

Professions de santé : pour en finir avec le système des quotas

Longtemps, dans le champ des professions de santé, on a été tenté de conjuguer... le Gosplan et la main invisible du marché. D'un côté, les *numerus clausus*, les quotas et des procédures d'allocation des ressources censées rendre compte des besoins au plus près du terrain, d'un autre côté, pour les médecins du moins, la liberté d'installation, prompte à ruiner les efforts de répartition, sur le territoire et entre les spécialités.

Les systèmes de quotas – ou de *numerus clausus* – ont plusieurs justifications : assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de compétences en santé, limiter la demande induite (c'est-à-dire la demande de soin liée à l'offre de professionnels), préserver le chiffre d'affaires des professionnels en place, assurer la qualité de la formation (en particulier de la formation pratique, à travers l'ajustement des effectifs formés et des capacités d'accueil), éviter aux professionnels formés des problèmes d'insertion dans l'activité, etc.

On reviendra *infra* sur ces motifs mais acceptons *a priori* l'hypothèse d'ajustement offre-demande. Encore faut-il que les conditions soient réunies :

- 1) Une bonne connaissance statistique, côté offre de travail et côté besoins ;
- 2) Un ajustement continu et fluide des objectifs de régulation des effectifs à former compte tenu des constats statistiques, des projections et de la définition des priorités ;
- 3) Des outils de régulation efficaces et régulièrement évalués ;
- 4) Des comportements d'exercice et de carrière des professionnels conformes aux hypothèses formées dans les projections.

Sur tous ces registres, le compte n'y est pas.

D'où des questions sur la pertinence-même de ces exercices de planification. Que faut-il viser au fond ? A quelle échéance ? A quelle maille professionnelle et territoriale ? Comment mieux prendre en compte la mobilité internationale des professionnels de santé, mobilité sortante et apport de professionnels à diplôme étranger ? Peut-on identifier des cibles de long terme pour les principales professions ?

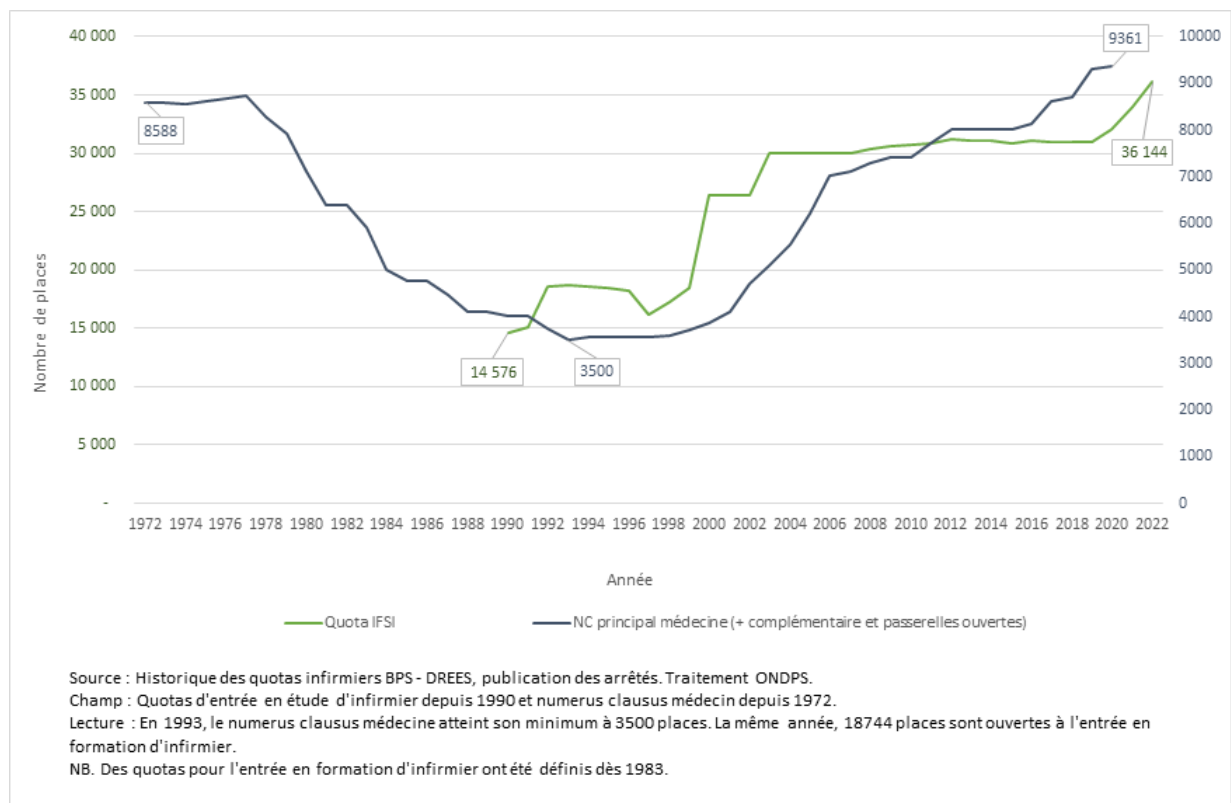
L'histoire de ces notions

Historiquement, l'introduction des *numerus clausus* s'est faite dans les années 1970 à l'initiative des syndicats de médecins sur des arguments de qualité des formations et de préservation de l'activité. Cela a été bien décrit par des chercheurs¹. Les « budgétaires » ont rapidement pris le relais et fabriqué

¹ Voir en particulier Marc-Olivier Deplaude. *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, Belles Lettres, 416 p., 2015, 978-2-251-43036-2. (hal-01580690)

une coalition d'intérêt avec les syndicats médicaux, dans un contexte d'expansion du système de santé, où le « trou de la Sécu » occupait largement l'actualité (politique, économique et sociale). Si les budgétaires n'ont pas été à l'origine de cette innovation – il faut leur rendre justice – ils ont en revanche inscrit ces restrictions dans la durée, leur ont conféré une forme de rationalité et ont exercé l'inventivité qu'on leur reconnaît volontiers (à l'exemple du fameux MICA – Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité²).

Introduit en 1971, le *numerus clausus* a mis quelques années à s'appliquer concrètement. La suite est connue : une politique restrictive pendant des décennies, un relâchement depuis le début des années 2000, avec un quasi triplement entre le point bas de 1993 et les chiffres actuels.



Dans le cas des quotas (en vigueur jusque-là pour la plupart des auxiliaires médicaux), on a un système à vocation statique et largement aveugle, cherchant à ajuster à court terme la formation des soignants et les besoins du système de santé, sorte de « juste à temps » appliqué à la démographie professionnelle. Cela ne fonctionne *a priori* que pour autant que l'on ne soit pas dans une espèce d'invisibilité statistique (sur les carrières et les mobilités des professionnels, notamment). Surtout, une gestion spontanément prudente, pour ne pas dire malthusienne, a empêché de voir l'évolution des besoins (la consommation de personnels liée aux évolutions de l'organisation du système de santé, par exemple) et des comportements des acteurs professionnels. D'où le long plateau sur la courbe des quotas infirmiers, avant l'impulsion donnée par le *Plan de relance* en 2020-21.

² « Le MICA était un régime de préretraite destiné aux médecins libéraux conventionnés. Ce régime, créé en 1988, avait pour objectif de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses. Il était géré par la CARMF pour le compte de la CNAMTS et consistait dans l'octroi d'une allocation de remplacement de revenu aux médecins libéraux conventionnés cessant leur activité entre 57 et 65 ans. Sauf demande de retraite anticipée (peu fréquente, de l'ordre de 1 à 2 par an), les médecins adhérents au MICA prenaient automatiquement leur retraite le trimestre suivant leur 65e anniversaire. En moyenne, sur la période 2000-2002, 3 600 médecins ont bénéficié du MICA chaque année. C'est donc un quart des médecins libéraux non retraités âgés de 57 à 65 ans qui ont bénéficié de ce régime de préretraite. » in DREES, « Les cessations d'activité des médecins, *Etudes et Résultats* n°486, avril 2006.

Ce qu'a révélé la crise sanitaire

La crise sanitaire a été marquée par une mobilisation exceptionnelle des soignants – en activité ou en formation. Cet engagement dure maintenant depuis près de deux ans et demi. La crise a exacerbé les tensions en matière de recrutement, dans les services de soins à l'hôpital ou en établissement médico-social, particulièrement parmi les personnels infirmiers et aides-soignants, parmi les professionnels de la rééducation et dans des professions fortement sollicitées, telles que les manipulateurs de radiologie médicale. De fait, l'ancrage de la crise dans la durée a ajouté aux difficultés qu'on connaissait auparavant du fait de la très forte sollicitation des services de soins et de phénomènes de départ de professionnels.

La démographie de ces différentes professions n'a rien d'uniforme à l'échelle nationale. Les pénuries peuvent être générales ou localisées à l'hôpital ou en établissement médico-social. Le secteur de la prise en charge à domicile souffre lui aussi beaucoup. Les besoins vus en perspective ne sont pas les mêmes non plus, selon que l'on observe les effectifs professionnels (réellement) en activité, les équivalents temps-plein de personnels, la densité en population générale ou la densité rapportée à la population âgée.

L'impression d'ensemble aujourd'hui est néanmoins celle d'un déséquilibre important entre l'offre de professionnels et les besoins, tant présents qu'à venir.

Le sentiment commun est aussi qu'on paie là les conséquences d'une programmation défailante de l'appareil de formation, à la fois malthusienne par nature et myope. Les difficultés ne viennent pas que de l'insuffisance des effectifs formés. Elles sont très largement liées aussi à la difficulté qu'ont certains secteurs pour attirer les personnels ou les garder.

Quelles que soient les responsabilités, il faut désormais changer d'ère, rompre avec une politique de régulation des effectifs formés organisée autour du *statu quo*, pour des raisons principalement budgétaires : argument classique du coût des formations mais surtout des dépenses induites (pour l'assurance maladie) par la présence de professionnels en nombre plus élevé, argument pourtant difficile à faire valoir pour les professions « prescrites ».

La vérité est que cette régulation défailante a dégradé la capacité du système à faire face et s'est révélée au final très coûteuse.

Ceci dit, on ne change pas si facilement de paradigme.

Il n'était en effet guère compliqué d'organiser une politique de régulation par les quotas dont la vocation était malthusienne : il n'était pas utile de déployer une intense activité de prospective en matière de ressources humaines et les conséquences budgétaires étaient de toute façon nulles pour l'Etat (les augmentations de quotas consenties aux régions ne donnant pas lieu à compensation).

Mettre en place une régulation active est en revanche beaucoup plus exigeant : il faut des statistiques, il faut un dialogue organisé et il faut se préparer à mettre en place de nouveaux moyens.

Le *Plan de relance* et le protocole Etat-régions sur les formations sanitaires conclu en mars 2022 ont d'une part débloqué les quotas pour les formations en soin infirmier et aide-soignant et, d'autre part, posé les bases d'une nouvelle régulation.³

Connaissance statistique de l'existant, côté offre et côté demande

La situation n'est pas la même entre les professions médicales et paramédicales.

Dans le premier cas, la connaissance statistique est assez fine, aiguillonnée par le travail de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, depuis le milieu des années 2000.

³ <https://regions-france.org/wp-content/uploads/2022/03/Communiqu%C3%A9-de-presse-de-M.-Jean-CASTEX-Premier-ministre-Le-Gouvernement-et-les-R%C3%A9gions-renforcent-leur-engagement-commun-en-faveur-des-formati48.pdf>

Dans le second cas, les zones d'invisibilité statistique sont très étendues, concernant des professions entières (les aides-soignants par exemple) ou les caractéristiques de carrière des professions (les infirmiers-ères au premier chef).

De fait, l'analyse des besoins dans les différentes professions est souvent un peu fruste : au mieux, elle tient compte des besoins standardisés (en fonction des caractéristiques de la population à prendre en charge et de la consommation effective de soins) ; elle considère rarement les trajectoires d'études ou de carrières, les mobilités géographiques, l'évolution des compétences des différentes professions, l'évolution de l'organisation du système de santé et les besoins en personnels afférents, les apports extérieurs (professionnels à diplôme étranger), qui peuvent être massifs dans certaines professions (40 % des dentistes nouvellement installés par exemple), etc. Le travail est parfois réalisé finement dans certaines régions et pour certaines professions mais il n'est pas disponible au niveau national : les données sont clairement à renforcer à cette échelle sur la question des carrières, des mobilités et des besoins en personnels du système de santé.

S'agissant des infirmiers-ères, il se trouve qu'on ne connaît pas leur durée de carrière au niveau national, faute de données permettant de suivre des cohortes en embrassant la diversité des parcours (exercice hospitalier *versus* libéral, mobilité géographique, arrêt inopiné, durable ou définitif) et faute de grandes enquêtes régulières permettant de reconstituer les carrières en question. Une récente correction opérée par la DREES a ainsi fait « disparaître statistiquement » 127.000 infirmiers-ères (en révisant la date plausible de sortie d'activité) : un sacré trou en termes de densité soignante... Est-ce à dire qu'il faudrait reconstituer les effectifs à due concurrence... ? Ce que l'augmentation récente des quotas ne fera qu'à très longue échéance, pour autant que la durée des carrières le permette.

Anticipation et pas de temps

Les pas de temps ne sont pas les mêmes, selon que les formations durent 10 ans ou plus (dans le cas des formations médicales), 5 ou 6 ans (dans le cas des dentistes, des pharmaciens, des sages-femmes ou des kinés) ou 3 ans (dans le cas de la formation socle infirmière).

Quand bien même on saurait quelle orientation prendre au juste, la longue durée pose des problèmes en termes de formation des décisions publiques. Il faut gérer plusieurs échéances : l'immédiateté (l'accès aux soins ici et maintenant) et une échéance à 10 ou 12 ans. Difficile d'être vertueux et difficile d'être crédible sur ces échéances : problèmes classiques que l'on connaît dans d'autres secteurs (gestion de l'investissement public ou des politiques énergétiques et climatiques, par exemple).

Dans le cas du *numerus clausus* médical, les oscillations sont de longue période : pendant longtemps on n'a pas osé desserrer la contrainte et depuis quelques années, personne – ou presque – n'ose poser la question du risque de pléthore médicale à terme. Politiquement incorrect.

Dans le cas des quotas paramédicaux, la difficulté était autre : la gouvernance faisait que l'initiative appartenait aux régions (collectivité gestionnaire) et la décision à l'Etat, un financement rigide verrouillant le tout. On a donc eu des quotas pour l'essentiel stables au cours des dernières années, jusqu'au dégel permis par le *Plan de relance*.

Qualité des projections et hypothèses formulées

Quel est le déterminant de l'élaboration des politiques publiques ? L'activisme des représentants des professions, en faveur de l'augmentation des effectifs ou, au contraire, de mesures restrictives, est un ingrédient crucial de la fabrique des quotas/*numerus clausus*. L'enthousiasme plus ou moins grand des opérateurs de formation est un autre déterminant essentiel : augmenter sa part de marché, obtenir plus de moyens *versus* maintenir le niveau de formation, compte tenu des capacités d'accueil. Ces opérateurs agissent d'ailleurs plus souvent en réaction qu'en anticipation des besoins de formation tant sur le plan quantitatif que qualitatif, accentuant encore le décalage temporel besoins

anticipés/offre de formation.

Du côté de la rationalité planificatrice, les prévisions jouent évidemment un rôle majeur.

Or, on l'oublie trop souvent, la projection n'est pas la prévision. A travers les projections, il s'agit de former des hypothèses pour le futur en considérant la stabilité des comportements ou une déformation raisonnée. On part de l'existant, on suppose des comportements assez largement conservateurs et on projette donc des courbes à un horizon de 10 ou 20 ans.

La qualité de la connaissance de l'existant est essentielle. On l'a dit, elle est fragile dans bien des cas. On manque de données, notamment sur les comportements de carrière ou de mobilité des professionnels : on prend donc pour hypothèse des comportements qui peuvent être en décalage par rapport à la réalité... On ne parle même pas de la capacité à anticiper des comportements nouveaux dans le futur.

Efficacité et pertinence

Prenons l'exemple de la médecine générale. On a eu beau soutenir politiquement la filière, en l'érigeant en spécialité, en organisant des départements dédiés au sein des facultés, en lui réservant une part substantielle à l'internat. Rien n'y fait, les généralistes ne sont pas au rendez-vous sur le terrain. Problème de répartition sur le territoire mais aussi problème de destination : on ne retrouve pas *in fine* ceux qui se sont formés à la médecine générale dans les cabinets de généralistes. Il n'est pas étonnant que le sujet de la contrainte à l'installation ou du conventionnement sélectif revienne si souvent dans le débat public : il signe en effet un échec de nos politiques publiques, arc-boutées sur cette figure professionnelle et organisationnelle du médecin généraliste, réhaussée symboliquement dans la hiérarchie des professions médicales... mais avec des modes d'exercice anciens délaissés. Ce n'est pas tant la médecine générale qui est peu attractive que la façon dont elle était exercée jusque-là (exercice solitaire...) : les nouvelles générations attendent autre chose, ce qui est d'ailleurs en cohérence avec les attentes du système... mais les images d'une profession ont la vie dure !

Le résultat est là : la médecine générale occupe environ 40% des places de spécialisation pour les internes et résidents mais on comptait en 2019 seulement 27% de médecins généralistes en ville (les généralistes exerçant en établissement ou sous statut salarié sont 17%, les spécialistes 56%). En 2011, les chiffres étaient respectivement de 32%, 15% et 53%.⁴

Truisme : quelle que soit par ailleurs la solidité des déterminants du chiffre (quota ou *numerus clausus*), celui-ci doit en outre être pertinent. L'exemple de la médecine générale le prouve : fixer une part des places à l'internat ne suffit pas s'il y a derrière des fuites massives.

L'outil de la régulation quantitative peut aussi être inadapté, techniquement, compte tenu des comportements. Les quotas paramédicaux ont ainsi été formés à une époque où les comportements professionnels étaient plus stables, les possibilités de bifurcation dans le temps de la formation ou au-delà moins répandues. On a donc décidé alors qu'on compterait – et qu'on régulerait – les effectifs sur la base des entrées en formation. Le problème est qu'aujourd'hui les étudiants sont plus mobiles, entre filières et entre territoires. Effet de génération et effet de construction des formations : les entrées dans l'enseignement supérieur ont vocation à se faire sur une base plus généraliste et à être plus progressives, les passerelles entrantes et sortantes se multiplient... Le secteur de la santé a beau être plutôt en retard sur les autres filières dans ce registre, les parcours plus diversifiés se multiplient... et sont perçus par certains comme des déviances. Le secteur perd des effectifs dont il a tant besoin.

Plutôt que de réformer la régulation pour prendre en compte cette « évaporation » naturelle, on stigmatise les étudiants ou les conditions nouvelles du recrutement.

⁴ Gaétan Lafortune, Gaëlle Balestat, « Médecins et infirmiers : leur nombre et leur rémunération en France et dans les autres pays de l'OCDE avant la pandémie, *Les Tribunes de la santé*, 2022/2 n°72, printemps 2022.

Pour un nouveau modèle de régulation

La réalité a donc échappé à la planification ou plutôt à ce mélange improbable de planification et de laisser faire. *A contrario* nous plaiderons pour une authentique régulation des compétences en santé, au sens où la régulation prend comme principe l'innovation et les déséquilibres et s'efforce d'organiser les rapports de force.

Cela concerne tout d'abord l'appareil de formation. Il faut un autre réglage quantitatif :

- **Dans ses principes** : il nous faut rompre avec le malthusianisme ;
- **Dans ses modalités** : il convient de documenter les évolutions et les tensions, voir « plus loin », promouvoir le dialogue entre les acteurs ;
- **Dans ses responsabilités** : il nous faut donner la parole aux acteurs des territoires et oser la décentralisation des décisions, dans un dialogue renouvelé entre l'Etat et deux acteurs autonomes, que sont les Régions d'une part, les universités d'autre part.

Le préalable : conforter l'analyse des besoins, des mobilités professionnelles et des carrières

Au moment où le travail est fait pour densifier les études sur les besoins de formation en médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) dans le cadre de la réforme de l'accès aux études de santé (cf. infra), il paraîtrait légitime et pertinent que le même travail soit réalisé sur le champ paramédical, avec une mobilisation forte des acteurs régionaux aux côtés des acteurs nationaux (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères chargés de la santé et de la solidarité - DREES, Direction générale de l'offre de soins - DGOS, Observatoire national de la démographie des professions de santé - ONDPS, ministère chargé de l'enseignement supérieur, ordres, assurance maladie, représentants des employeurs et des salariés, organisations étudiantes).

Il n'existe guère de données d'enquête sur les carrières des professionnels de santé et leur mobilité, on l'a dit. Au plan national, l'ONDPS est théoriquement compétent, depuis l'origine, sur le champ paramédical mais n'avait jamais été sollicité jusqu'à présent sur la prospective des besoins en professionnels. Il l'est désormais et va pouvoir déployer son action sur ces professions, susciter des travaux d'enquêtes et d'études et renforcer le réseau des comités régionaux de l'ONDPS, essentiels pour organiser le dialogue avec les Régions gestionnaires.

Cela permettrait enfin une approche consolidée des analyses de démographie professionnelle conjointe des filières médicales et non-médicales.

La transformation : revoir la régulation

La Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a supprimé le *numerus clausus* et proposé une planification pluriannuelle du nombre de professionnels à former pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants⁵. Des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former pour 5 ans (2021-2025) pour les filières MMOP ont ainsi été arrêtés par les ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement Supérieur sur proposition de l'ONDPS⁶. C'est à partir de ces objectifs que les universités, en lien avec les ARS déterminent le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études médicales. Alors que le *numerus clausus* était fixé annuellement par l'Etat, avec une analyse limitée des besoins⁷, la détermination des objectifs nationaux pluriannuels de

⁵ Décret no 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039309275/>

⁶ Conférence nationale du 26 mars 2021. Propositions de l'ONDPS pour les objectifs nationaux pluriannuels. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf.

⁷ L Collet, « Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques », *Les Tribunes de la Santé*, 2019, n°59, p 47-61.

professionnels à former a impliqué une plus grande concertation des acteurs régionaux et nationaux et imposé une analyse prospective des besoins, des enjeux démographiques, épidémiologiques et organisationnels, et des capacités de formation. De plus, le caractère pluriannuel donne plus de latitude aux acteurs locaux pour s'adapter et atteindre l'objectif plus progressivement et permet une évolution plus lissée des effectifs, évitant les à-coups.

Pour les auxiliaires médicaux, si les Régions ont été rendues compétentes sur le fonctionnement des instituts de formation en 2005, depuis lors, la situation est demeurée peu satisfaisante sur le plan de la régulation des effectifs en formation : pour les formations post-bac⁸, les Régions sont amenées à faire valoir chaque année (ou sur une base pluriannuelle dans certaines filières) leurs souhaits en matière de quotas, filière par filière ; les dossiers sont instruits par les Agences régionales de santé et tranchés par le ministère de la Santé (avec une participation plus ou moins intense du ministère de l'Enseignement supérieur), sur la base d'une analyse assez sommaire des dynamiques démographiques et des besoins de santé (pour une part, faute de données, comme indiqué plus haut).

Les refus opposés aux Régions sont mal vécus par celles-ci. Lorsque des augmentations de quotas étaient accordées, cela ne se traduisait pas par une augmentation de la compensation de l'Etat, les régions étant considérées comme étant à l'origine des demandes. Cela a d'ailleurs créé une distorsion en faveur des instituts susceptibles de faire payer aux étudiants des frais de scolarité élevés (privés la plupart du temps), ajoutant un problème d'accessibilité financière aux études aux difficultés de la régulation quantitative (essentiellement dans le champ de la réadaptation : kinésithérapie, psychomotricité et ergothérapie).

A ce problème principal d'élaboration de la régulation, s'ajoutent quelques problèmes connexes liés au fait qu'un certain nombre de filières échappent à une régulation consolidée. C'est le cas en particulier des filières où l'on se forme à la fois en institut paramédical, en institut universitaire de technologique (IUT) ou en section de brevet de technicien supérieur (BTS) des lycées (diététiciens, manipulateurs radios, techniciens de laboratoire...). Pour ces filières, on n'a bien souvent aucune vision globale des effectifs en formation et *a fortiori* de la régulation. Les filières entièrement insérées à l'Université (orthophonie, orthoptie et audioprothèse) sont quant à elles théoriquement dans le giron des Régions (aux termes de la loi de 2004) mais pratiquement financées par les universités et régulées sur le plan quantitatif par les ministères sans que les Régions aient leur mot à dire.

Cette gestion quantitative assez sommaire serait au demeurant adaptée dans un système stable quant à l'utilisation des ressources soignantes, aux carrières des professionnels et à leur implantation sur le territoire. Il n'en est évidemment rien.

La mise en œuvre des créations de places dans le cadre du *Plan de relance* a montré qu'une autre pratique était possible, avec une approche un peu moins fruste, bien qu'encore très partielle, de la démographie professionnelle et des besoins, un dialogue avec les Régions sur la base d'une prospective ouverte et d'une organisation des formations innovante... avec bien entendu des financements d'Etat importants à la clé.

Sur ces fondements, il paraît aujourd'hui indispensable de mettre en œuvre une Conférence nationale des professions de santé, avec pour objectif de fournir une analyse documentée, à la fois rétrospective et prospective, sur les dynamiques professionnelles de l'ensemble des filières paramédicales *post bac* et les besoins de santé afférents.

Au-delà de l'analyse partagée, cette conférence définirait une trajectoire pluriannuelle (5 ans) pour les effectifs à former⁹, au plan national. Compte tenu du nombre de filières, celles-ci devraient être considérées par roulement.

Les données discutées lors de la Conférence nationale seraient destinées à éclairer le dialogue Etat-

⁸ Les Régions ont en revanche la main sur les effectifs d'aides-soignants à former.

⁹ Pour les formations d'aide-soignant, la discussion Etat-régions portera sur la programmation pluriannuelle et les financements afférents.

régions sur chaque territoire, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, y compris bien entendu les nouvelles organisations des soins de ville.

Un rendez-vous de suivi à mi-parcours serait mis en place pour chaque filière.

Dans le cadre ainsi défini, les régions opéreraient les ajustements annuels quant aux effectifs à former pour les formations qu'elles financent, dans un calendrier compatible avec la procédure Parcoursup.

Au-delà de la programmation des effectifs à former, bâtir un système de formation et de gestion de l'emploi plus agile

Il faut un système de formation plus agile. On ne diminuera pas le pas de temps de la formation. Il faut en revanche se donner toute latitude par ailleurs. Cela suppose :

- **De permettre les passerelles en cours de formation** et de faire en sorte qu'elles se développent sans entraves ;
- **D'adapter les maquettes de formation et les métiers de façon beaucoup plus fluide ;**
- **De développer les « deuxièmes carrières » et les réorientations**, de façonner une meilleure répartition des temps au cours de la carrière¹⁰.

Cette question des évolutions en cours de carrière pour les médecins comme pour les non-médecins est d'ordre public, au service de la régulation, alors que ces préoccupations ont longtemps été laissées à l'initiative individuelle et ont pu être vues longtemps comme des perturbations de l'ordre normatif.

Il faut aussi **faire toute leur place aux problématiques de travail et d'emploi** :

- **Les conditions de travail** : il y a des sujétions particulières dont il faut tenir compte (le travail de nuit par exemple) et on a fini par prendre conscience de la sinistralité importante dans le secteur du soin ; ce ne sont pas là des problèmes individuels mais des questions qui concernent l'organisation du travail et la gestion des carrières ;
- **L'organisation du marché de l'emploi** : on ne gère pas de la même façon un marché de l'emploi tendu et une situation d'abondance... Truisme... et pourtant ! Les secteurs de la prise en charge des personnes sont en concurrence les uns avec les autres ; la situation de l'emploi étant également tendue dans d'autres secteurs de l'économie (l'hôtellerie par exemple), la concurrence va se faire sur une base plus large pour certains métiers ; il va falloir en tenir compte en matière d'attractivité des secteurs, de conditions de travail et d'emploi et de rémunérations ;
- **La priorité du retour à l'emploi** : on évoque souvent les départs en cours de carrière (des infirmiers-ères ou des aides-soignants(es) mais que fait-on pour ramener les professionnels concernés vers l'emploi ? Pas grand-chose bien souvent ;
- **Une autre gestion : interministérielle et multi-échelons**. La gestion des formations, des carrières, des marchés du travail concerne plusieurs départements ministériels (Santé, Solidarité, Travail-Emploi, Education nationale, Enseignement supérieur) et plusieurs échelons de l'action publique (local, départemental, régional, national, pour ne pas parler de la circulation internationale des soignants). Il faut assurément que la gouvernance et la gestion de ces problématiques accède à ces dimensions, faute de quoi les réponses seront toujours et

¹⁰ Cf. les différentes notes de Lisa sur le sujet des formations (<https://www.lisa-lab.org/prospective-des-metiers>)

- « Formations en santé : 20 propositions pour parachever les transformations » (10 février 2022)
- « Les infirmier(ères) en pratique avancée... ou comment ne pas gâcher une belle réforme ? » (13 février 2022)
- « L'hyperspécialisation en médecine : concilier les caractéristiques de la formation et les besoins des territoires » (27 février 2022)
- « Carrières à l'hôpital : un choc d'attractivité nécessaire » (24 mars 2022)
- « Parcoursup IFSI : pour rétablir quelques vérités » (1^{er} septembre 2022)

trop partielles et trop tardives.

Plutôt que de s'en remettre à des outils de régulation quantitative des effectifs formés en grande partie obsolètes, il faut désormais investir dans les ressources humaines en santé tout au long de la carrière, très au-delà du temps de la formation initiale.

Stéphane Le Bouler, président de Lisa, Emmanuel Touzé, doyen de la faculté de médecine de Caen, président de l'ONDPS

contact@lisa-lab.org