves en dernière année de CAP d'employé technique de laboratoire à la rentrée de 1979.

En ce qui concerne les apprentis, les données existantes sur l'apprentissage, effectifs et centres de formation d'apprentis, ne permettent pas d'isoler les effectifs par année, par

(54) A. CHARLOT, L. CHEVALIER, F. POTTIER - Qui forme pour qui ? - Les régions, l'enseignement supérieur et l'emploi - Collection des études n° 55 - août 1990 - CEREQ.

spécialité de formation pour une région. Les données sont globales, soit pour les années, soit pour les formations, soit pour les académies.

Néanmoins, nous proposons ici quelques données qui permettront d'approcher la situation dans l'académie de Rennes. Pour l'année 1987-1988 il existe quinze centres de formation d'apprentis, parmi ceux-ci, six proposent des formations appartenant au secteur santé. Il s'agit des préparations au CAP d'employé de pharmacie et de la mention complémentaire à ce CAP, au CAP de prothésiste orthopédiste, au CAP de prothésiste dentaire, au CAP de monteur en lunetterie. Les données concernant les effectifs correspondent à l'ensemble des effectifs, toutes années confondues. Le plus souvent les préparations s'effectuent en deux ans, mais certaines peuvent s'effectuer en trois ans. Dans l'académie de Rennes, il y avait 469 élèves apprentis pour l'année 1987-1988.

**Tableau 67 : Effectifs des apprentis toutes années de formation confondues
Académie de Rennes 1987-1988**

Employé de pharmacie	306
Employé de pharmacie mention complémentaire	117
Prothésiste-orthopédiste	1
Prothésiste dentaire	43
Monteur en lunetterie	2
Total	469

Source : DEP.

En fait les données concernant les diplômes permettent de constater que la plupart des CAP sont préparés par la voie de l'apprentissage et qu'ils sont presque tous représentés en Bretagne, à l'exception du CAP de podologie-orthésiste.

Le CAP employé de pharmacie et la mention complémentaire qui lui fait suite depuis 1980 occupent de loin la première place parmi les diplômes de CAP délivrés dans l'académie de Rennes. On notera la disparition des CAP de monteur en lunetterie, qui étaient les seuls représentatifs de la filière optique lunetterie dans l'académie de Rennes.

Tableau 68 : CAP délivrés dans l'académie de Rennes (1980-1987)

	1980	1985	1987
Monteur en lunetterie	3	1	-
Employé technique de laboratoire	17	32	19
Prothésiste-orthopédiste	-	14	11
Prothésiste dentaire	4	6	9
Employé de pharmacie	134	108	126
Employé de pharmacie mention complémentaire	-	63	90
Total	158	224	255

Source : DEP.

Par contre, le nombre de CAP de prothésistes orthésistes délivrés depuis 1985, semble témoigner de l'implantation récente d'une section préparant à ce diplôme. L'académie de Rennes serait ainsi l'une des seules académies en dehors de la région parisienne, à proposer une formation dans ce domaine.

■ **Les brevets d'études professionnelles (BEP)**

Le BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales est le seul BEP du secteur santé représenté en Bretagne, le BEP monteur vendeur opticien n'apparaît pas.

Les effectifs inscrits augmentent pour l'ensemble des options, passant de 417 inscrits à la rentrée 1979 à 460 à la rentrée 1986. On observe ici le même phénomène qu'au niveau France. La création du nouveau BEP en 1985 (première session d'examen en 1987) s'accompagne d'une baisse légère des effectifs inscrits. En Bretagne comme en France, l'option sanitaire regroupait la plus grande part des effectifs inscrits dans la préparation de ce BEP.

Tableau 69 : Effectifs inscrits en dernière année de BEP dans l'académie de Rennes (1979-1986)

Rentrée	1979-1980	1984-1985	1986-1987
Préparatoire aux carrières sanitaires et sociales	417	460	421
dont :			
- Option A sanitaire	311	364	
- Option B social	106	96	

Source : DEP.

Les diplômes de BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales délivrés en 1985 (407) étaient plus nombreux qu'en 1980 (348) mais leur nombre tend à baisser en 1987 (387), le nouveau BEP datant de 1985.

Dans son ensemble le nombre de diplômes de niveau V délivrés dans l'académie de Rennes est en augmentation sur la période 1980-1987 malgré la légère baisse du nombre de BEP délivrés en 1987.

Tableau 70 : BEP délivrés dans l'académie de Rennes (1980-1987)

Rentrée	1980	1985	1987
Préparatoire aux carrières sanitaires et sociales	348	407	387
dont :			
- Option A sanitaire	258	324	
- Option B social	90	83	

Source : DEP.

Les BEP sont plus nombreux que les CAP. Cependant on peut remarquer que la part relative des BEP dans l'ensemble des diplômes de niveau V tend à baisser entre 1980 et 1987 et le mouvement est le même en France. Néanmoins la part relative des CAP, qui tend à augmenter, augmente plus en Bretagne qu'en France. Ceci peut-il s'expliquer, pour partie, par la création de la mention complémentaire au CAP d'employé de pharmacie qui intervient au même moment que la modification du BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales (d'où sans doute une baisse éventuellement momentanée du nombre de BEP délivrés).

Tableau 71 : Évolution des diplômes de niveau V en structure (1980-1987)

	Académie de Rennes			France		
	CAP	BEP	Ensemble	CAP	BEP	Ensemble
1980	31	69	100	29	71	100
1985	35	65	100	30	70	100
1987	40	60	100	32	68	100

2. Les formations de niveau IV

D'une façon générale, on notera que les brevets de techniciens n'apparaissent pas dans l'académie de Rennes. Pour les brevets professionnels, seul est représenté le BP de préparateur en pharmacie. Rappelons que sa préparation s'effectue par la voie de la formation continue. Les baccalauréats technologiques sont les mieux implantés.

Dans leur ensemble, les effectifs inscrits en préparation des baccalauréats technologiques augmentent entre la rentrée 1979 et celle de 1986, passant de 675 inscrits à 843, soit une augmentation de 25 %. L'augmentation a été particulièrement forte entre la rentrée 1979 et la rentrée 1984, (22,6 %) et se stabilise ensuite.

Le mouvement d'ensemble cache des évolutions assez contrastées ; si la progression des effectifs inscrits en BTn F8 est continue sur l'ensemble de la période, l'évolution des BTn F7 et F7' suit un mouvement quelque peu opposé.

Les effectifs inscrits en BTn F7 - biochimie - sont en augmentation alors que ceux inscrits en BTn F7' - biologie - accusent une tendance à la baisse.

Dans les deux cas ce mouvement concerne essentiellement la période 1979-1984, soit une baisse de 62 % pour les BTn F7', une augmentation de 32 % pour les BTn F7 et une augmentation de 45 % pour les BTn F8. On rappellera que dans l'académie de Rennes il n'existe qu'une préparation au DUT analyses biologiques, en l'absence de BTS et de diplômes d'État.

Tableau 72 : Effectifs inscrits en dernière année de BTn dans l'académie de Rennes (1979-1986)

Rentrée	1979-1980	1984-1985	1986-1987	Évolution 1986/1979 en %
Sciences biologiques dont :				
- Option Biochimie F7	76	100	99	+ 30,2
- Option Biologie F7	131	50	54	- 58,7
Sciences médico-sociales F8	468	678	690	+ 47,4
Total	675	828	843	+ 24,8

Source : DEP.

Pour étudier l'évolution du nombre de diplômes de niveau IV délivrés nous disposons de données plus anciennes et la série porte donc sur la période 1970-1987.

Si l'on comptabilise 170 diplômes de niveau IV délivrés en 1975, ils sont au nombre de 656 en 1987.

Tableau 73 : Diplômes de niveau IV délivrés dans l'académie de Rennes (1970-1987)

	1970	1975	1980	1985	1987	Évolution en % 1987/1975
BP Préparateur en pharmacie				115	66	
BTn Sciences biologiques dont :						
- Option biochimie F7	22	54	52	78	68	+ 26
- Option biologie F7	-	24	36	30	38	+ 58
Sciences médico-sociales F8	-	92	396	475	484	+ 426
Total	22	170	484	698	656	+ 285

Source : DEP.

L'évolution du nombre de diplômes de niveau IV délivrés fait apparaître une augmentation forte et continue des BTn F8 (+ 426 %) entre 1975 et 1987. Le nombre de BTn F7 et F7' progresse également mais de façon moins importante, soit respectivement une augmentation de + 26 % et + 58 % sur la même période 1987-1975. Le nombre de BTn F7 délivrés baisse en fait en 1987.

En 1987, parmi les diplômes de niveau IV délivrés, c'est le diplôme à finalité professionnelle la moins directe, le BTn F8, qui est, de loin, le plus représenté.

Dans l'académie de Rennes la part relative des diplômes BTn F8 délivrés par rapport à l'ensemble des BTn reste inchangée depuis 1980 (82 %). En France la part des BTn

F8 délivrés par rapport à l'ensemble des BTn est passée de 78 % à 82 %, soit en fin de période la même position que dans l'académie de Rennes.

Tableau 74 : Évolution en structure des BTn délivrés (1980-1987)

	Académie de Rennes				France			
	BTn F7	BTn F7'	BTn F8	Ensemble	BTn F7	BTn F7'	BTn F8	Ensemble
1980	11	7	82	100	12	10	78	100
1985	13	5	82	100	11	8	81	100
1987	12	6	82	100	10	7	83	100

3. Les formations de niveau III

Le dispositif de formation de l'académie de Rennes se caractérise au niveau III par une absence complète de sections de techniciens supérieurs. Pour ce qui concerne les DUT, seule l'option analyses biologiques et biochimiques du DUT biologie appliquée est existante. Il n'y a pas de section diététique. L'élaboration d'une série pour la formation de DUT existante a été difficile en raison des modifications dans la présentation des données qui sont soit globales pour la rubrique biologie appliquée, soit ventilées par option. Il existe également une formation d'orthoptiste mais pas d'orthophoniste. Dans l'académie de Rennes, ne sont donc représentées au niveau III que les formations relevant de l'enseignement supérieur, et celles-ci en nombre très réduit.

Tableau 75 : Effectifs inscrits en dernière année de DUT dans l'académie de Rennes (1974-1986)

Rentrée	1974-1975	1979-1980	1984-1985	1986-1987
Biologie appliquée dont : - Option analyses biologiques et biochimiques	54	322	144 73	88

Source : DEP.

Les lacunes dans les données existantes rendent tout essai d'interprétation hasardeux pour ce qui concerne le nombre de DUT délivrés. Les DUT biologie appliquée progressant dans leur ensemble et l'option analyses biologiques représentant la part la plus importante des diplômes délivrés, on peut penser qu'il n'y a pas d'effondrement important du nombre de diplômes option analyses biologiques délivrés.

Tableau 76 : Diplômes DUT dans l'académie de Rennes (1975-1987)

Rentrée	1975	1980	1985	1987
Biologie appliquée dont : - Option analyses biologiques et biochimiques	99	133 79	135 73	150

Source : DEP.

Pour ce qui concerne les certificats de capacité d'orthoptistes, il n'a pas été possible de constituer une série avant 1977. Malgré les nombreuses lacunes dans les données, le nombre de certificats d'orthoptistes délivrés reste relativement stable, entre six et dix par an si tant est que des chiffres aussi faibles puissent être interprétés (cf. annexe 15).

4. Les formations de niveaux II-I ou formations médicales

Sont représentées dans l'académie de Rennes les formations universitaires conduisant aux diplômes d'État de docteur en médecine, de docteur en chirurgie dentaire et de docteur en pharmacie. Il ne sera pas traité ici des formations de spécialité, puisque, comme nous l'avons souligné en introduction, nous avons pris le parti de n'aborder dans cette étude que les formations initiales.

Il faut signaler que pour les années 1978, 1979 et 1980, il s'agit de données non publiées disponibles à la DEP, et pour les années 1985 et 1986 de données obtenues auprès du rectorat de la région, les données régionales n'étant pas directement disponibles à l'échelon national !

Le nombre de diplômes d'État de docteur en médecine augmente jusqu'en 1977 (cf. annexe 16), si l'on prend l'année 1975 comme année de référence (55). On constate entre 1975 et 1977 une augmentation très forte (+ 48 %), avec 359 diplômes d'État de docteur en médecine en 1977, pour 242 en 1975. Le nombre de diplômes ira ensuite en diminuant jusqu'en 1987 année où le nombre de diplômes délivrés est plus faible qu'en 1977, soit seulement 273 diplômes délivrés. Ce qui équivaut à une diminution de 24 %. On rappellera que le *numerus clausus* fixant l'accès en deuxième année a été instauré en 1971. Mais la lente mise en place des réformes et l'existence de périodes transitoires rend toute explication des variations de nombres de diplômes délivrés quelque peu hasardeuse.

(55) Cf. page 120.

Tableau 77 : Diplômes médicaux dans l'académie de Rennes (1970-1987)

	1970	1975	1980	1985	1987
Diplômes d'État :					
- Docteur en médecine	110	242	303	277	273
- Chirurgie dentaire	60	80	103	93	81
- Docteur en pharmacie	48	77		111	110
Total	218	399		481	464

Source : DEP.

Le nombre de diplômes d'État de docteur en chirurgie dentaire délivrés dans l'académie de Rennes a augmenté de 1975 à 1982, passant de 80 diplômes en 1975 à 105 en 1982, il a diminué ensuite pour retrouver le nombre de 1975, soit 81 diplômes délivrés en 1987. On rappellera que la mise en place d'un *numerus clausus* pour l'accès à la formation dentaire date de 1971 et qu'à partir de 1973, le changement de l'intitulé du diplôme s'accompagne de l'obligation de passer une thèse, ce qui, avec l'existence d'une période transitoire, constitue des facteurs de déstabilisation.

Le nombre de diplômes d'État de docteur en pharmacie délivrés augmente d'un peu moins d'un tiers entre 1975 et 1978, passant de 77 à 100 diplômes délivrés. Mis à part une augmentation très remarquable en 1982, le nombre de diplômes délivrés va rester relativement stable et atteindre 110 diplômes de docteurs en pharmacie délivrés en 1987.

De façon plus générale, on notera une élévation particulière du nombre de diplômes délivrés (à l'exception des diplômes d'État de docteurs en médecine) en 1982. On avait constaté une élévation particulière en 1984 et 1985 pour la France.

Le nombre de diplômes de niveaux II-I délivrés dans l'académie de Rennes entre 1975 et 1987 se caractérise donc par un mouvement d'augmentation en début de période suivi d'une diminution ou d'une relative stagnation. Le nombre de diplômes d'État de docteur en médecine délivrés croît très fortement entre 1975 et 1977 mais décroît ensuite, soit un arrêt plus précoce de l'augmentation que pour les autres diplômes médicaux, et le même phénomène était enregistré en France en 1978.

À l'inverse le nombre de diplômes d'État de docteur en pharmacie augmente jusqu'en 1982 (chiffre étonnant) mais se stabilise ensuite, soit un mouvement un peu différent de celui enregistré en France, où le nombre de diplômes d'État de docteur en pharmacie augmente jusqu'en 1985.

III - CONCLUSION

Le dispositif de formation aux professions de santé de la région Bretagne repose sur un partage et une complémentarité entre les formations relevant du ministère de la Santé et celles relevant du ministère de l'Éducation nationale.

L'analyse de l'évolution des flux d'entrée en formation et des diplômés conduit à un premier constat : l'évolution diffère selon le ministère de tutelle, ce qui conduit à s'interroger sur le rôle du système de formation dans la régulation du marché du travail.

Les formations sous tutelle du ministère de la Santé se caractérisent par une tendance à la baisse. Le ministère, futur employeur de ces professions de santé, intervient - mise en place de quotas - dans l'intention d'opérer un ajustement quantitatif. Mais les inflexions constatées sont-elles le seul fait de ce type de mesures (quotas) ? Il s'agit de mesures administratives prises pour l'ensemble des régions et la même année. Les péréquations opérées in fine «collent»-elles aux réalités régionales ? Comment expliquer les écarts entre les mouvements constatés au niveau national et au niveau régional (baisse plus tardive et moins forte en Bretagne).

Les formations sous tutelle du ministère de l'Éducation nationale se distinguent par leur (forte) expansion. Mais le rapport à la formation n'est pas le même pour les deux ministères. Le ministère de l'Éducation nationale ayant pour mission de former les jeunes développe ainsi des formations larges, avec de gros effectifs et qui ont tendance à croître. L'objet ici, n'est pas seulement d'assurer un emploi et le renouvellement de la main-d'oeuvre. Mais se pose alors la question d'une adaptation entre une logique de production de formation définie au niveau national et un marché du travail, local, avec ses spécificités.

Aussi voit-on se développer, à côté des formations institutionnelles, des formations complémentaires d'initiatives locales (post BEP ou CAP). En Bretagne existent par exemple des formations, en lycée et GRETA, définies en lien avec les centres de réadaptation fonctionnelle, préparant à des fonctions d'auxiliaire de vie. De même se mettent en place des formations préparant au maintien à domicile de personnes âgées... Il s'agit de formations en alternance, qui peuvent s'adapter à l'évolution du marché local et faciliter l'insertion de ceux qui en bénéficient, mais qui ne permettent pas toujours d'obtenir des équivalences avec des formations proches comme le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile délivré par le ministère de la Santé.

Tableau 78 : Diplômes de Santé délivrés en Bretagne (1980-1987)

	1980		1987	
	Santé	Éducation nationale	Santé	Éducation nationale
Niveau V	113	506	94	642
Niveau IV		484 (1)		656
Niveau III	1 008	85	737 (2)	6 (3)
Niveau II		406 (1)		464

(1) Sans les diplômes de pharmacie

(2) Les diplômes de sage-femme sont comptabilisés ici. On pourrait aussi les comptabiliser - tout au moins pour 1987 - dans les diplômes de niveau II-I et Éducation nationale, soit 20 diplômes délivrés en 1987 et 18 diplômes délivrés en 1980.

(3) Sans les DUT.

N.B. : Il faut rappeler que les certificats d'aptitudes aux fonctions d'aides-soignants, de niveau V, ne sont pas comptabilisés, faute de données.

Au niveau de l'enseignement universitaire sont également créés des diplômes universitaires (alcoologie, méthode en épidémiologie...) accessibles en formation initiale ou continue.

Les formations de ce type, formations définies au niveau local et non national, ne font pas l'objet de recensions précises et systématiques. Prendre la mesure de leur extension ainsi que de la part des formations continues offertes au niveau régional par différents organismes (par exemple les chambres de commerce...) serait utile pour pouvoir analyser les relations entre formations initiales et formations continues ainsi que l'impact de ces formations sur l'accès et le maintien dans l'emploi.

Ces initiatives semblent souvent le fait de professionnels actifs développant des réseaux et créant sans doute un sentiment d'appartenance dans une entité géographique, physique et professionnelle, mais entrent-elles pour autant dans un plan régional de l'emploi et/ou de la formation ?

Annexes
de la deuxième partie

Annexe 1
Nomenclature simplifiée des niveaux de formation
du ministère de l'Éducation nationale

Niveaux	Formation - Diplômes
I-II	Formation de niveau égal ou supérieur à celui des écoles d'ingénieurs ou de la licence
III	Brevet de technicien supérieur (BTS), diplôme des instituts universitaires de technologie (DUT), fin de premier cycle de l'enseignement supérieur (bac + deux ans)
IV	Baccalauréat, brevet de technicien (BT), brevet supérieur d'enseignement commercial (BSEC), premier cycle de l'enseignement du deuxième degré + trois ans au-delà de la formation de niveau du brevet d'enseignement industriel (BEI) et du brevet d'enseignement commercial (BEC)...
V	Formation de niveau équivalent au brevet d'études professionnelles (BEP), au certificat d'aptitude professionnelle (CAP), au brevet d'études de premier cycle (BEPC)
Vbis	Formation spécialisée d'une durée maximum d'un an au-delà du premier cycle de l'enseignement du second degré
VI	Formation n'excédant pas la scolarité obligatoire

Source : Revue Formation Emploi n° 4, octobre-décembre 1983, p. 47, CEREQ.

Annexe 2
Diplômes délivrés par le ministère de la Santé

Diplômes	Création
Formation initiale :	
- Diplôme d'État d'infirmier	27 février 1922
- Diplôme d'État d'infirmier psychiatrique	16 février 1973
- Diplôme d'État de masseur kinésithérapeute	30 avril 1946
- Diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale	22 juin 1967
- Diplôme d'État de laborantin d'analyses médicales	26 juin 1967
- Diplôme d'État d'audioprothésiste	6 novembre 1967
- Diplôme d'État de pédicure	22 mars 1977
- Diplôme d'État de psychomotricien	15 février 1974
- Diplôme d'État d'ergothérapeute	6 novembre 1970
- Diplôme d'État de puéricultrice	13 août 1947
- Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant	23 janvier 1956
- Certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture	5 juin 1970
- Certificat d'aptitude professionnelle d'aide-anesthésiste	9 avril 1960
- Certificat d'infirmier de salle d'opération	21 mai 1971
- Certificat de cadre infirmier	9 octobre 1975
- Certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique	22 juillet 1976
- Certificat de cadre manipulateur d'électroradiologie médicale	6 septembre 1976
Spécialisation :	
- Puéricultrice	13 août 1947
- Infirmière salle d'opération	21 mai 1971
- Aide-anesthésiste	9 avril 1960
- Auxiliaire de puériculture	5 juin 1970
- Cadre infirmier diplômé d'État	9 octobre 1975
- Cadre infirmier psychiatrique	22 juillet 1976
- Cadre manipulateur d'électroradiologie médicale	6 septembre 1976

Annexe 3
Nomenclature des formations ⁽⁵⁶⁾

NIVEAU V :

Groupe 13	50.13.07	CAP monteur en lunetterie créé le 8 juillet 1961, transformé en CAP monteur en optique lunetterie le 9 août 1989
Groupe 16	50.16.10	CAP employé technique de laboratoire créé le 25 septembre 1974, a-t-il remplacé le CAP 50.16.03 d'aide-laborantine ?
Groupe 22	50.22.24	CAP podo-orthésiste créé le 15 janvier 1974
Groupe 37	50.37.08	CAP prothésiste orthopédiste créé le 19 mars 1970, par transformation du CAP 50.37.07 orthopédiste et prothésiste
	50.37.13	CAP prothésiste dentaire créé le 20 juillet 1978, en remplacement du CAP nicien en prothèse dentaire créé le 14 mai 1959, abrogé le 20 juillet 1978 (50.37.01)
	50.37.14	CAP employé de pharmacie créé le 25 avril 1980
	50.37.15	CAP employé de pharmacie mention complémentaire créé le 23 juin 1980
Groupe 13	51.13.24	BEP monteur-vendeur opticien créé le 27 mai 1971, transformé en monteur en lunetterie le 9 août 1989
Groupe 37	51.37.05	BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales option A sanitaire créé le 24 février 1969, abrogé le 5 mars 1985

(56) Le numéro de code renvoie à la nomenclature analytique des formations relevant du ministère de l'Éducation nationale et l'intitulé des diplômes est accompagné des dates de création.

- 51.37.06 **BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales option B social**
créé le 24 février 1969, abrogé le 5 mars 1985
- 51.37.07 **BEP préparatoire aux carrières sanitaires et sociales**
créé le 5 mars 1985

NIVEAU IV :

- Groupe 13 45.13.09 **BP opticien lunetier**
créé le 28 mai 1976, modifié le 14 mai 1978
- Groupe 16 45.16.01 **BP techniques d'analyses de biologie médicale**
créé le 14 mars 1986
- Groupe 22 45.22.12 **BP métiers de la chaussure : bottier orthopédiste**
créé le 9 février 1959, abrogé le 30 avril 1985
- Groupe 37 45.37.07 **BP préparateur en pharmacie**
créé le 28 février 1952, transformé le 30 octobre 1979
- 45.37.08 **BP prothésiste dentaire**
créé le 18 novembre 1969
- Groupe 22 42.22.08 **BT podo-orthésiste**
créé le 2 août 1974
- Groupe 37 42.37.04 **BT électroradiologie médicale**
créé le 28 juillet 1971, abrogé le 17 septembre 1986
- Groupe 16 43.16.16 **BTn sciences biologiques option biochimie F7**
créé le 1 avril 1968
- 43.16.17 **BTn sciences biologiques option biologie F7'**
créé le 23 juillet 1971, en remplacement d'un BT de professions paramédicales et sociales
- Groupe 37 43.37.09 **BTn sciences médico-sociales F8**
créé le 25 mars 1981

NIVEAU III :

Groupe 13 32.13.01 **BTS opticien lunetier**
créé le 18 décembre 1969, en remplacement du BT créé le
29 janvier 1954

Groupe 16 32.16.03 **BTS analyses biologiques**
créé le 8 août 1973

32.16.05 **BTS diététique**
créé le 17 septembre 1973, en remplacement du BT
créé le 5 août 1954

Groupe 37 32.37.09 **BTS prothésiste orthésiste**
créé le 2 octobre 1972

32.37.10 **BTS podo-orthésiste**
créé le 8 août 1973, ex-BT de pédicure orthopédiste,
prothésiste en podologie du 15 juin 1959

32.37.11 **BTS électroradiologie médicale**
créé le 22 juillet 1975

16.72 **DUT biologie appliquée**
créé le 26 juin 1967

16.74 **DUT option analyse biologique et biochimique**
créé le 3 août 1977

16.75 **DUT diététique**
créé le 3 août 1977

Certificat de capacité d'orthoptiste
créé le 11 août 1956

Certificat de capacité d'orthophoniste
créé le 14 décembre 1972

Groupe 13 : verre et céramique

Groupe 16 : chimie, physique, biochimie, biologie, production chimique

Groupe 22 : travail des cuirs et peaux

Groupe 37 : santé, secteur paramédical, services sociaux

Annexe 4
Évolution des écoles de santé en France (1969-1987)

Rentrée	1969	1974	1980		1984		1987	
	Public + Privé	Public + Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Formation initiale :								
Infirmier diplômé d'État	249	285	281	65	269	65	265	66
Infirmier psychiatrique	-	-	120	19	107	15	87	11
Laborantin	16	15	10	6	12	4	12	3
Manipulateur	15	18		19	19	-	19	-
Pédicure	9	10		10	1	9	2	8
Ergothérapeute	-	8		8	3	5	3	5
Masseur kinésithérapeute	32	36	10	25	12	23	11	24
Psychomotricien	-	-	?	?	5	3	5	3
Sage-femme	28	30		31	28	3	28	3
Auxiliaire de puériculture	-	76	51	29	53	25	51	24
Total	349	478	684		661		630	
Spécialisation :								
Aide-anesthésiste	21	-		23	25	-	25	-
Infirmier salle d'opération	-	-		14	15	1	15	2
Puéricultrice	20	30		34	28	6	28	6
Cadre infirmier diplômé d'État	10	18		30	28	2	28	2
Cadre infirmier psychiatrique	-	-		6	8	-	9	-
Cadre masseur kinésithérapeute	-	-		3	-	3	-	3
Autres cadres	-	-		-	7	2	9	1
Total	51	48	110		125		128	

Source : SESI-DEP.

Annexe 5
Effectifs inscrits en première année en France de 1972 à 1982

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Infirmier diplômé d'État	14 235	16 171	18 656	20 994	20 642	18 900	18 241	17 539	15 300	15 119	15 550
Infirmier psychiatrique	-	4 097	-	-	4 992	4 183	3 656	2 988	2 235	2 333	3 212
Laborantin	547	571	517	561	550	568	587	627	629	607	650
Manipulateur	606	642	618	606	689	704	715	887	617	615	593
Pédicure	388	384	436	429	424	433	449	499	479	495	440
Ergothérapeute	131	175	215	224	224	225	231	234	232	219	239
Masseur kinésithérapeute	2 484	2 697	2 805	2 622	2 705	2 659	2 706	2 594	2 586	2 375	2 170
Psychomotricien	-	-	-	-	-	1 676	1 558	1 711	1 908	1 857	1 592
Sage-femme	564	580	625	651	664	685	702	722	726	694	727
Auxiliaire de puériculture	3 751	3 773	3 868	3 920	3 879	3 576	3 470	3 450	3 050	2 823	2 704
Total	22 706	29 090	22 740	30 007	34 769	33 609	32 315	31 251	27 762	27 137	27 877

Source : SESI.

Annexe 6
Effectifs inscrits en première année en France (1982-1987)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier diplômé d'État	15 775	15 790	13 401	13 292	13 232	13 894
Infirmier psychiatrique	3 173	2 904	2 050	1 364	1 194	960
Laborantin	650	597	441	476	444	363
Manipulateur	593	592	478	466	503	466
Pédicure	440	430	326	338	383	468
Ergothérapeute	239	236	240	245	255	248
Masseur kinésithérapeute	2 170	2 151	2 014	1 900	1 875	1 869
Psychomotricien	1 592	1 302	1 209	550	355	349
Sage-femme	727	734	728	725	708	692
Auxiliaire de puériculture	2 749	2 660	2 545	2 459	2 424	2 383
Total	28 108	27 396	23 432	21 815	21 373	21 692

Source : SESI.

Annexe 7
Effectifs en première année de spécialisation
Rentrées 1974 et 1980 en France

Rentrée	1974	1980	Évolution 1980/1974 en %
Infirmier aide-anesthésiste	-	363	
Infirmier salle d'opération	-	198	
Puéricultrice	800	917	+ 14,6
Cadre infirmier diplômé d'État	745	950 (+ 42)	+ 27,5
Cadre infirmier psychiatrique	-	110	
Cadre masseur kinésithérapeute	-	64	
Total	1 545	2 602	

Source : Enquête conjointe SESI-DEP.

N.B. : Le chiffre entre parenthèses correspond à des effectifs de cadres manipulateurs et cadres laborantins.

Annexe 8
Évolution des diplômes de spécialisation
délivrés en France (1970-1980)

	1970	1974	1980
Infirmier aide-anesthésiste		28 (1)	340
Infirmier salle d'opération			171
Puéricultrice	489	761	
Cadre infirmier diplômé d'État	340	508	811
Cadre infirmier psychiatrique			133
Cadre masseur kinésithérapeute			58

Source : SESI-DEP.

(1) Paris non compris.

Annexe 9
Évolution des écoles de santé formation initiale
en Bretagne (1980-1987)

Rentrée	1980		1982		1985		1987	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Infirmier diplômé d'État	14	1	14	1	14	1	14	1
Infirmier psychiatrique	6	3	5	3	5	2	5	1
Manipulateur	-	1	1	-	1	-	1	-
Pédicure	-	1	-	1	-	1	-	1
Ergothérapeute	-	1	-	1	-	1	-	1
Masseur kinésithérapeute	-	1	-	1	-	1	-	1
Sage-femme	1	-	1	-	1	-	1	-
Auxiliaire de puériculture	3	1	3	1	3	1	3	1
Total	33		32		31		30	

Source : SESI-DEP.

Annexe 10
Évolution des écoles de santé spécialisation
en Bretagne (1980-1987)

Rentrée	1980	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Infirmier aide-anesthésiste	2	2	2	2	2	2	2
Infirmier salle d'opération	1	2	2	2	1	1	2
Puéricultrice	1	1	1	1	1	1	1
Cadre infirmier diplômé d'État	1	3	1	1	1	1	1
Total	5	8	6	6	5	5	6

Source : SESI.

Annexe 11
Structure des effectifs inscrits en première année
en Bretagne (1982-1987)

Rentrée	1982	1983	1987
Infirmier diplômé d'État	58	54	62
Infirmier psychiatrique	12	15	4
Manipulateur	3	2	3
Pédicure	2	3	2
Ergothérapeute	2	3	3
Masseur kinésithérapeute	9	8	10
Sage-femme	2	3	3
Auxiliaire de puériculture	12	12	13
Total	100	100	100

Annexe 12
Diplômes de santé délivrés en Bretagne (1976-1980)

	1975	1980
Formation initiale :		
Infirmier diplômé d'État	490	630
Infirmier psychiatrique	-	207
Manipulateur		31
Pédicure	10 (1)	(16)
Ergothérapeute		24
Masseur kinésithérapeute		(82)
Sage-femme		18
Auxiliaire de puériculture		113
Total		1 121
Spécialisation :		
Infirmier aide-anesthésiste		29
Infirmier salle d'opération		8
Cadre infirmier diplômé d'État		30
Total		67

Source : SESI-DEP.

(1) En 1974.

N.B. : Le chiffre entre parenthèses est une estimation.

Annexe 13
Diplômes délivrés dans l'enseignement supérieur sans les DUT
en France de 1971 à 1987

	1971	1972	1973	1976	1977	1978	1979	1980
Certificat de capacité d'orthoptiste	53	42	78	116	107	45	123	112
Certificat de capacité d'orthophoniste	192	420	878	624	657	516	672	649
Diplôme d'État d'audioprothésiste	21	27	56	54	48	67	87	68

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Certificat de capacité d'orthoptiste	100	110	117	131	119	107	113
Certificat de capacité d'orthophoniste	589	543	516	481	577	507	477
Diplôme d'État d'audioprothésiste	55	28	10	22	2	23	11

Source : DEP.

Annexe 14
Diplômes médicaux délivrés en France de 1970 à 1987

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Diplôme d'État de docteur en médecine	2 418	2 353	3 472	4 715	5 957	7 499	9 183	9 186	9 327	8 687
Diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire	866	49	1 323	461	1 670	1 773	1 785	1 840	1 777	1 621
Diplôme d'État de docteur en pharmacie	1 756	2 376	3 254	2 905	2 666	2 629	2 878	3 126	3 243	3 448

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Diplôme d'État de docteur en médecine	8 935	8 636	8 392	7 957	8 577	8 505	7 081	7 313
Diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire	1 849	1 909	1 837	1 736	1 803	1 943	1 602	1 507
Diplôme d'État de docteur en pharmacie	3 931	2 150	2 768	3 065	3 690	3 839	3 634	3 064

Source : DEP

Annexe 14 (suite)
Diplômes médicaux délivrés en France de 1970 à 1977

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Diplôme d'État de docteur en médecine	3 504	3 648	4 018	4 718	6 048	7 499	8 245	9 186
Diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire	1 368 (1)	1 713 (1)	1 738 (1)	1 466 (1)	1 670	1 773	1 785	1 840
Diplôme d'État de docteur en pharmacie	2 270 (1)	2 526 (1)	3 254	2 905	2 666	2 629	2 878	3 126

Source : SESI n° 5-6, 1984, p. 11.

(1) Estimation.

Annexe 15
Diplômes délivrés dans l'enseignement supérieur sans les DUT
dans l'académie de Rennes de 1977 à 1987

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Certificat de capacité d'orthoptiste	7	(1)	5	6	8	(1)	7	10	(1)	(1)	6

Source : DEP.

(1) Données non disponibles.

Annexe 16
Diplômes médicaux délivrés dans l'académie de Rennes de 1970 à 1987

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978 (1)
Diplôme d'État de docteur en médecine	110	79	97	111	190	242	315	359	334
Diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire	60		81	81	57	80	97	94	70
Diplôme d'État de docteur en pharmacie	48	77	69	81	88	77	82	92	100

	1979 (1)	1980 (1)	1981	1982	1983	1984	1985 (2)	1986 (2)	1987
Diplôme d'État de docteur en médecine	290	303	314	284	285	288	277	253	273
Diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire	57	103	86	105	63	100	93	71	81
Diplôme d'État de docteur en pharmacie	96	-	106	188	83	102	111	108	110

Source : DEP.

(1) Documents non publiés.

(2) Documents Rectorat de Rennes.

Annexe 17
Liste des tableaux

Tableau 32 : Ensemble de l'offre de formation aux professions et emplois de santé

Tableau 33 : Diplômes relevant de la Direction des Lycées par filière et niveau

Tableau 34 : Formations retenues pour les enquêtes du SESI

Tableau 35 : Effectifs inscrits en première année en France (1972-1986)

Tableau 36 : Effectifs inscrits en première année et quotas autorisés en France de 1982 à 1987

Tableau 37 : Effectifs inscrits en première année de spécialisation en France de 1982 à 1987

Tableau 38 : Diplômes délivrés en France (1982-1987)

Tableau 39 : Diplômes délivrés en France de 1972 à 1982

Tableau 40 : Diplômes délivrés en France de 1982 à 1987

Tableau 41 : Évolution des diplômes de spécialisation délivrés en France de 1982 à 1987

Tableau 42 : Formations aux professions de santé en Bretagne

Tableau 43 : Effectifs inscrits en première année en Bretagne de 1982 à 1987

Tableau 44 : Effectifs inscrits en première année et quotas autorisés en Bretagne de 1982 à 1987

Tableau 45 : Effectifs inscrits en première année de spécialisation en Bretagne de 1982 à 1987

Tableau 46 : Diplômes de santé formation initiale délivrés en Bretagne de 1982 à 1987

Tableau 47 : Diplômes de spécialisation délivrés en Bretagne de 1982 à 1987

Tableau 48 : Diplômes relevant de la Direction des lycées et collèges

Tableau 49 : Les formations dispensées par l'enseignement supérieur

Tableau 50 : Effectifs inscrits en dernière année de préparation CAP en lycée professionnel en France (1969-1986)

Tableau 51 : Effectifs inscrits en dernière année de préparation CAP en apprentissage en France (1979-1986)

Tableau 52 : CAP délivrés en France (1970-1987)

Tableau 53 : Effectifs inscrits en dernière année de BEP en France (1969-1986)

Tableau 54 : BEP délivrés en France (1970-1987)

Tableau 55 : Effectifs inscrits en dernière année BT en France (1969-1986)

Tableau 56 : Effectifs inscrits en dernière année de BTn en France (1969-1986)

Tableau 57 : Diplômes de niveau IV délivrés en France (1970-1987)

Tableau 58 : Effectifs inscrits en dernière année de BTS en France (1969-1986)

Tableau 59 : Structure des inscrits en dernière année de BTS en France (1979-1986)

Tableau 60 : Diplômes de BTS délivrés en France (1970-1987)

Tableau 61 : Effectifs inscrits en dernière année de DUT en France (1969-1986)

Tableau 62 : DUT délivrés en France (1970-1987)

Tableau 63 : Diplômes délivrés dans l'enseignement supérieur sans les DUT en France (1976-1987)

Tableau 64 : Ensemble des diplômes de santé de niveau III en France (1970-1987)

Tableau 65 : Diplômes médicaux délivrés en France (1975-1987)

Tableau 66 : Dispositif de formation aux professions de la santé - académie de Rennes

Tableau 67 : Effectifs des apprentis toutes années de formation confondues - académie de Rennes 1987-1988

Tableau 68 : CAP délivrés dans l'académie de Rennes (1980-1987)

Tableau 69 : Effectifs inscrits en dernière année de BEP dans l'académie de Rennes (1979-1986)

Tableau 70 : BEP délivrés dans l'académie de Rennes (1980-1987)

Tableau 71 : Évolution des diplômes de niveau V en structure (1980-1987)

Tableau 72 : Effectifs inscrits en dernière année de BTn dans l'académie de Rennes (1979-1986)

Tableau 73 : Diplômes de niveau IV délivrés dans l'académie de Rennes (1970-1987)

Tableau 74 : Évolution en structure des BTn délivrés (1980-1987)

Tableau 75 : Effectifs inscrits en dernière année de DUT dans l'académie de Rennes (1974-1986)

Tableau 76 : Diplômes DUT dans l'académie de Rennes (1975-1987)

Tableau 77 : Diplômes médicaux dans l'académie de Rennes (1970-1987)

Tableau 78 : Diplômes de santé délivrés en Bretagne (1980-1987)

Comment construire, et pour quel usage, un observatoire régional de l'emploi santé ?

Réalisé à la demande de l'Observatoire régional de santé de Bretagne (ORSB), ce rapport correspond à une première approche de la question.

Premier constat : la grande complexité du système de santé et des statuts des acteurs se traduit par une multiplicité et une hétérogénéité des sources, des catégories et donc par une définition difficile du champ à considérer.

Deuxième constat : entreprendre une analyse des données sur longue période conduit à se confronter à la non-continuité des enquêtes, des rubriques et à noter que la fiabilité et l'exhaustivité des données sont relativement récentes.

Troisième constat : les données sont - traditionnellement - recueillies au niveau régional et transmises au niveau national pour être traitées et exploitées. Vouloir recomposer un «tableau» régional pose le problème de l'accessibilité des sources au niveau régional, de leur faible (non) exploitation à ce niveau.

Pour répondre aux besoins de quels acteurs ?

Comment, dans ces conditions, envisager de mettre en rapport des données sur les emplois et les formations avec des données sur l'évolution du secteur dans son ensemble (données économiques et sociales) pour éclairer les modifications intervenant dans l'organisation du travail, dans la répartition des compétences ? Comment pointer les besoins en formation initiale et continue, trouver des repères pour la gestion de l'emploi au niveau régional ?

La première partie de l'ouvrage présente l'évolution de l'emploi en France et en Bretagne de 1970 à 1987, la deuxième partie, l'évolution de l'offre de formation sur la même période.

CENTRE D'ETUDES
ET DE RECHERCHES
SUR LES QUALIFICATIONS

9 rue Sextius Michel
75015 PARIS

 (1)45.75.62.63

PRIX : 80F