



LES PROFESSIONS DE SANTE EN CORSE

DECEMBRE 2008 DOSSIER 40

Activité, emploi, renouvellement de main d'œuvre et perspectives de développement emploi-formation

Le secteur de la santé totalise plus de 8 300 emplois (salariés et libéraux) en Corse.

80% des effectifs sont salariés, toutefois les situations sont très contrastées selon les métiers. A titre d'exemple les salariés sont majoritaires chez les infirmiers, alors qu'ils sont largement minoritaires chez les kinésithérapeutes. Certaines professions comme celle de médecin peuvent même cumuler les deux statuts.

Les métiers sont très divers, plus de 150 professions différentes sont recensées dans le secteur. Dans les établissements de santé de l'île, trois métiers recouvrent 60% des effectifs non médicaux : infirmiers, aides-soignants et agents de services hospitaliers.

Les emplois se caractérisent également par des niveaux de qualification élevés.

Le niveau III est très répandu, mais beaucoup de professions relèvent des niveaux II et I.

Les cycles de formation qui permettent d'obtenir les diplômes d'Etat requis pour exercer sont de trois ans pour les infirmiers à plus de 10 ans pour les spécialités médicales. Dans ces conditions, l'adaptation de l'offre de formation aux besoins des territoires ne peut être envisagée qu'à moyen terme. D'autant que certains cursus (médecins, chirurgiens dentistes, kinésithérapeutes, sages-femmes...) ne peuvent pas être suivis en Corse.

Aujourd'hui, le "papy-boom" atteint les professions médicales et paramédicales.

Dans le même temps, de nombreuses réformes visant à réorganiser le système de santé et les formations médicales et paramédicales sont en cours.

C'est pourquoi, il a semblé opportun de mesurer les phénomènes de vieillissement et de renouvellement de main d'œuvre des salariés et des libéraux afin de mieux préparer l'avenir.

Les établissements de santé et leurs salariés en Corse

- 03 Quelle-est la capacité d'accueil des établissements hospitaliers en Corse ?
- 05 Quels-sont les types d'emploi générés par les établissements ?
- 08 Quelles-sont les perspectives de départ en retraite et de renouvellement de main d'œuvre des professions intermédiaires de santé ?

Les professions médicales et paramédicales libérales en Corse

- 10 Quelles-sont les principales caractéristiques des professions médicales libérales ?
- 11 Quelles-sont les principales caractéristiques des infirmiers libéraux ?
- 12 Quelles-sont les principales caractéristiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ?

Les formations aux métiers de la santé en Corse

- 13 Quelles-sont les formations qui conduisent aux métiers de la santé en Corse ?

Conclusion

- 15 Vers l'adaptation de l'offre de soins et des formations





QUELLE-EST la capacité d'accueil des établissements hospitaliers en Corse ?

Source : Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) - DREES

Trente établissements assurent l'accueil hospitalier en Corse (tableau n°1)

■ A l'origine d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier se compose de trente établissements répartis sur l'ensemble du territoire insulaire (14 en Corse-du-Sud et 16 en Haute-Corse) en 2006 en incluant les centres de dialyse et l'hospitalisation à domicile.

Si le nombre de structures proposant des possibilités d'hospitalisation complète (durée supérieure à une journée) est stable, les entités d'hospitalisation à temps partiel qui constituent souvent des alternatives à l'hospitalisation à temps complet se sont développées notamment par le biais de l'hospitalisation à domicile et les centres de dialyse.

La mission des établissements hospitaliers est définie par l'article L.6111-1 du code de la santé publique qui les dénomme "établissements de santé".

Quel que soit leur statut, ils ont vocation à :

- Assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient,
- Participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Ces missions doivent être accomplies dans un souci permanent de sécurité sanitaire, de qualité et d'éthique.

La nature de leur activité est définie par l'article L.6111-2. Ils ont ainsi pour objet de dispenser :

- 1) avec ou sans hébergement :
 - des soins de courte durée ou concernant des affections graves
 - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale
- 2) des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie.

Une capacité d'accueil de près de 2900 lits et places (tableau n°1)

■ Au 31 décembre 2006, les établissements de santé offraient une capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet de 2 498 lits et à temps partiel de 380 places. Certains établissements dispensent des soins (comptés en séances) sans capacité d'accueil, qu'ils soient à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

Entre 2003 et 2006 la capacité globale a connu une croissance positive de 278 lits et places supplémentaires (+ 11%).

Tout comme au niveau national, on observe l'évolution structurelle des formes de prise en charge qui se tournent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

	Catégorie	Lits installés	Places
CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO	Centre hospitalier	449	4
C.R.F. ET MAISON DE REPOS DU FINOSELLO	Etablissement de réadaptation fonctionnelle	85	36
CLINIQUE DU GOLFE	Etablissement de soins pluridisciplinaires	96	20
CLINISUD	Etablissement de soins pluridisciplinaires	85	11
POLYCLINIQUE DU SUD DE LA CORSE	Etablissement de soins pluridisciplinaires	79	4
HOPITAL LOCAL DE BONIFACIO	Hôpital local	94	0
CENTRE REPOS ET CONVALESCENCE	Etablissement de convalescence et de repos	75	0
CTRE HOSP SPEC DE CASTELLUCCIO	Centre hospitalier spécialisé maladies mentales	271	172
HAD AJACCIO ET GRAND AJACCIO	Hospitalisation à domicile		10
CRF LES MOLINI	Etablissement de réadaptation fonctionnelle	90	20
HOPITAL LOCAL DE SARTENE	Hôpital local	40	0
ACORSAD	EJ gestionnaire de centre de dialyse		
CENTRE D'AUTO-DIALYSE	Structure d'alternative à la dialyse en centre		
MAIS.CONVALET REGIMEVALICELLI	Maison de régime	70	
Total Corse-du-Sud		1 434	277
CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA	Centre hospitalier	476	47
CLINIQUE DR FILIPPI	Etablissement de soins chirurgicaux	23	4
POLYCLINIQUE LA RESIDENCE	Etablissement de soins pluridisciplinaires	97	22
CLINIQUE SAINT ANTOINE	Etablissement de soins pluridisciplinaires	57	4
POLYCLINIQUE DE FURIANI	Etablissement de soins pluridisciplinaires	58	4
MAISON DE CONVALES. LA PALMOLA	Etablissement de convalescence et de repos	80	
CAP SANTE	Autre établissement soumis aux disposi hosp		
HAD DE CORSE	Hospitalisation à domicile		
CLINIQUE DU CAP	Maison de santé pour maladie mentale	40	0
CENTRE JOUR VILLA SAN ORNELLO	Maison de santé pour maladie mentale		22
AUTOD. ET VAC. ADPC CORTE	Structure d'alternative à la dialyse en centre		
CLINIQUE SAN ORNELLO	Maison de santé pour maladie mentale	85	0
CENTRE D AUTODIALYSE DE CASAMOZZA	Structure d'alternative à la dialyse en centre		
AUTOD. ET VAC. ADPC ILE ROUSSE	Structure d'alternative à la dialyse en centre		
C.H INTERCOMMUNAL DE CORTE-TATTONE	Centre hospitalier	148	
UNITE D'AUTODIALYSE ATUP ALERIA	Structure d'alternative à la dialyse en centre		
Total Haute-Corse		1 064	103
Total Région		2 498	380

Source : Statistique annuelle des établissements (SAE) 2006 - Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse

Les innovations en matière de technologies médicales et médicalementes évoluent constamment ce qui permet de réaliser un nombre croissant de procédures en dehors du champ traditionnel de l'hospitalisation à temps complet.

Que ce soit en court, moyen séjour ou psychiatrie, la Corse figure parmi les régions les mieux pourvues en taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants en 2005.

En court séjour (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique), les taux d'équipement sont supérieurs à la moyenne nationale. En chirurgie, la Corse avec 1,96 lits et places pour 1 000 habitants se situe en deuxième position derrière le Limousin (2,68 lits et places pour 1 000 habitants). Elle est également bien placée en médecine et gynécologie-obstétrique.

QUELLE-EST la capacité d'accueil des établissements hospitaliers en Corse ?

Une diversité d'établissements différenciée par leurs statuts et leurs missions (tableau n°2)

■ Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé. Les hôpitaux publics sont rattachés dans la plupart des cas, à des collectivités locales principalement les communes, parfois les départements. Les établissements privés sont soit à but lucratif (société anonyme, société à responsabilité limitée...) ou à but non lucratif (association loi 1901...).

Au-delà des établissements publics, le Service public hospitalier (SPH) englobe les établissements privés admis à assurer le Service public hospitalier.

Les établissements publics ou privés du Service public hospitalier ont pour mission de garantir l'égal accès aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

Ils doivent être en mesure de les accueillir jour et nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public.

Une activité encadrée (Plan régional de santé publique) et planifiée dans le cadre du Schéma régional de l'organisation sanitaire 2006/2011 (tableau n°3)

■ Le Plan régional de santé publique (PRSP) définit la politique de santé publique en région à travers des objectifs et les actions prioritaires à mettre en œuvre en lien avec les plans nationaux : cancer, nutrition, santé environnementale, santé des jeunes en milieu scolaire (tableau 2).

Il est fixé par arrêté préfectoral. La création, la conversion et le regroupement des activités de soins de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une autorisation de l'Agence régionale d'hospitalisation.

L'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret. Elle est donnée pour une durée déterminée d'au moins 5 ans.

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de Corse arrêté en 2006 par l'Agence régionale d'hospitalisation s'applique sur la période 2006-2011. Il contribue à la réalisation des axes définis dans le plan régional de santé publique. Il fixe également des objectifs quantitatifs tant en termes d'implantations qu'en terme de croissance d'activité.

Tableau n° 2 - Statut des établissements

6 établissements dans le secteur public	24 établissements dans le secteur privé
- 2 centres hospitaliers - 1 centre spécialisé en maladies mentales - 1 centre hospitalier intercommunal - 2 hôpitaux locaux	- 7 cliniques privées (médecine, chirurgie, obstétrique) - 3 cliniques psychiatriques - 5 établissements de suite et de réadaptation (rééducation fonctionnelle, convalescence, repos...) - 9 établissements d'alternative à l'hospitalisation (hospitalisation à domicile, dialyse...)

Tableau n° 3 - Plan régional de santé publique (PRSP) 2006-2010

Axes	Objectifs stratégiques
A Améliorer l'observation de la santé et mieux communiquer	1) Disposer d'indicateurs fiables régulièrement actualisés et partagés sur l'état de santé et l'offre de soins 2) Analyser, partager, mettre en réseaux les informations 3) Assurer une meilleure communication entre partenaires et vers la population.
B Prévenir les risques sanitaires des milieux de vie	1) Prévenir et traiter les problèmes de santé au travail 2) Prévenir les pathologies d'origine environnementale 3) Garantir un air et une eau de bonne qualité 4) Prévenir les effets des milieux de vie sur la santé des populations vulnérables, sensibles et isolées.
C Réduire les surmortalités et surmortalités liées à des facteurs de risques comportementaux	1) Favoriser l'équilibre de vie 2) Lutter contre les comportements à risques.
D Faire face au vieillissement et aux situations de dépendance	1) Développer la prévention pour lutter contre la dépendance ou son aggravation 2) Adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques de la personne âgée 3) Améliorer la qualité de vie des personnes âgées 4) Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées.
E Alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire	1) Structurer l'organisation de la veille sanitaire 2) Répondre aux alertes sanitaires.



QUELS-SONT les types d'emploi générés par les établissements ?

Source : Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) - (DREES)

Une nouvelle distribution de l'activité des établissements hospitaliers : réduction de l'hospitalisation complète et progression d'autres formes d'hospitalisation (tableau n°4 et graphique n°1)

■ En 2006, l'activité des établissements de santé (tableau n°3), en Corse, représente :

- 744 347 journées en hospitalisation complète (747 504 en 2003, soit un recul de 0,4%)
- 76 892 venues en hospitalisation partielle (54 150 en 2003, soit une hausse de 39%)
- 89 158 séances et cures ambulatoires (29 158 en 2003, soit le triple des séances et cures réalisées en 2003).

Entre 2003 et 2006 (tableau 3), l'activité à temps complet est globalement en baisse cependant l'impact est différencié selon les disciplines, les soins de longue durée (-17%) et le court séjour (-7%) sont nettement en retrait alors que le nombre de journées progresse modestement (1%) en psychiatrie.

Avec l'évolution progressive des modes de prises en charge depuis plusieurs années, on enregistre une diminution de l'activité en hospitalisation complète alors que dans le même temps les prises en charge à temps partiel se sont développées.

La diminution des soins de longue durée ne correspond pas à une baisse réelle de l'activité. Elle s'explique par une modification de la structure des établissements comportant des Unités de soins longue durée (USLD) qui sont devenus des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (HEPAD) et donc désormais intégrés à l'hébergement.

En hospitalisation complète (graphique n°1), le court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) représente 40% de l'activité en journées mais 90% des entrées. Le moyen séjour (convalescence, rééducation fonctionnelle, cure médicale) constitue le deuxième pôle important avec 23% des journées réalisées.

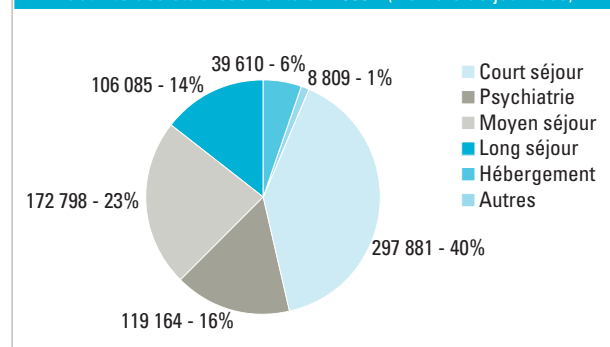
En hospitalisation partielle, 55% des venues relèvent de la psychiatrie (générale et infanto-juvénile) et 28% la réadaptation fonctionnelle.

Tableau n° 4 - Evolution du nombre de journées réalisées en hospitalisation complète entre 2003 et 2006

Nombre de journées réalisées	2003	2006	Evo. 2003-2006	%
Médecine-chirurgie-obstétrique (court séjour)	321 411	297 881	-23 530	-7%
Soins de suite et de réadaptation (moyen séjour)	180 243	172 798	-7 445	-4%
Soins de longue durée (long séjour)	128 083	106 085	-21 998	-17%
Psychiatrie (générale et infanto juvénile)	117 767	119 164	1 397	1%

Source : Statistique annuelle des établissements (SAE) 2006 - Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse

Graphique n° 1
L'activité des établissements en 2006 - (Nombre de journées)



Source : Statistique annuelle des établissements (SAE) 2006 - Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse

QUELS-SONT les types d'emploi générés par les établissements

720 médecins et autres personnels médicaux interviennent dans les établissements de santé publics et privés (graphiques n°2 et n°3)

En 2006, les établissements de santé de l'île comptaient 720 médecins, odontologistes et pharmaciens dont 402 médecins et autres spécialistes salariés.

Les professionnels qui interviennent dans les structures hospitalières peuvent relever de différents statuts et les cumuler :

- Salariés et libéraux : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaille au sein de cliniques privées ou des hôpitaux locaux (de statut public) qui font appel à des médecins payés à l'acte. Ils peuvent intervenir dans un établissement (libéral exclusif) ou plusieurs d'où des risques de double compte.

- Salarié à l'hôpital : l'exercice à l'hôpital qu'il soit à temps plein ou partiel relève également de différents statuts (les praticiens hospitaliers, les médecins assistants recrutés en CDD et les médecins attachés qui sont des vacataires travaillant dans un ou plusieurs établissements).

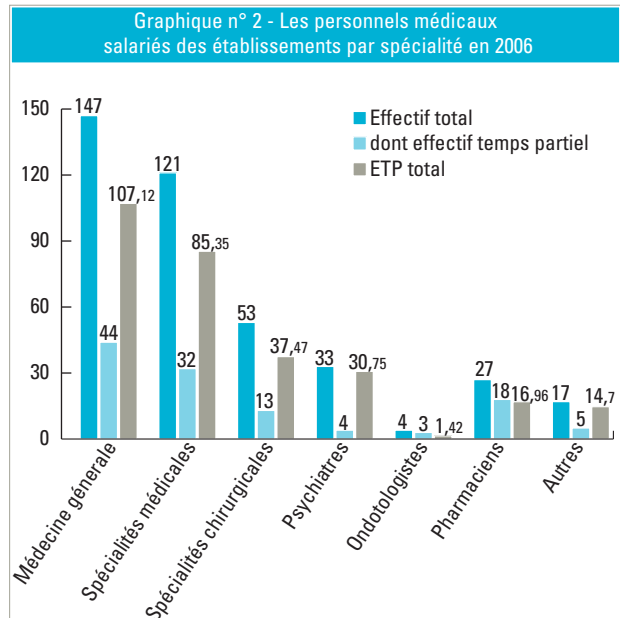
Les 402 emplois médicaux salariés des établissements publics et privés correspondent à 294 correspondant temps plein. Un tiers des postes sont proposés à temps partiel.

63% des emplois sont dédiés à la Corse-du-Sud qui dispose par ailleurs de 57% de la capacité en hospitalisation complète (lits installés). Les six structures publiques comptent un effectif de 367 personnels médicaux ramené à 270 en équivalent temps plein. Les médecins et assimilés ont neuf fois sur dix le statut de praticien hospitalier. Près de 80% des emplois sont localisés dans les centres hospitaliers d'Ajaccio et Bastia.

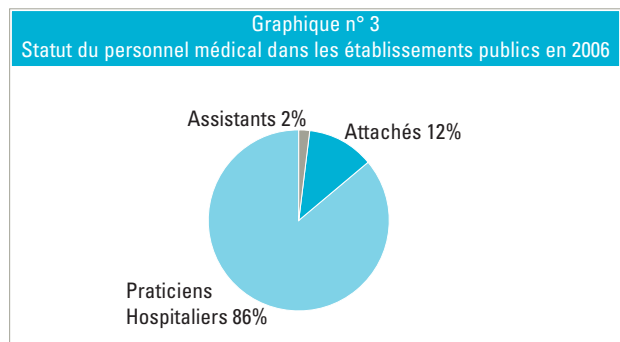
Près de 4 480 personnels non médicaux dont 7 sur 10 affectés dans les services de soins (graphiques n°4 et n°5)

■ En 2006, outre les personnels médicaux, près de 4 480 personnes (4 340 en équivalent temps plein) assurent le fonctionnement tant au niveau des soins (3 099 emplois) qu'aux niveaux administratif et technique (1 374 emplois) des établissements publics et privés (graphique n°4). 7 salariés sur 10 sont des personnels soignants (y compris des sages-femmes) ce qui représente un effectif de 3 100 personnes.

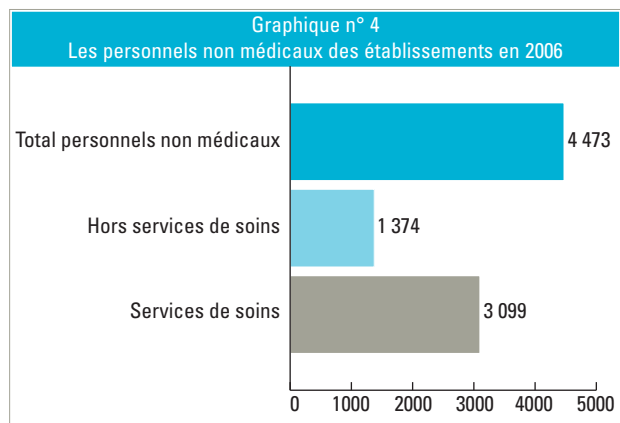
Parmi les soignants, trois professions occupent 90% des personnels. On dénombre 1 250 infirmiers (dont 91 spécialisés) qui constituent la cohorte la plus importante, viennent ensuite les aides-soignants au nombre de 957 et 554 agents de service hospitalier (ASH).



Source : Statistique annuelle des établissements (SAE) 2006 - Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse



Source : Statistique annuelle des établissements (SAE) 2006 - Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse



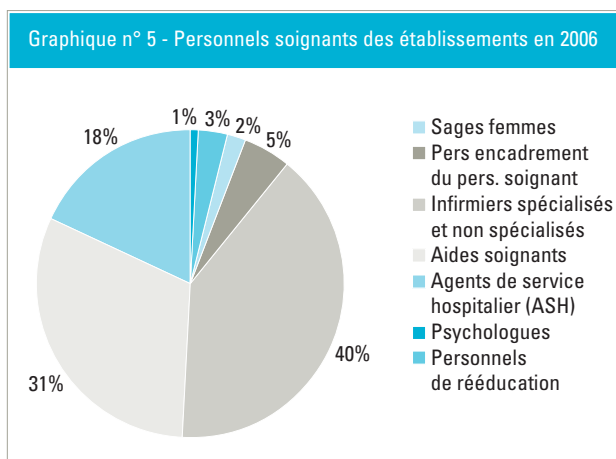
Source : Statistique annuelle des établissements (SAE) 2006 - Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse



Encadré 2 - Schéma régional d'organisation sanitaire

■ Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) est le cadre de référence pour l'attribution des autorisations. Il a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. Le schéma vise à favoriser des adaptations et complémentarités dans l'offre de soins, ainsi que des coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

Le schéma est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.



Source : Statistique annuelle des établissements (SAE) 2006 - Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse

Dans la catégorie "des services hors soins", 8 personnes sur 10 se consacrent à des tâches administratives ou techniques.

Les 20% restants sont constitués de personnel de direction mais aussi de personnels éducatifs et sociaux (dont les assistantes sociales) et les personnels de pharmacie, radiologie et laboratoire.

Plus d'une personne sur deux effectue son service au sein d'un service du centre hospitalier de Bastia ou d'Ajaccio. Le travail à temps partiel est plus développé chez les agents "des services hors soins" (8% des effectifs) que dans les services de soins (5,5%).

Encadré 1 - Champ de la SAE

■ La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Les données sont collectées par la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) du ministère de la santé et des solidarités.

Elle constitue la principale source d'information sur les équipements (lits, places...), l'activité (hospitalisation complète, partielle, séance...), et les personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics et privés.

Définitions

■ L'hospitalisation complète se définit selon la nature de l'activité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à une journée.

■ L'hospitalisation partielle concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

■ Les capacités d'accueil des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète, et en places pour l'hospitalisation partielle.

■ L'activité des établissements se décompose en :

- Court séjour : médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique
- Moyen séjour : soins de suite et de réadaptation
- Long séjour : soins de longue durée
- Psychiatrie : générale et infanto juvénile.



QUELLES-SONT les perspectives de départ en retraite et de renouvellement de main

Les établissements davantage touchés par les départs en retraite

■ Fin 2005, 1 700 salariés exercent une profession intermédiaire de la santé dans les établissements hospitaliers de Corse. D'ici dix ans, nombre d'entre eux auront atteint l'âge de la retraite, en particulier dans le secteur public où le vieillissement des effectifs est plus marqué que dans le privé. Ainsi, à l'horizon 2015, de 350 à 500 salariés du public partiront en retraite. Dans les établissements privés, les cessations d'activité liées à l'âge concerneront une soixantaine de personnes. Dans les activités hospitalières, la main d'œuvre salariée vieillit. Les départs en retraite devraient être nombreux ces prochaines années, nécessitant un renouvellement du personnel. Le vieillissement des effectifs affecte ainsi les professions intermédiaires de la santé. En Corse, cette catégorie socioprofessionnelle, composée essentiellement d'infirmiers (85%) mais aussi de sages-femmes, de techniciens médicaux et de personnels de rééducation, compte 1 700 salariés au 31 décembre 2005. Parmi eux, 44% sont âgés de 45 ans et plus. Cette proportion n'était que de 31% dix ans plus tôt.

Un vieillissement plus marqué dans le public

■ Le vieillissement est particulièrement marqué dans les établissements publics : dans ces professions, 46% des personnes sont âgées de 45 ans et plus, soit 15 points de plus qu'en 1995. En 2005, cette tranche d'âge représente ainsi quelque 600 salariés. Ces salariés sont susceptibles de prendre leur retraite d'ici 2015. En effet, à cette date, ils auront tous au moins 55 ans, ce qui correspond à l'âge légal de la retraite pour les personnels titulaires de la fonction publique hospitalière en service actif, tels les infirmiers. Cependant, tous les salariés ne prennent pas leur retraite dès 55 ans. En 2005, ils sont encore plus d'une centaine en activité. A partir de 60 ans toutefois, la quasi-totalité d'entre eux cessent leur activité. Si, dans les dix années à venir, les salariés ayant 45 ans et plus adoptent ces mêmes comportements de départs, on peut estimer qu'au maximum 500 personnes des professions intermédiaires de la fonction publique hospitalière partiront en retraite d'ici 2015 (encadré).

Ce chiffre surestime probablement la réalité dans la mesure où l'allongement de la durée de cotisations devrait différer les départs. Toutefois, toutes les personnes de plus de 50 ans devraient être parties dans dix ans, puisqu'elles auront alors dépassé 60 ans.

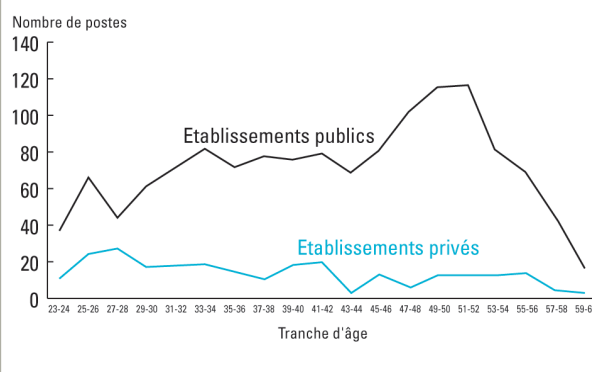
Cela concerne 350 personnes. Ce sont donc entre 350 et 500 salariés qui n'exerceront plus d'ici 2015, soit entre un quart et un tiers des effectifs actuels.

Des temps complets à remplacer

■ Dans les établissements privés, le vieillissement des professions intermédiaires de la santé est moins marqué que dans le public. La part des 45 ans et plus est nettement moins élevée (34%), même si elle a augmenté de 9 points en dix ans. Cela concerne une centaine de personnes. Toutes cependant ne devraient pas être à la retraite dans dix ans. En effet, dans les établissements privés, l'âge légal de départ à la retraite est de 60 ans. **Ainsi, d'ici 2015, seulement une soixantaine de salariés du privé aura dépassé cet âge, soit un cinquième des effectifs.** Les départs prévisibles liés à l'âge concernent quasi-exclusivement des personnes travaillant à temps complet. En effet, parmi les personnes âgées de 45 ans et plus, 93% sont à temps complet. Cette proportion est plus élevée dans le public que dans le privé : 95% contre 81%. Remplacer un départ revient donc presque toujours à remplacer un temps complet. Cette situation ne devrait pas pourtant accentuer le problème de renouvellement de main-d'œuvre dans la mesure où les jeunes salariés débutent aussi leur carrière presque toujours à temps complet. Il en est ainsi de 96% des moins de 30 ans.

Graphique n° 6
De nombreux salariés âgés de 47 à 52 ans dans le public

Les professions intermédiaires de la santé dans les activités hospitalières selon le type d'établissement en Corse au 31 décembre 2005

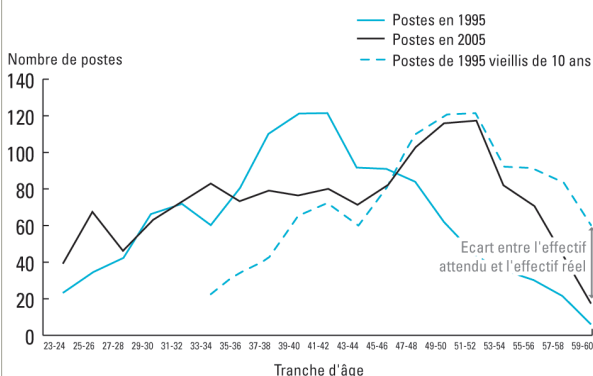


Lecture du graphique : en 1995, on comptait 120 salariés de 41 à 42 ans. Dix ans plus tard, le nombre de salariés de 51 à 52 ans est quasiment identique. L'effectif de cette génération est donc resté stable.

En 1995, dans les hôpitaux publics, 60 salariés étaient âgés de 49 à 50 ans. Dix ans plus tard, le nombre de salariés de 59 à 60 ans est inférieur à 20. Cette génération a donc perdu les deux tiers de ses effectifs au cours des dix dernières années. La comparaison de la répartition par âge des salariés en 1995 et en 2005 permet de tirer deux enseignements. A partir de 35 ans, les salariés quittent rarement la fonction publique hospitalière. En effet, l'effectif salarié qui avait entre 35 et 45 ans en 1995 est identique à celui âgé de 45 à 55 ans en 2005. Par contre, entre 55 et 60 ans, les effectifs décroissent fortement. Les effectifs de cette tranche d'âge en 2005 sont inférieurs à ceux qu'ils auraient pu être si tous les salariés qui avaient entre 45 et 50 ans en 1995 étaient encore en activité. La génération des 55-56 ans actuelle a perdu un cinquième de ses effectifs en 10 ans, la génération des 57-58 en a perdu la moitié et celle des 59-60 ans les deux tiers. Si l'on fait l'hypothèse que les comportements de départs resteront inchangés dans les dix années à venir, un cinquième des personnes ayant 45-46 ans aujourd'hui n'exerceront plus en 2015, de même que la moitié de ceux ayant 47-48 ans et les deux tiers de ceux ayant 49-50 ans. Au-delà de 60 ans, les effectifs sont très faibles, la quasi-totalité des salariés étant partis en retraite.

Graphique n° 7 - Comment estimer les départs en retraite ?

Des départs qui s'échelonnent à partir de 55 ans
 Comparaison entre les objectifs observés en 2005 et les objectifs attendus en faisant vieillir de 10 ans les salariés de 1995 dans les hôpitaux publics



Champ : les professions intermédiaires dans les activités hospitalières au 31 décembre en Corse

Source : Insee, DADS

Une mobilité plus importante dans le privé

■ Dans les établissements publics, les départs en retraite constituent l'élément essentiel de la perspective de renouvellement des effectifs. En effet, au sein de ces établissements, les emplois sont très stables. Peu de salariés ont quitté l'unité dans laquelle ils exerçaient au cours de l'année 2005. Seuls 7% des contrats se sont achevés avant la fin de l'année. Parmi eux, 29% étaient occupés par des personnes de plus de 50 ans, qui sont vraisemblablement parties en retraite. Les autres départs sont dus à des changements d'établissement (public, privé ou libéral), de région, voire de métier... A l'inverse, les établissements privés sont confrontés à une forte rotation de main-d'œuvre. En 2005, 35% des contrats se sont achevés avant le 31 décembre. Ces établissements se caractérisent par une plus forte proportion de jeunes, tranche d'âge la plus concernée par la mobilité. Néanmoins, la surreprésentation des jeunes n'explique pas à elle seule cette tendance à la mobilité, plus marquée que dans les établissements publics. En effet, la propension aux départs est plus forte quel que soit l'âge. Contrairement aux établissements publics, les départs en retraite ne représentent qu'une part très faible des départs en cours d'année. Seules 6% des personnes parties avant la fin de l'année étaient âgées de plus de 50 ans.

Méthodologie

■ Champ : professions intermédiaires de la santé dans les activités hospitalières. Les activités hospitalières : ces activités ont généralement lieu dans des établissements adaptés à des traitements pouvant être lourds et longs, rassemblant matériels et spécialistes, sous la responsabilité de médecins. On distingue deux types d'établissements. Les établissements publics regroupent les centres hospitaliers régionaux ou hôpitaux locaux. Les établissements privés réunissent des établissements du type cliniques ou centres de repos et convalescence. Ne sont pas comptabilisés en particulier les salariés des établissements pour personnes âgées ou handicapées. Source : les déclarations annuelles de données sociales (DADS), validité 2005.

Cette formalité déclarative, que doit accomplir annuellement toute entreprise employant des salariés, est destinée aux administrations sociales et fiscales. Les employeurs sont tenus de communiquer diverses informations pour tous leurs salariés (hors intérimaires).

Tableau n° 5
 Dans le privé, un contrat sur trois achevé avant la fin de l'année.
 Taux de départ* par tranche d'âge dans les professions intermédiaires de la santé en Corse en 2005

	Moins de 30 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 54 ans	55 ans et plus	% Ensemble
Taux de départ	32.2	13.0	5.6	15.2	14.0
dont : Public	15.1	7.1	3.4	14.9	7.4
Privé	54.0	31.3	18.1	16.7	34.9

*nombre de postes achevés avant la fin de l'année rapporté à l'ensemble des postes salariés au cours de l'année 2005

Lecture : en 2005, dans les établissements publics, 7,4% des postes se sont achevés avant la fin de l'année.

Source : Insee, DADS

QUELLES-SONT les principales caractéristiques des professions médicales libérales ?

Les omnipraticiens

■ En 2006, 310 omnipraticiens sont installés en Corse. Cet effectif est globalement stable dans le temps puisqu'en 2001 on dénombrait un nombre similaire d'omnipraticiens. La Corse occupe le 6^{ème} rang des régions avec une densité de 110,7 médecins omnipraticiens pour 100 000 habitants contre 99,5 en moyenne. Avec un taux de 21%, la part des femmes dans la profession apparaît moins marquée qu'au niveau national où 27% des omnipraticiens en exercice sont des femmes.

On observe néanmoins un vieillissement marqué de la profession avec un doublement des effectifs de plus de 55 ans entre 2001 et 2006, soit près de 95 praticiens. Ils représentent plus de 30% des effectifs. L'âge moyen d'un omnipraticien est de 49 ans, âge sensiblement identique à la moyenne nationale. Leur activité a progressé fortement sur la période avec une progression des honoraires de l'ordre de 34%, soit une augmentation moyenne de 6% par an. Cette évolution s'explique à la fois par les différentes revalorisations tarifaires mais également par une augmentation du volume des consultations de l'ordre de 20% sur la période 2001-2006.

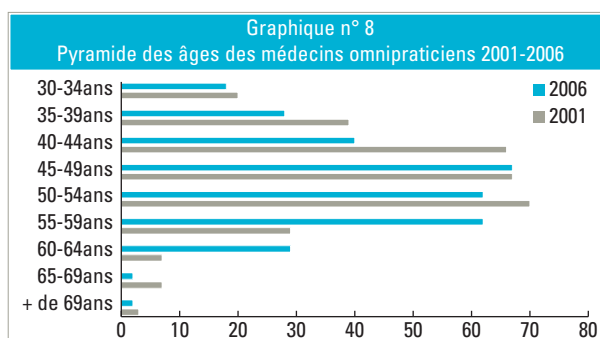
Les médecins spécialistes

■ En 2006, 280 médecins spécialistes sont installés dans la région. Les effectifs sont comme pour les omnipraticiens très stables depuis 2001. La région occupe le 5^{ème} rang des régions avec une densité de 99,9 spécialistes pour 100 000 habitants contre 87,8 médecins en moyenne. Il existe cependant de fortes disparités selon les spécialités médicales. S'agissant de la dermatologie, la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie et la psychiatrie, les densités sont légèrement inférieures aux densités moyennes nationales. Pour les autres spécialités telles que la chirurgie, l'ORL, la radiologie, la gastro-entérologie, les pathologies cardiovasculaires, l'endocrinologie et la chirurgie, la région enregistre des densités supérieures à la moyenne nationale.

On observe néanmoins un vieillissement marqué de la profession avec un doublement des effectifs de plus de 55 ans entre 2001 et 2006, soit près de 100 praticiens. L'âge moyen d'un médecin spécialiste est de 51 ans, âge sensiblement identique à la moyenne nationale. Leur activité a progressé fortement sur la période avec une progression des honoraires de l'ordre de 30%, soit une augmentation de 5% par an. Cette évolution s'explique à la fois par les différentes revalorisations tarifaires mais également par une augmentation du volume des actes de l'ordre de 13% sur 5 ans.

Les chirurgiens dentistes

■ En 2006, on dénombre 208 chirurgiens dentistes installés dans la région. Entre 2001 et 2006, les effectifs sont restés globalement stables avec une moyenne de 6 installations et 6 cessations chaque année. La région apparaît comme relativement bien dotée en chirurgiens dentistes puisqu'elle occupe le 2nd rang des régions françaises avec une densité de 74,2 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants contre 59,5 en moyenne. Cependant la stabilité des effectifs traduit également un phénomène de vieillissement. **La tranche d'âge des plus de 55 ans voit ses effectifs progresser de 60%. Les plus de 55 ans représentent désormais près de 31% des effectifs totaux, soit près de 65 praticiens.** L'activité des chirurgiens dentistes a progressé sensiblement sur la période avec une progression des honoraires de l'ordre de 49%, soit une augmentation moyenne de 8,3% par an. Cette évolution s'explique à la fois par les différentes revalorisations tarifaires mais également par une augmentation du volume des actes de l'ordre de 5,6% par an.

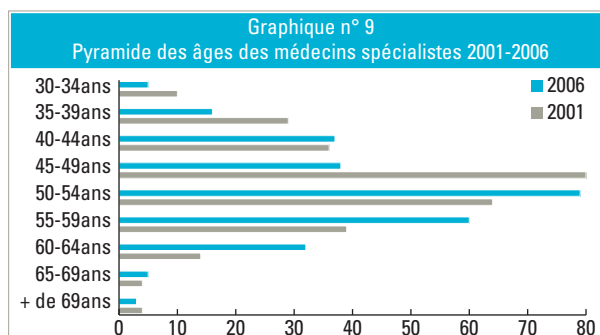


Source : URCAM

Tableau n° 6 - Honoraires des omnipraticiens 2001-2006

	Effectifs actifs l'année entière	Honoraires	Honoraires moyens Corse	Honoraires moyens France
2001	292	26 853 661 €	91 965 €	107 454 €
2006	296	36 330 528 €	122 738 €	127 137 €
% evol	1%	35%	33%	18%

Source : URCAM

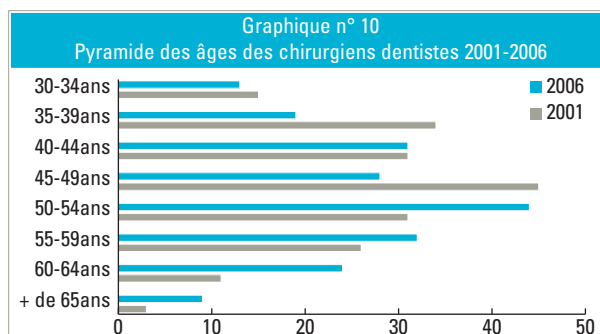


Source : URCAM

Tableau n° 7 - Honoraires des médecins spécialistes 2001-2006

	Effectifs actifs l'année entière	Honoraires	Honoraires moyens Corse	Honoraires moyens France
2001	243	46 573 792 €	191 662 €	191 292 €
2006	244	59 508 718 €	243 888 €	234 780 €
% evol	0,4%	27,8%	27,2%	22,7%

Source : URCAM



Source : URCAM

Tableau n° 8 - Honoraires des chirurgiens dentistes 2001-2006

	Effectifs actifs l'année entière	Honoraires	Honoraires moyens Corse	Honoraires moyens France
2001	198	24 102 146 €	121 728 €	174 318 €
2006	196	34 882 169 €	177 970 €	216 364 €
% evol	-1,0%	44,7%	46,2%	24,1%

Source : URCAM



QUELLES-SONT les principales caractéristiques des infirmiers libéraux ?

Source : URCAM

■ En 2006, 700 infirmiers libéraux exercent en Corse. Le nombre de ces professionnels a fortement progressé depuis 2001 (+24%).

En effet, on compte chaque année en moyenne sur la période une soixantaine d'installations contre une quarantaine de départs. Cette augmentation s'accompagne d'un vieillissement des effectifs malgré des installations de jeunes libéraux. La Corse se situe par ailleurs au 1^{er} rang des régions de par sa densité en infirmiers libéraux trois fois supérieure à la moyenne nationale. L'attractivité de l'exercice libéral est particulièrement marqué dans la région puisque 37% des infirmiers ont opté pour le libéral contre 15% nationalement.

Un vieillissement inéluctable

■ Malgré ces nouvelles installations, ces professionnels vieillissent. Le nombre de libéraux âgés de 50 ans et plus a été multiplié par 2 entre 2001 et 2006. Désormais, cette tranche d'âge concentre 29% des infirmiers contre 19% cinq ans plus tôt. Ce vieillissement devrait s'accroître dans les années à venir. En effet, les 40-49 ans représentent 40% des libéraux en 2006. Or, la plupart d'entre eux devraient être encore en exercice dans dix ans. En effet, entre 40 et 59 ans, les cessations d'activité sont limitées. En 2006, 5% des libéraux de 40 à 59 ans ont cessé leur activité dans un des deux départements insulaires. De plus, chaque année, les installations sont supérieures aux cessations d'activité. Par ailleurs, en raison du départ en retraite plus tardif des infirmiers (allongement de la durée de cotisation), le nombre de personnes exerçant au-delà de 60 ans devrait continuer à augmenter. En 2006, cela concerne une trentaine de personnes, soit 4% des infirmiers libéraux, contre une vingtaine en 2001.

Stabilité du nombre de jeunes

■ Parallèlement, le nombre d'infirmiers de moins de 40 ans reste stable entre 2001 et 2006. Le nombre total de libéraux augmentant, cette tranche d'âge ne représente plus que 30% des libéraux en 2006 contre 38% en 2001. Néanmoins, chez les moins de 40 ans, les installations sont plus nombreuses que les cessations d'activité. Entre 2001 et 2005, on comptait chaque année entre 30 et 40 installations de jeunes contre une quinzaine de cessations. L'année 2006 se caractérise par une augmentation sensible du nombre d'installations : 55. Ceci s'explique en partie par un changement des conditions d'exercice en secteur libéral. En effet, après obtention du diplôme l'autorisation d'exercer en libéral est conditionnée à une expérience obligatoire en établissement de santé. Depuis le 1^{er} janvier 2006, celle-ci doit durer au minimum 24 mois contre 36 auparavant.

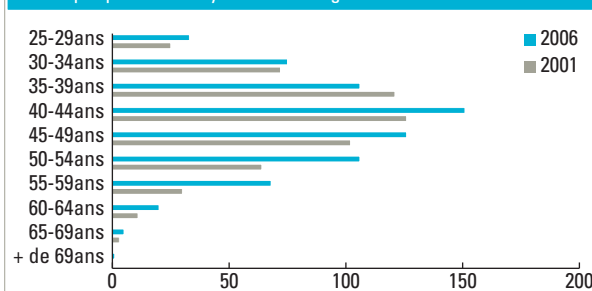
Une progression de l'activité

■ Sur la période 2001-2006, l'activité des infirmiers libéraux a augmenté fortement. Les honoraires des infirmiers actifs en année pleine ont progressé de 52%, soit une augmentation de près de 9% par an. Cette évolution s'explique à la fois par les différentes revalorisations tarifaires mais également par une augmentation des volumes des actes de toilettes et nursing de l'ordre de 10% par an. Les honoraires moyens par infirmier actif en année pleine sont supérieurs de près de 20% à la moyenne nationale.

Une densité élevée

■ En 2006, la densité moyenne s'élève à 248 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants contre 212 cinq ans plus tôt. La Corse se positionne ainsi au 1^{er} rang des régions françaises, avec une densité moyenne trois fois supérieure au niveau national. Par ailleurs, le nombre d'installations reste largement supérieur au nombre de cessations d'activité. Pour autant la répartition infra régionale reste inégale. Face à cette offre libérale importante, la région apparaît comme sous dotée en équipements d'accueil pour personnes âgées même si la tendance actuelle est plutôt au rattrapage du déficit de places notamment en Corse-du-Sud.

Graphique n° 11 - Pyramide des âges des infirmiers 2001-2006



Source : URCAM

Tableau n° 9 - Installations et cessations 2001-2006

Année	Nouvelles installations	Cessations d'activité	Solde entrée/sortie
2001	57	41	16
2002	54	44	10
2003	53	31	22
2004	52	32	20
2005	68	32	36
2006	88	44	44
Total	372	224	148

Source : URCAM

Définition

■ Les cessations correspondent soit à un changement de département d'exercice soit à un retour vers le secteur salarié ou encore à une fin d'exercice du métier.

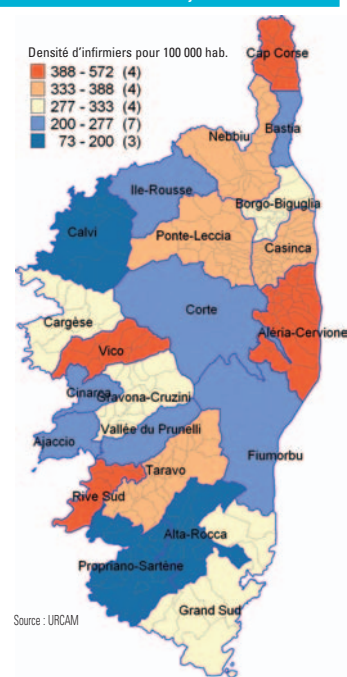
Celles-ci concernent également les cessations temporaires.

Tableau n° 10 - Honoraires des infirmiers libéraux 2001-2006

	Effectifs actifs l'année entière	Honoraires	Honoraires moyens Corse	Honoraires moyens France
2001	519	33 308 884 €	64 179 €	53 515 €
2006	622	50 658 232 €	81 444 €	69 808 €
% evol	20%	52%	27%	30%

Source : URCAM

Carte n° 1 - Densité d'infirmiers libéraux au 1^{er} janvier 2007





QUELLES-SONT les principales caractéristiques des masseurs kinésithérapeutes libéraux ?

Source : URCAM

En 2006, 318 masseurs kinésithérapeutes exercent en Corse. Le nombre de professionnels a fortement progressé depuis 2001. Cette augmentation s'accompagne d'un vieillissement des effectifs malgré des installations de jeunes libéraux. La Corse se situe par ailleurs au 2^{ème} rang des régions de par sa densité en masseurs kinésithérapeutes libéraux 1,5 fois supérieure à la moyenne nationale. Comme au niveau national, la très grande majorité des masseurs kinésithérapeutes installés en Corse sont libéraux (88,5% de libéraux et seulement 11,5% de salariés).

Un vieillissement inéluctable

Sur la période 2001-2006, le nombre de masseurs kinésithérapeutes installés en Corse est passé de 260 à 315, soit une augmentation de 21%. En effet, on compte chaque année en moyenne sur la période une trentaine d'installations contre une vingtaine de départs. Malgré ces nouvelles installations, ces professionnels vieillissent. Le nombre de libéraux âgés de 50 ans et plus a progressé de près de 40% entre 2001 et 2006. Désormais, cette tranche d'âge concentre 30% des effectifs contre 25% cinq ans plus tôt. Ce vieillissement devrait s'accroître dans les années à venir. En effet, les 40-49 ans représentent 26% des libéraux en 2006. Or, la plupart d'entre eux devraient être encore en exercice dans dix ans. En effet, entre 40 et 59 ans, les cessations d'activité sont limitées. En 2006, 4% des libéraux de 40 à 59 ans ont cessé leur activité dans un des deux départements insulaires. De plus, ces départs sont entièrement compensés par des installations. Par ailleurs, en raison de l'allongement de la durée de cotisation, le nombre de personnes exerçant au-delà de 60 ans devrait continuer à augmenter. En 2006, cela concerne une trentaine de personnes, soit 8% des masseurs kinésithérapeutes, contre une dizaine en 2001.

Une légère progression du nombre de jeunes

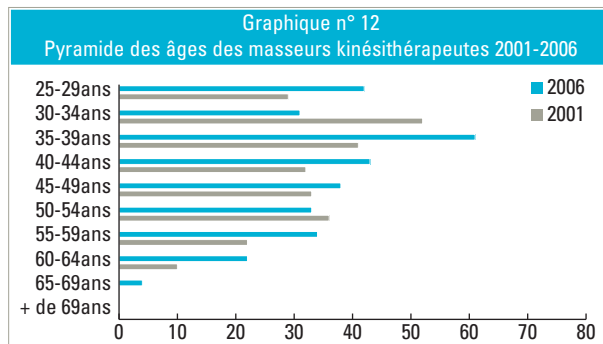
Parallèlement, le nombre de masseurs kinésithérapeutes de moins de 40 ans augmente de 11% entre 2001 et 2006, soit une quinzaine de nouveaux professionnels. Mais le nombre total de libéraux augmentant, cette tranche d'âge ne représente plus en 2006 que 44% des libéraux contre 48% en 2001. Néanmoins, chez les moins de 40 ans, les installations sont plus nombreuses que les cessations d'activité.

Une progression de l'activité

Entre 2001 et 2006, l'activité des masseurs kinésithérapeutes a enregistré une forte progression. Les honoraires des professionnels actifs en année pleine ont progressé de 48%, soit une augmentation de 8% par an. Cette évolution est expliquée par les revalorisations tarifaires mais également par une augmentation très marquée des volumes d'actes de kinésithérapie ostéo-articulaire. Les honoraires moyens par masseur kinésithérapeute actif l'année entière ont progressé de 4% par an. Ils sont supérieurs aux honoraires moyens observés en France Métropolitaine de près de 30%.

Une densité élevée

L'accroissement du nombre de libéraux depuis 2001 a été de l'ordre de 21%. En 2006, la densité moyenne s'élève à 114 masseurs kinésithérapeutes pour 100 000 habitants contre 99 cinq ans plus tôt. La Corse se positionne ainsi au 2^{ème} rang des régions françaises, avec une densité moyenne 1,5 fois supérieure au niveau national. Pour autant la répartition infra régionale reste inégale. Les zones de recours les moins bien dotées en masseurs kinésithérapeutes sont les zones de Vico, Corte, Ponte Leccia et le Cap Corse.



Source : URCAM

Tableau n° 11 - Installations et cessations 2001-2006

Année	Nouvelles installations	Cessations d'activité	Solde entrée/sortie
2001	35	26	9
2002	29	19	10
2003	23	18	5
2004	34	14	20
2005	31	25	6
2006	31	28	13
Total	183	122	61

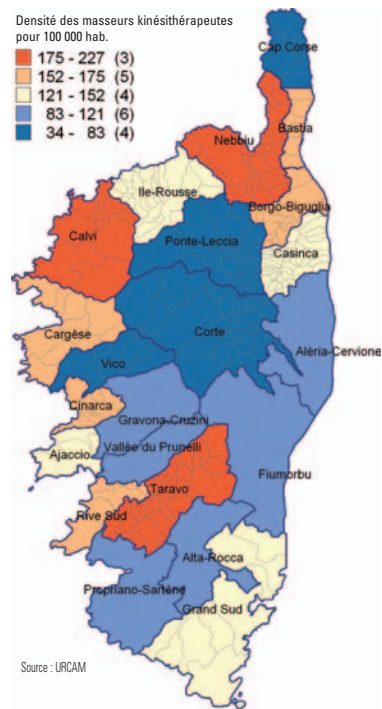
Source : URCAM

Tableau n° 12 - Honoraires masseurs kinésithérapeutes 2001-2006

Année	Effectifs actifs l'année entière	Honoraires	Honoraires moyens Corse	Honoraires moyens France
2001	248	18 821 199 €	75 891 €	53 735 €
2006	302	27 903 104 €	92 394 €	72 413 €
% evol	22%	48%	22%	14%

Source : URCAM

Carte n° 2 - Densité des masseurs kinésithérapeutes au 1^{er} janvier 2007



Source : URCAM

QUELLES-SONT les formations qui conduisent aux métiers de la santé en Corse ?

350 étudiants préparent le diplôme d'Etat d'infirmier (tableau n°13)

■ Dans le secteur de la santé, la formation d'infirmier est ainsi l'une de celles qui offre le plus de perspectives d'emplois. Cette formation est assurée par les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). En 2007, ce sont quelque 350 étudiants qui sont scolarisés dans l'un des deux IFSI de Corse, dont environ 120 en dernière année. Les flux d'entrées sont régulés par des quotas établis conjointement par l'Etat et la Région. Pour la Corse, en 2007, le quota annuel était de 60 places par département. L'intégration à la formation, qui dure trois ans, est subordonnée à la réussite au concours d'entrée.

Ce dernier nécessite le plus souvent une préparation. Les élèves ont des origines diverses. Il peut s'agir de nouveaux bacheliers issus d'un baccalauréat généraliste ou spécialisé tel que le "Bac GT sciences et technologies de la santé et du social". Cette formation s'adresse également à des personnes plus âgées tels que des demandeurs d'emploi recherchant une reconversion ou des actifs.

Ceux-ci peuvent avoir une activité hors santé ou exercer dans le secteur hospitalier et viser une promotion professionnelle. Ainsi, 20% des places au concours sont réservées aux aides-soignants. Cette mixité des publics explique l'âge relativement élevé d'une partie de ces nouveaux diplômés. Ainsi, parmi les 105 diplômés que compte la promotion de 2007, 35% ont entre 27 et 36 ans et 20% ont plus de 36 ans.

Des parcours de formation à construire

■ Après l'obtention de leur diplôme, les infirmiers diplômés d'Etat accèdent rapidement à un emploi.

Ils intègrent alors principalement les structures de l'hospitalisation publique. Depuis 2006, après deux années d'expérience professionnelle (contre trois précédemment) certains peuvent choisir d'exercer en libéral. Ensuite, sous condition d'ancienneté, les infirmiers peuvent entreprendre des formations spécialisées telles que infirmier de bloc opératoire ou infirmier anesthésiste.

Ces formations ne sont assurées que sur le continent. En revanche, les prétendants au poste d'infirmier cadre peuvent poursuivre leur scolarité en Corse. L'école des cadres dispose d'environ 10 places par an. Outre les infirmiers, les IFSI forment également des aides-soignants. En Corse, cela concernait jusqu'en 2007, environ 80 personnes par an. En 2008, pour tenir compte de l'accroissement des besoins, la capacité est étendue à 100 élèves.

L'ouverture vers les professions médicales (tableau n°14)

■ Depuis peu, l'Université de Corse s'est doté d'un département "Santé" qui comprend la première année du premier cycle d'études médicales. Ainsi, depuis l'ouverture de cette section environ 130 étudiants préparent le concours de première année d'études médicales, odontologistes et sages-femmes. Les lauréats du concours poursuivent ensuite leurs études dans une des universités de Paris, Nice ou Marseille.

A partir de la rentrée prochaine, la réforme attendue des études médicales devrait s'appliquer comme au niveau national. Cette réforme crée un programme commun à toutes les filières de médecine, odontologie, pharmacie et sage-femme.

Elle permet également l'alignement au système LMD (licence-master-doctorat) déjà en vigueur dans les autres disciplines universitaires.

Tableau n° 13 - IFSI : 413 personnes en formation initiale en 2007

	Effectif total	Dont dernière année	Dont filles
Diplôme d'Etat d'aide soignant			
IFSI Ajaccio	37	37	78%
IFSI Bastia	28	28	100%
Diplôme d'Etat d'infirmier			
IFSI Ajaccio	177	61	73%
IFSI Bastia	171	53	83%

Source : OREF

Parallèlement, certaines formations visant des métiers moins représentés dans l'emploi régional n'existent pas encore.

C'est le cas des formations de kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, audioprothésiste ou manipulateur d'électrographie médicale. Pourtant, le développement des soins de santé et le remplacement des départs en retraite constituent aussi des enjeux importants et parfois localisés pour ces métiers.

Des viviers de recrutement qui s'élargissent

■ Toutefois, intégrer un IFSI, n'est pas la seule façon d'accéder au métier d'aide-soignant ou d'infirmier. Les certifications d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture peuvent être obtenues par la validation des acquis de l'expérience (VAE). La profession d'infirmier devrait connaître prochainement la même évolution.

Autre évolution récente, des sections d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture peuvent désormais être ouvertes en lycées professionnels. Ainsi, les viviers de recrutement s'élargissent et l'on crée des débouchés pour les sortants de CAP et BEP des filières sanitaires et sociales.

Tableau n° 14 - Université de Corse : 160 jeunes en formation initiale à la rentrée 2007

	Effectif total	Dont dernière année	Dont filles
Premier cycle d'école de médecine			
1 ^{ère} année	129	-	67%
DEUST			
Analyse des Milieux Biologiques	31	31	58%

Source : OREF



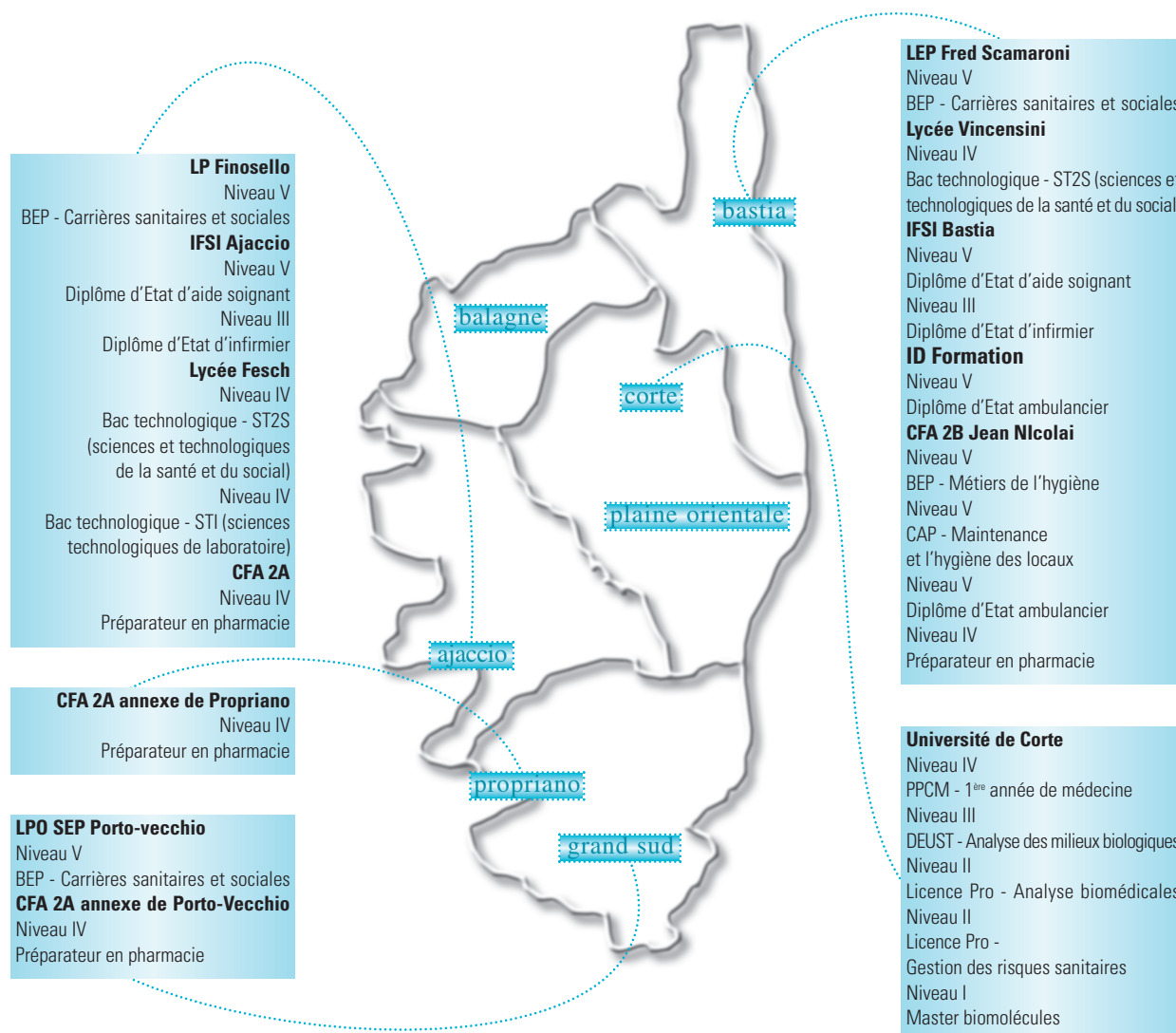


QUELLES-SONT les formations qui conduisent aux métiers de la santé en Corse ?

Le contexte institutionnel

■ Les compétences des régions en matière de formation professionnelle, notamment dans les domaines de la santé et de l'action sociale, ont été renforcées depuis la loi n° 2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et aux collectivités locales. Dans le domaine de la santé en particulier, la région est désormais amenée à répartir les quotas et capacités d'accueil entre les établissements régionaux de formations paramédicales, ainsi qu'à autoriser leur création et à donner l'agrément à leurs directeurs. L'Etat conserve ses prérogatives en matière de validation des quotas, préside à la création, à l'organisation, ainsi qu'à la délivrance des diplômes. Dix-sept métiers de la santé sont concernés par le transfert Etat-Région : infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, opticiens-lunetiers, ambulanciers, audioprothésistes, diététiciens, manipulateurs d'électrographie médicale, sages-femmes, préparateurs en pharmacie hospitalière, technicien de laboratoire d'analyses médicales, cadres de santé. Pour conduire son action dans un environnement complexe, où différents acteurs interviennent (notamment l'Etat, les départements, les caisses d'assurances maladies...), la Collectivité Territoriale de Corse s'est dotée d'un cadre : le schéma régional des formations sanitaires et sociales 2008-2013. Dans le secteur de la santé, ce schéma s'attache à saisir les enjeux marquants (vieillesse de la population, prise en charge des patients à domicile, émergence de réseaux de santé, délégation et transferts des tâches...) et leurs incidences en matière d'emplois, de compétences et de formation (départs en retraite, élévation des compétences, croissance d'activité).

Carte n° 3 - L'offre régionale de formation initiale technologique ou professionnelle 2008-2009



Dans un nombre croissant de territoires, l'accès à un médecin, un dentiste, un infirmier ou un masseur kinésithérapeute devient de plus en plus difficile. L'accroissement des disparités d'accès aux soins, essentiellement liées à une inégale répartition territoriale de l'offre de soins, est aggravé par la pénurie annoncée de médecins résultant d'une gestion très restrictive des *numerus clausus* dans les années 80-90. Face au vieillissement des professionnels de santé et aux difficultés de remplacement des départs en zones rurales, l'heure est aujourd'hui à la réflexion pour garantir un égal accès aux soins. Les pistes de travail sont celles d'un meilleur pilotage et une restructuration de l'offre de soins.

Vers un renforcement des outils de pilotage de l'offre de soins

■ Vers un regroupement des aides à l'installation et au maintien : La multiplication des dispositifs d'aides de l'Etat, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales et des politiques d'aménagement de l'offre de soins engendre une désorganisation nuisant à leur efficacité. Essentiellement basées sur des incitations financières, les aides sont peu connues et peu utilisées. Aujourd'hui, il devient nécessaire de mettre en cohérence les aides publiques à l'installation ou au maintien des professionnels de santé en les rendant plus lisibles. La piste privilégiée serait d'intégrer toutes les aides existantes, y compris celles des collectivités territoriales, dans un même outil d'organisation et de coopération et de mettre en place un guichet unique pour leur promotion auprès des professionnels de santé.

■ Vers une redéfinition des zones déficitaires : Le système actuel des politiques d'aides à l'installation repose sur des zonages territoriaux qui identifient les zones déficitaires ou excédentaires en offre de soins. Les critères sur lesquels ont été délimitées ces zones sont remis en question et font l'objet de réflexions pour être diversifiés et tendre ainsi vers un zonage plus optimal.

■ Vers un encadrement de la liberté d'installation : Le principe de liberté d'installation des professionnels de santé libéraux vient complexifier le pilotage et la régulation de la répartition territoriale de l'offre de soins. L'encadrement de la liberté d'installation par des mesures incitatives et désincitatives est un moyen de régulation. Les infirmiers libéraux sont les premiers concernés par des mesures effectives sur la régulation de la démographie (encart avenant 1).

Vers une meilleure structuration de l'offre de soins

Le vieillissement de la population et la forte prévalence des maladies chroniques laissent augurer une augmentation de la demande de soins dans un contexte de réduction du nombre de médecins.

Les pistes envisagées reposent sur un assouplissement des statuts d'exercice de la médecine en vue de favoriser la pluriactivité des praticiens mais également sur davantage de coopérations entre les professionnels de santé. Cette dernière implique une offre de formations et des rémunérations attractives, une redéfinition des champs de compétences, afin de décharger les médecins de certaines tâches, notamment administratives, qui ne relèvent pas de leur cœur de métier afin de dégager du temps à l'exercice d'autres fonctions (ex : maître de stage). La coopération s'envisage également sous l'angle de structures favorisant ce mode d'exercice. Les réseaux de santé ou l'hospitalisation à domicile sont des exemples de développement de coopérations ville/hôpital. Les maisons de santé pluridisciplinaires ou l'exercice regroupé sont des alternatives pour consolider l'offre de soins et lutter contre l'isolement des professionnels.

L'avenant 1 à la convention des infirmiers libéraux

Un premier exemple de régulation de la démographie par des mesures incitatives et désincitatives.

Les bases du principe de rééquilibrage régional de l'offre de soins infirmiers sont inscrites dans l'avenant 1 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et les Caisses d'Assurance Maladie. Cet avenant porte principalement sur la préservation et l'amélioration de l'accès aux soins infirmiers sur l'ensemble du territoire. Pour pouvoir rééquilibrer la répartition géographique des infirmières, différentes mesures sont mises en œuvre, selon la densité de la zone géographique, après classement des zones par les Missions Régionales de Santé :

■ En zone "sur dotée" : l'installation n'est possible que si une autre infirmière cesse son activité définitivement dans la zone ; la mise en place de ce dispositif est corrélée à une régulation parallèle de l'offre de soins infirmiers en Services de Soins infirmiers à Domicile ;

■ En zone "très sous-dotée" : un "contrat santé solidarité" est créé, permettant de favoriser et maintenir l'installation. Ce contrat permettra à l'infirmière libérale installée de prétendre au versement d'une indemnité forfaitaire annuelle de 3 000 et de voir ses cotisations sociales allocations familiales prises en charge intégralement par les caisses d'assurance maladie.

Vers une adaptation des formations médicales et paramédicales aux besoins de santé des territoires

L'aménagement de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire passe par une meilleure adaptation des capacités de formation aux besoins de santé des territoires. Les stratégies envisagées consisteraient à :

■ Développer les dispositifs proposant aux étudiants des bourses d'études assorties d'engagements d'exercice dans des zones sous dotées et les élargir aux étudiants en début de formation ;

■ Inciter les professionnels de santé à accueillir des stagiaires prioritairement dans les zones fragiles ;

■ Enrichir la formation des acteurs de santé de façon à mieux les préparer à la coopération entre professionnels, à la relation et au dialogue avec les patients, ainsi qu'aux missions de santé publique qu'ils auront à exercer ;

■ Réorganiser les formations médicales et paramédicales selon le modèle LMD (licence-master- doctorat) afin de créer des passerelles permettant à la fois :

- aux étudiants qui échouent en première année d'études médicales, de se réorienter dans des formations paramédicales ou des études scientifiques - aux professionnels paramédicaux et à certains étudiants en sciences, d'intégrer par une voie parallèle les études de médecine.

D'ores et déjà, les régions sont compétentes pour organiser les formations paramédicales dans la limite de quotas de formation fixés par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS/DSS). Dans les mois à venir, à travers la mise en œuvre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire, les collectivités territoriales, les futures Agences Régionales de Santé et les conférences régionales de santé seront amenées à s'associer plus étroitement autour de l'organisation de la formation aux professionnels de santé fondée sur une évaluation des besoins de soins.



Réalisation :
Sylvie d'ORNANO - OREF
Santa OTTAVI - URCAM
Valérie TORRE - INSEE
Olivier MOSCONI - SEPES-DRTEFP
Cédric BASTELICA - DSS
Secrétariat :
Christelle PIANARO FANCELLU - OREF

OREF de Corse
Immeuble Les Lauriers - Résidence Castel Vecchio
Rue du 1^{er} Bataillon de Choc - 20000 Ajaccio
Tél. 04 95 22 34 35 - Fax 04 95 23 05 93
oref.corse@wanadoo.fr
www.fiore-corse.net