

Comme pour les médecins, la DREES réalise à intervalles réguliers des projections des effectifs des principales autres professions de santé. Les plus récentes concernent les masseurs-kinésithérapeutes (2016), les sages-femmes (en 2012) et les infirmiers (en 2011). Les projections des effectifs de chirurgiens-dentistes et de pharmaciens datent de 2007 et 2005 respectivement, elles feront l'objet d'une actualisation au cours des prochaines années.

Cette fiche présente la synthèse de ces différents exercices, dans l'ordre ante-chronologique de leur réalisation par la DREES. Certaines hypothèses sous-jacentes au scénario central de chacune de ces projections, comme l'évolution du *numerus clausus* (ou des quotas) ou des comportements de départ à la retraite, ne sont plus forcément vérifiées aujourd'hui. Sont donc plutôt présentées les « variantes » réalisées qui reposent sur les hypothèses les moins éloignées de la réalité actuelle. Elles sont ensuite rapprochées des projections de population les plus récentes réalisées par l'INSEE (Blanpain et Chardon, 2010), afin d'apprécier également les évolutions à venir de la densité de ces professionnels sur le territoire.

Une évolution dynamique des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes

La DREES a mis à jour en 2016 le modèle de projection des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes (Rochut *et al.*, à paraître). Il simule leurs effectifs de 2014 à 2030, sous l'hypothèse de comportements constants. Il intègre également les flux d'installation des nouveaux praticiens diplômés à l'étranger, stabilisés à environ 1 130 par an au cours de toute la période de projection, soit un niveau comparable à celui observé actuellement (voir la fiche 5). Sous ces hypothèses, le modèle prévoit une augmentation régulière des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes de 2014 à 2030, de l'ordre de 2,3 % par an. La France comptabiliserait environ 114 000 masseurs-kinésithérapeutes en activité en 2030, soit 43 % de plus qu'en 2014 (graphique 1.a). Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité serait de

162 pour 100 000 habitants en 2030, en hausse par rapport à 2014 (121 pour 100 000 habitants) [graphique 1.b]. En revanche le nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants de 70 ans ou plus serait en légère baisse (de 964 en 2014 à 952 en 2030).

Le nombre important de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en France mais ayant obtenu leur diplôme à l'étranger explique en partie le fort dynamisme des effectifs de professionnels. Une variante dans laquelle aucune nouvelle autorisation d'exercice n'est délivrée aux masseurs-kinésithérapeutes ayant eu leur diplôme à l'étranger a été simulée. Dans ce cas de figure, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes s'établiraient à 98 000 en 2030, soit 14 % de moins que selon le scénario tendanciel à la même date. Néanmoins, ces effectifs resteraient largement supérieurs à ceux de 2014 (+23 %).

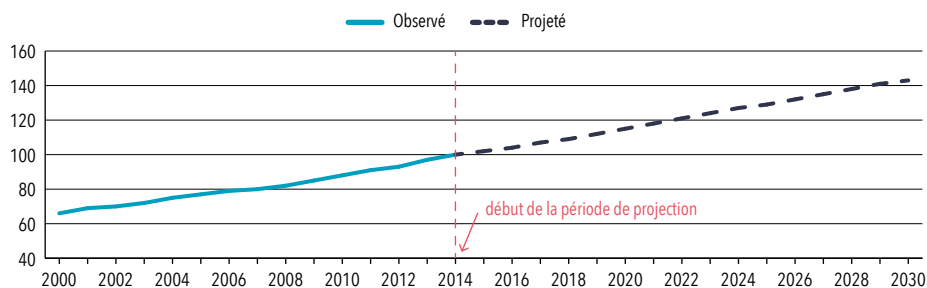
Les quotas ayant quasiment doublé pour cette profession depuis le début des années 2000 (voir la fiche 11), le modèle prévoit plusieurs variantes sur l'évolution future de ces quotas. Une variante à la baisse pour revenir en 2020 à un niveau semblable à celui du début des années 2000 (1 500) aboutirait à une augmentation des effectifs plus modérée (de 1,48 % par an), alors que ces derniers augmenteraient nettement plus fortement si les quotas remontaient au-delà de 4 000 (3 % par an). Finalement, quel que soit le scénario simulé, l'évolution des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes sera très dynamique sur les quinze prochaines années au moins, après la hausse importante des dernières années (+3 % par an entre 1999 et 2014) [voir la fiche 2].

Les effectifs de sages-femmes...

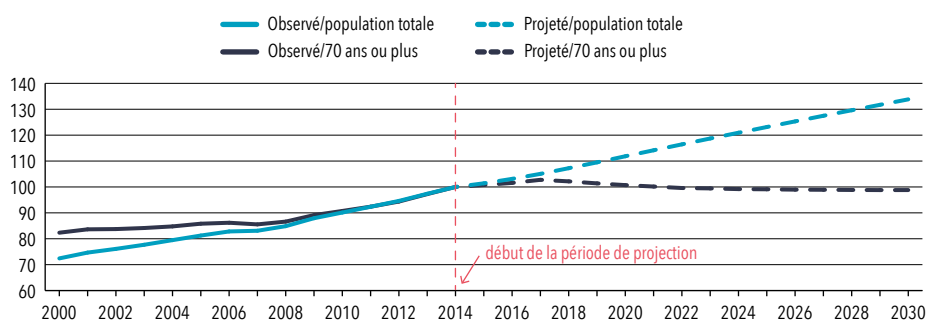
Les projections des effectifs de sages-femmes ont été mises à jour récemment par la DREES (Cavillon, 2012). Elles prévoient qu'en maintenant constants les comportements des sages-femmes et en l'absence de nouvelle décision des pouvoirs publics (scénario tendanciel) [encadré], le nombre de sages-femmes en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en

Graphiques 1 Projection des effectifs et de la densité de masseurs-kinésithérapeutes

1.a • Projection des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes, base 100 en 2014



1.b • Projection de la densité de masseurs-kinésithérapeutes par rapport à la population totale et aux personnes âgées de 70 ans ou plus, base 100 en 2014



Note > La projection retenue ici correspond au scénario tendanciel.

Champ > France entière.

Sources > Adeli pour l'observé ; calculs DREES ; projections de population INSEE.

Encadré Le principe des modèles de projection de la DREES

La méthode des projections des effectifs des professionnels de santé autres que médecins régulièrement réalisées par la DREES repose sur le même principe que celui adopté pour les médecins (fiche 19). Le scénario tendanciel simulé repose sur l'hypothèse de comportements constants, à savoir que les comportements des professionnels observés dans un passé récent (délai à l'installation après le diplôme, choix du mode d'exercice, transitions en cours de carrière, départ à la retraite...) et les mesures de régulation des pouvoirs publics (fixation du *numerus clausus* ou des quotas principalement) resteraient inchangés au cours de l'ensemble de la période de projection. L'hypothèse de la constance des comportements n'est évidemment pas forcément la plus probable, mais elle permet d'apprécier l'ampleur des inflexions nécessaires pour obtenir des évolutions différentes de celles tracées dans le scénario de référence. D'autres scénarios sont également simulés sous forme de variantes, qui ne diffèrent du scénario tendanciel que par une hypothèse. Chaque variante permet ainsi d'isoler l'effet d'un changement de comportement des professionnels ou d'une mesure d'ajustement prise par les pouvoirs publics, et de l'évaluer. Ces variantes offrent par exemple la possibilité d'apprécier l'effet d'une hausse (ou baisse) du *numerus clausus* ou des quotas, d'une réforme des retraites, etc.

...

Les réformes à intégrer pour mieux tenir compte du contexte actuel

Les résultats de ces projections de professionnels de santé doivent être appréciés aujourd'hui en tenant compte du contexte actuel, qui est parfois très différent de celui prévalant au moment de leur réalisation par la DREES.

Tout d'abord, les *numerus clausus* et quotas actuels de ces différentes professions peuvent s'écarter des hypothèses fixées à l'époque par les scénarios tendanciels. Pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens en particulier, les *numerus clausus* ont été significativement relevés depuis l'année de début de projection (de 977 à 1 200 pour les premiers, et de 2 800 à 3 100 pour les seconds). Pour ces praticiens, les variantes modélisant des hausses équivalentes du *numerus clausus* doivent ainsi être privilégiées aujourd'hui pour l'analyse.

Ensuite, les récentes réformes des retraites, en particulier celle de 2010, ont mécaniquement une incidence sur les comportements de cessation d'activité de tous les professionnels de santé. La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit en effet un décalage progressif de l'âge légal minimum de départ à la retraite ainsi que de l'âge légal de la retraite à taux plein. Elle concerne l'ensemble des régimes de retraite. Ainsi, l'âge légal minimum doit passer de 60 à 62 ans en 2017 et l'âge de la retraite à taux plein de 65 à 67 ans en 2022. Cette réforme a été intégrée en variante dans les modèles de projection des effectifs d'infirmiers et de sages-femmes. Elle n'est en revanche pas prise en compte dans les scénarios modélisés pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens.

D'autres réformes ont touché plus spécifiquement les personnels soignants de l'hôpital public, comme la réforme statutaire de 2010 qui a de fortes retombées pour les infirmiers de ce secteur. Le décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière précise ainsi que depuis 2012, tous les infirmiers nouvellement diplômés sont en catégorie A « sédentaire » au regard du droit des pensions et, de ce fait, ne peuvent plus liquider leur retraite avant l'âge de 60 ans (62 ans au terme de la montée en charge de la réforme de 2010) [contre 55 ans auparavant et 57 ans après la réforme de 2010]. Les infirmiers déjà en exercice à cette date pouvaient soit poursuivre leur carrière en catégorie active (classée comme telle en raison de risques particuliers ou de fatigues exceptionnelles) et prétendre à un départ à la retraite à partir de 55 ans (57 ans après la réforme de 2010), soit intégrer la catégorie A sédentaire avec une durée de carrière prolongée, sur une nouvelle grille de rémunération plus intéressante. Cette réforme est elle aussi proposée en tant que variante dans le modèle de projection des effectifs d'infirmiers.

En quelques années, ces dernières réformes ont ainsi profondément bousculé la structure d'âge de certaines professions. Le poids des plus de 55 ans parmi les infirmiers actifs est notamment passé de 12 % en 2008 à 22 % en 2015 (tableau ci-dessous). Celui des plus de 60 ans s'est également significativement accru, quoique dans une moindre mesure, chez les chirurgiens-dentistes (pour lesquels le développement du cumul emploi-retraite a également joué) [*supra*], ainsi que chez les masseurs-kinésithérapeutes.

Poids des plus de 60 ans (55 ans pour les infirmiers) parmi l'ensemble des actifs

En %

	2008	2015
Part des plus de 60 ans parmi les actifs		
Chirurgiens-dentistes*	12,0	16,3
Pharmaciens*	8,6	10,4
Sages-femmes*	5,4	3,9
Masseurs-kinésithérapeutes	8,9	11,7
Part des plus de 55 ans parmi les actifs		
Infirmiers	12,1	21,8

* La rupture de source pour ces professions (Adeli en 2008, RPPS en 2015) invite à la prudence dans la comparaison des chiffres entre les deux dates, la source Adeli ayant notamment tendance à surestimer quelque peu les praticiens plus âgés (voir fiche 2).

Champ > France entière.

Source > Adeli (2008 pour l'ensemble des professions et 2015 pour les masseurs-kinésithérapeutes) et RPPS (2015 pour les chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes).

2030, mais à un rythme légèrement moins soutenu. Un scénario simulant l'effet de la réforme des retraites de 2010 (encadré) permet de mieux appréhender le contexte actuel. Cette réforme augmente à terme le nombre de sages-femmes en activité en 2030, par rapport au scénario central : selon cette variante, les effectifs de sages-femmes devraient croître de près de 2 % par an en moyenne sur l'horizon de projection (2011-2030) [graphique 2.a].

La densité de sages-femmes, c'est-à-dire les effectifs rapportés à la population des femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans), croîtrait également dans les mêmes proportions (graphique 2.b). L'évolution des effectifs observés depuis 2011 grâce au RPPS (voir

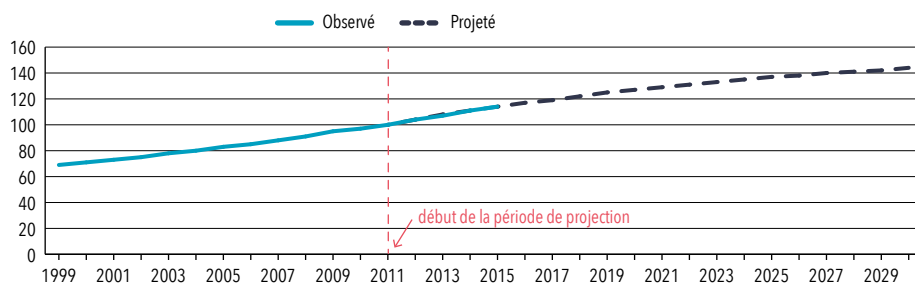
la fiche 2) confirme bien pour l'instant ces résultats. L'essor déjà amorcé de l'exercice libéral se confirmerait : en 2030, une sage-femme sur trois exercerait sous cette forme (contre un quart actuellement).

...et d'infirmiers augmenteront d'ici à 2030

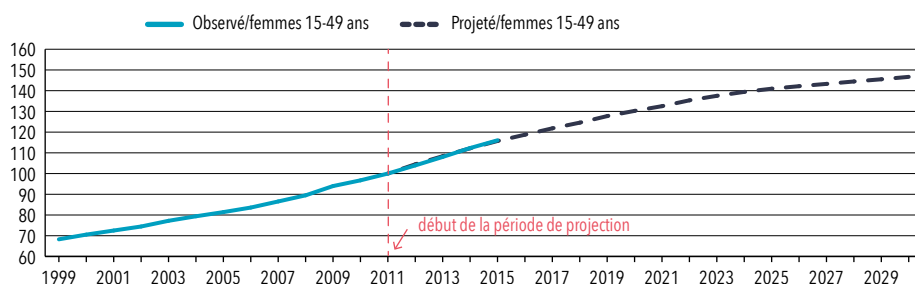
Les dernières projections des effectifs d'infirmiers ont été réalisées par la DREES en 2011 (Barlet et Cavillon, 2011). Sous l'hypothèse de maintien des comportements des infirmiers et des décisions des pouvoirs publics identiques à ceux observés en 2010 (en particulier en matière de fixation des quotas, voir la fiche 11), le scénario tendanciel (encadré) indique une poursuite de la hausse du nombre d'infirmiers

Graphiques 2 Projection des effectifs et de la densité de sages-femmes

2.a • Projection des effectifs de sages-femmes, base 100 en 2011



2.b • Projection de la densité de sages-femmes par rapport à la population de femmes de 15 à 49 ans, base 100 en 2011



Notes > La projection retenue ici correspond à la variante simulant la réforme des retraites de 2010. L'hypothèse d'évolution du *numerus clausus* reste celle du scénario central (maintien à son niveau de 2011). La rupture de série entre 2010 et 2011 pour les effectifs observés, liée au changement de source Adeli-RPPS, est ici neutralisée par souci de lisibilité. Le taux d'évolution 2010-2011 correspondant est interpolé en moyennant les taux d'évolution adjacents, 2009-2010 et 2011-2012.

Champ > France entière.

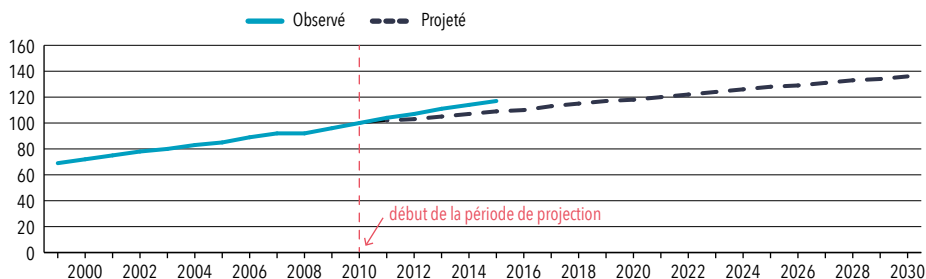
Sources > Adeli (jusqu'en 2010) et RPPS (à partir de 2011) pour l'observé ; calculs DREES ; projections de population INSEE.

en activité jusqu'en 2030, à un rythme moyen de +1,2 % par an. Il indique également que la répartition des infirmiers par mode d'exercice serait assez peu modifiée, l'hôpital public restant le cadre d'exercice le plus fréquent : environ 50 % des infirmiers continueraient d'y exercer. L'âge moyen des infirmiers en activité resterait relativement stable sur l'ensemble de la période de projection (autour de 40 ans). Enfin, les écarts entre les densités régionales d'infirmiers libéraux devraient se réduire fortement.

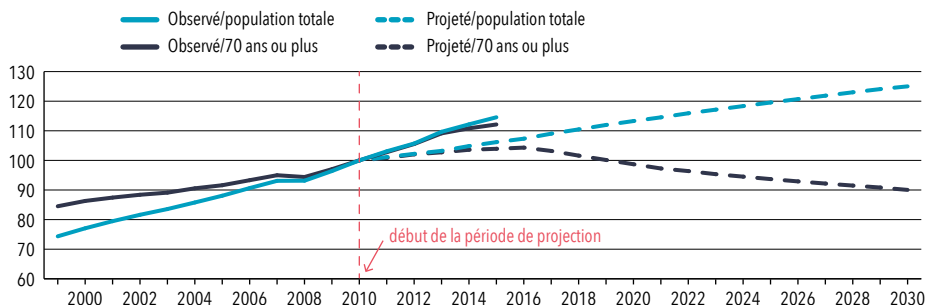
Deux variantes à ce scénario central avaient été modélisées, qui tenaient compte des répercussions potentielles de deux réformes sur l'activité des infirmiers : d'une part, la réforme des retraites de 2010 et, d'autre part, la réforme statutaire de 2010 des infirmiers à l'hôpital public (encadré). Le cumul de ces deux variantes, censé mieux refléter le contexte actuel, augmente encore les estimations d'effectifs projetés en 2030, conduisant à une hausse estimée à 1,5 % par an au cours de la période 2011-2030

Graphiques 3 Projection des effectifs et de la densité d'infirmiers

3.a • Projection des effectifs d'infirmiers, base 100 en 2010



3.b • Projection de la densité d'infirmiers, par rapport à la population totale et aux personnes âgées de 70 ans ou plus, base 100 en 2010



Note > La projection retenue ici cumule les hypothèses des deux variantes simulées à l'époque, la première tenant compte de la réforme des retraites de 2010 et la deuxième tenant compte de la réforme statutaire des infirmiers de la fonction publique hospitalière. L'hypothèse d'évolution des quotas reste celle du scénario central (maintien à leur niveau de 2010).

Champ > France entière.

Sources > Adeli pour l'observé ; calculs DREES (Barlet et Cavillon, 2011) ; projections de population INSEE.

(graphique 3.a). Selon ces variantes, la densité d'infirmiers devait croître de l'ordre de 1,1 % par an sur la même période. Rapporté à la population des personnes âgées de plus de 70 ans, particulièrement concernée par les soins d'infirmiers¹, le nombre d'infirmiers en exercice pourrait toutefois s'infléchir dans quelques années (graphique 3.b), en raison du poids de plus en plus important de cette tranche d'âges dans la population (Blanpain et Chardon, 2010).

L'observation des effectifs d'infirmiers effectivement comptabilisés entre 2011 et 2015 dans le répertoire Adeli confirme la hausse prévue par le modèle DREES de 2011, suggérant même que son ampleur serait plus importante que prévu à court terme (graphique 3.a). D'une part, les départs à la retraite ont probablement été moins fréquents au cours de ces dernières années : la réforme statutaire de 2010 semble en effet avoir eu un effet plus fort qu'escompté sur la durée de carrière moyenne des infirmiers à l'hôpital public. À la suite de cette réforme, la proportion d'infirmiers exerçant en catégorie A atteint déjà 68 % en 2013 dans le secteur public (DGAFF, 2015), preuve qu'une part finalement plus importante que prévu des personnels anciens ont opté pour ce nouveau statut, plus généreux financièrement mais impliquant de travailler plus longtemps. Combinée à la réforme des retraites de 2010, cette mesure semble ainsi avoir eu un effet très significatif sur l'âge de départ à la retraite des titulaires de la fonction publique hospitalière (parmi lesquels les infirmiers sont prépondérants), qui a déjà gagné trois ans entre 2011 et 2014 (DGAFF, 2015). L'arrêt du dispositif de départ à la retraite anticipé pour les mères de trois enfants ou plus ayant quinze ans de services effectifs dans la fonction publique, prévu dans la réforme des retraites de 2010 et en vigueur depuis fin 2011, a également pu contribuer à réduire le nombre de cessations d'activité d'infirmières au cours des années récentes.

Dans une moindre mesure, un second facteur a pu contribuer à creuser l'écart entre effectifs observés

et projetés. Les nouveaux infirmiers ont été sans doute un peu plus nombreux que prévu à entrer sur le marché du travail ces dernières années. Le modèle de projections a en effet été estimé au cours d'une période où la déperdition d'étudiants était importante durant leur cursus. En 2008, l'écart constaté entre le nombre de diplômés et le quota national trois ans plus tôt était ainsi de 28 %, une divergence qui semble s'être aujourd'hui fortement réduite (autour de 16 % depuis 2012 [Casteran-Sacreste, 2015]).

Cette augmentation des effectifs infirmiers plus marquée que prévu à court terme permet sans doute de relativiser le fléchissement à venir de la densité d'infirmiers par rapport aux personnes âgées de plus de 70 ans, dont l'occurrence sera probablement plus tardive que prévu (graphique 3.b).

Les chirurgiens-dentistes : pas encore de baisse en vue

Le dernier exercice de projection démographique de chirurgiens-dentistes a été réalisé par la DREES en 2007 (Collet et Sicart, 2007), les simulations couvrant la période 2006-2030. Avec un *numerus clausus* encore relativement bas en 2006 (977 étudiants, contre près de 1 200 aujourd'hui), et un vieillissement de la profession amorcé depuis longtemps (voir la fiche 2), le scénario tendanciel (encadré) prévoyait un net fléchissement des effectifs dès le début de l'horizon de projection, qui devait s'amplifier jusqu'au début des années 2020. Les effectifs devaient ainsi chuter d'environ 1,6 % par an entre 2006 et 2030, ce repli étant encore plus accentué en considérant la densité de chirurgiens-dentistes par rapport à l'ensemble de la population (-2 % par an). La diminution du nombre de chirurgiens-dentistes devait affecter autant les libéraux que les salariés, d'où une répartition stable entre les deux modes d'exercice à l'horizon 2030, avec près de neuf praticiens sur dix exerçant en libéral. Enfin, les femmes devaient continuer à être de plus en plus nombreuses dans la profession, elles représenteraient 45 % des effectifs en 2030.

1. À l'hôpital, où exercent la grande majorité des infirmiers salariés, les personnes âgées de 70 ans ou plus totalisaient près de 40 % des séjours des 19 ans ou plus en 2010 (Collin et al., 2012). Quant à la consommation de soins infirmiers en ville, les personnes âgées de 70 ans ou plus y contribuaient pour 70 % en 2013 d'après les données de l'Assurance maladie.

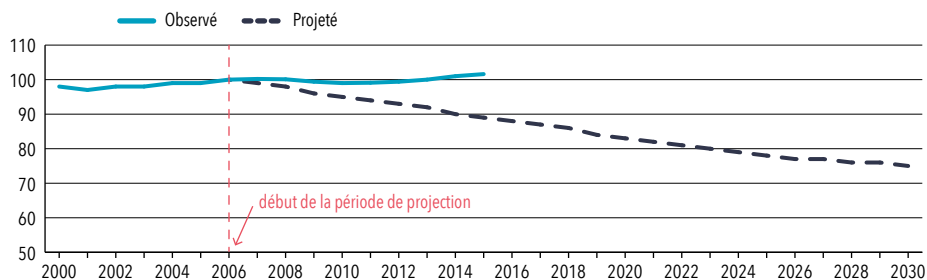
Les variantes modélisant des augmentations immédiates du *numerus clausus*, dont les effets ne se font sentir qu'à long terme compte tenu de la longueur des études d'odontologie, ne devaient atténuer cette baisse prévue de la démographie que de façon modeste. Un relèvement simulé du *numerus clausus* à 1 200 places par exemple, qui correspond davantage à la situation actuelle, ne devait pas empêcher les baisses des effectifs et de densité prévisibles

(respectivement -1,2 % et -1,4 % par an en moyenne) [graphiques 4.a et 4.b].

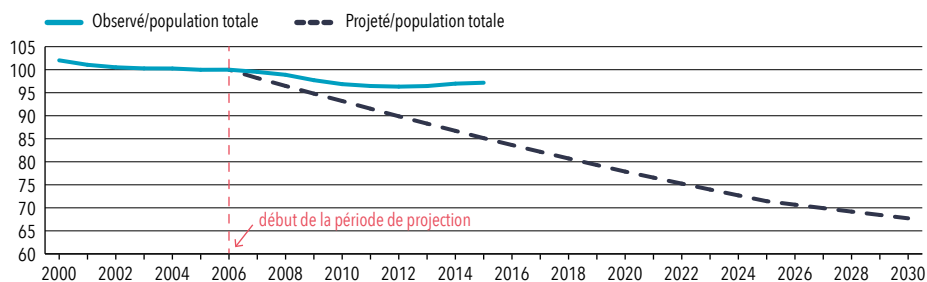
Les effectifs observés depuis 2006 à travers les répertoires Adeli et RPPS (voir la fiche 2) tendent à relativiser fortement, du moins à court terme, ces scénarios plutôt pessimistes. Si une légère baisse des effectifs a bien été enregistrée entre 2006 et 2010, un redressement sensible s'est réamorcé depuis (graphique 4.a). Plusieurs facteurs expliquent cet écart

Graphiques 4 Projection des effectifs et de la densité de chirurgiens-dentistes

4.a • Projection des effectifs de chirurgiens-dentistes, base 100 en 2006



4.b • Projection de la densité de chirurgiens-dentistes (par rapport à l'ensemble de la population), base 100 en 2006



Note > La projection retenue ici correspond à la variante simulant une remontée du *numerus clausus* à 1 200 en 2006 (après 977 en 2005), s'agissant de celle qui se rapproche le plus de la situation actuelle. La rupture de série entre 2011 et 2012 pour les effectifs observés, liée au changement de source Adeli-RPPS, est ici neutralisée par souci de lisibilité. Le taux d'évolution 2011-2012 correspondant est interpolé en moyennant les taux d'évolution adjacents, 2010-2011 et 2012-2013.

Champ > France entière.

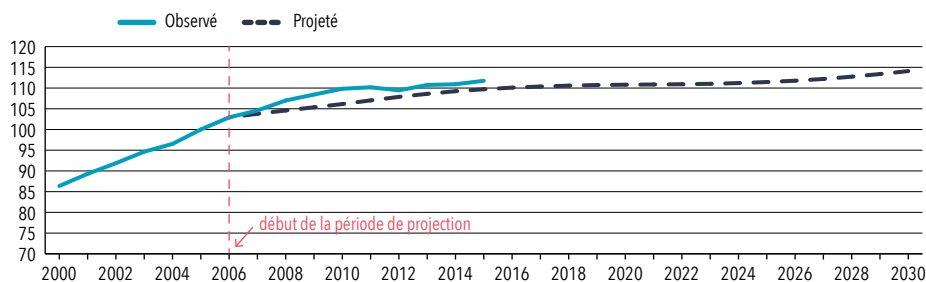
Sources > Adeli (jusqu'en 2011) et RPPS (à partir de 2012) pour l'observé; calculs DREES; projections de population INSEE.

entre les effectifs projetés et ceux finalement observés depuis 2006. Premièrement, aucun des scénarios modélisés dans l'exercice de 2007 ne tenait compte de l'effet des réformes des retraites de 2003² et de 2010 (encadré). Ceci a probablement conduit à surestimer une partie des départs à la retraite projetés sur

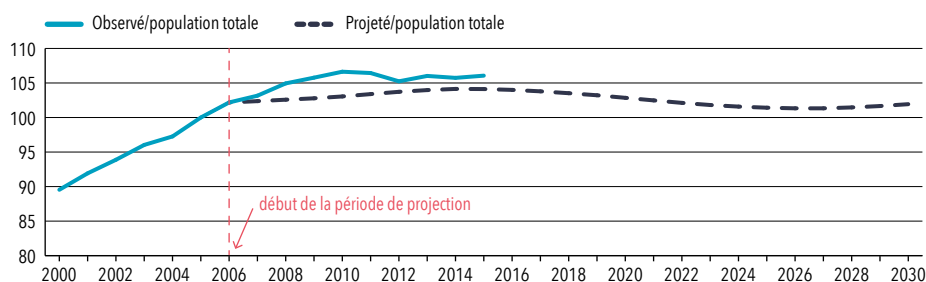
les années récentes. Deuxièmement, le dispositif de cumul emploi-retraite s'est également développé chez les chirurgiens-dentistes libéraux comme chez leurs confrères médecins, notamment depuis son assouplissement récent³. Ce dispositif n'était pas anticipé par les différents scénarios de projection, alors

Graphiques 5 Projection des effectifs et de la densité de pharmaciens

5.a • Projection des effectifs de pharmaciens, base 100 en 2006



5.b • Projection de la densité de pharmaciens (par rapport à l'ensemble de la population), base 100 en 2006



Note > La projection retenue ici correspond à la variante simulant une remontée progressive du *numerus clausus* jusqu'à 3000 en 2010 (après 2790 en 2005), s'agissant de celle qui s'approche le plus de la situation actuelle. La rupture de série entre 2010 et 2011 pour les effectifs observés, liée au changement de source Adeli-RPPS, est ici neutralisée par souci de lisibilité. Le taux d'évolution 2010-2011 correspondant est interpolé en moyennant les taux d'évolution adjacents, 2009-2010 et 2011-2012.

Champ > France entière.

Sources > Adeli (jusqu'en 2010) et RPPS (à partir de 2011) pour l'observé ; calculs DREES ; projections de population INSEE.

2. La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites prévoyait un allongement progressif de la durée de cotisation requise pour bénéficier d'une pension à taux plein. Concernant les salariés (tous les régimes hors régimes spéciaux) : après l'alignement de la durée d'assurance des fonctionnaires sur celle du régime général (passage de 37,5 ans à 40 ans), les deux régimes devaient voir un allongement de la durée d'assurance de un trimestre par an entre 2009 et 2012, aboutissant à 41 ans en 2012. Concernant les professions libérales, l'ancien régime caractérisé par le versement d'une pension forfaitaire proportionnelle à la durée d'assurance est remplacé par un régime par points, avec notamment un alignement de la durée de cotisation sur celle du régime général (40 ans) et l'introduction de mécanismes de décote et de surcote au-delà et en deçà de cette durée de cotisation (ou à l'âge de 65 ans).

3. À la suite de la réforme des retraites de 2010, les modalités du cumul de la retraite avec une activité libérale ont été assouplies (décret n° 2011-62 et arrêté du 28 décembre 2010). Les professionnels peuvent ainsi désormais cumuler sans aucune restriction la pension du régime de base avec les revenus de leur activité libérale. Auparavant, un plafond de revenu était imposé.

qu'il a probablement conduit, comme c'est le cas pour les médecins, à inciter une partie importante des praticiens libéraux en fin de carrière à poursuivre leur activité. Troisièmement, les installations de nouveaux chirurgiens-dentistes à diplôme étranger sont particulièrement nombreuses depuis quelques années, où près d'un tiers des nouveaux inscrits à l'Ordre ont fait leurs études à l'étranger (voir la fiche 5). Comme pour les projections de médecins de 2008, ces flux d'entrants venant de l'étranger n'étaient pas intégrés aux projections de chirurgiens-dentistes de 2007, or ils ont certainement contribué au redressement des effectifs durant la période récente.

Stabilisation de la densité de pharmaciens sur le territoire

Les dernières projections démographiques de pharmaciens réalisées par la DREES remontent à 2005 (Collet, 2005), avec un horizon de projection fixé à 2030. Le scénario tendanciel de maintien à l'identique des comportements depuis la situation observée en 2005 prévoyait une poursuite sensible de la croissance des effectifs de professionnels en activité jusqu'en 2017 (mais à un rythme nettement moins soutenu que par le passé). Puis, le nombre de cessations d'activité devant rattraper puis dépasser le nombre d'entrées projetées, avec le départ à la retraite des générations issues des promotions

nombreuses de la période 1970-1980, les effectifs devaient ensuite stagner jusqu'en 2030.

Les hausses du *numerus clausus* intervenues depuis 2005, portant à près de 3 100 le nombre d'étudiants autorisés à entrer en deuxième année de pharmacie (voir la fiche 11), conduisent aujourd'hui à privilégier le scénario alternatif qui simulait à l'époque une remontée progressive du *numerus clausus* à 3 000 entre 2005 et 2010. Selon cette variante, les effectifs de pharmaciens en activité devaient croître de façon plus dynamique, avec un rythme d'environ +0,5 % par an de 2005 à 2030 (graphique 5.a). Avec la croissance parallèle de la population française (Blanpain et Chardon, 2010), le nombre de pharmaciens en activité pour 100 000 habitants devait rester relativement stable durant toute la période de projection (graphique 5.b).

L'évolution du nombre de pharmaciens effectivement recensés sur le territoire depuis 2005 confirme bien ces tendances prévues (graphiques 5.a et 5.b). La hausse observée est un peu plus dynamique que prévu en début de période de projection, probablement en raison d'une surestimation des départs à la retraite par le modèle au cours de cet intervalle de temps, qui peut s'expliquer par des raisons similaires à celles relevées pour les chirurgiens-dentistes (non prise en compte des réformes des retraites de 2003 et 2010 et des possibilités de cumul emploi-retraite). ■

Pour en savoir plus

- **Barlet M. et Cavillon M.**, 2011, « La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections aux niveaux national et régional », *Études et Résultats*, DREES, n° 760, mai.
- **Blanpain N. et Chardon O.**, 2010, « Projections de population à l'horizon 2060 », *Insee Première*, n° 1320, octobre.
- **Casteran-Sacreste B.**, 2015, « La formation aux professions de la santé en 2013 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 195, juin.
- **Cavillon M.**, 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, DREES, n° 791, mars.
- **Collet M. et Sicart D.**, 2007, « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 », *Études et Résultats*, DREES, n° 595, septembre.
- **Collet M.**, 2005, « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 », *Études et Résultats*, DREES, n° 438, octobre.
- **Collin C., Evain F., Mikol F. et Minodier C.**, 2012, « Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes » dans *Les comptes de la santé 2011*, DREES.

- > **Darriné S.**, 2003, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2030 », *Études et Résultats*, DREES, n° 242, juin.
- > **Direction générale de l'administration et de la fonction publique** (DGAFP), 2015, « Rapport annuel sur l'état de la fonction publique » (version projet).
- > **Rochut J. et al.**, 2016, « La profession de masseur-kinésithérapeute. Bilan et projections démographiques », *Dossiers de la DREES*, DREES, à paraître.