



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Rapport du HCAAM

**Une prospective des ressources humaines en santé pour
assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires**

Février 2024

Préambule	9
1. Enseignements internationaux.....	12
1.1. Les enseignements des travaux menés par les organisations internationales	12
1.1.1. Les travaux de l'OMS.....	12
1.1.2. La mutualisation des réflexions par la Commission européenne.....	15
1.1.2.1. Définir des objectifs opérationnels en matière de planification en fonction des besoins de soins futurs.....	16
1.1.2.2. Construire un modèle de projection prenant en compte à la fois l'offre, la demande et les besoins en santé de la population	17
Les variables à prendre en compte	17
L'horizon temporel et le calendrier de mise à jour	17
Organiser la participation de toutes les parties prenantes au processus de planification	17
Évaluer la situation actuelle et les déséquilibres entre l'offre et la demande.....	18
Élaborer le modèle de planification en utilisant des approches quantitatives et qualitatives	20
Évaluer la mise en œuvre du modèle de projection et entrer dans un processus permanent d'amélioration.....	21
1.1.2.3. Utiliser les projections pour orienter les décisions politiques	21
1.1.2.4. Mettre en place un organisme national qui associe les parties prenantes nationales, locales, publiques et privées	22
1.1.2.5. Poursuivre les échanges via une nouvelle action conjointe européenne	23
1.2. Focus sur certains pays.....	25
1.2.1. Le modèle intégratif des Pays Bas est particulièrement intéressant	25
Objectifs et organisation	25
Méthode.....	26
1.2.2. Des pays qui s'appuient sur des méthodes qualitatives pour enrichir les modèles de prospective ..	30
1.2.3.1. Les travaux menés au Royaume-Uni	30
1.2.3.2. Le modèle de prospective des sages-femmes en Belgique	32
1.2.3. Vers des exercices de prospective qui s'intéressent aux besoins de la population dans des secteurs de soins stratégiques.....	36
1.2.3.1. Des exercices de prospective sur les soins primaires.....	36
Les soins primaires : une approche en prospective permettant de prendre en compte les besoins des populations	40
Les approches en soins primaires : un éclairage sur les déséquilibres territoriaux et de spécialités ...	40
1.2.3.2. Des travaux qui s'attachent à des approches populationnelles.....	44
Les travaux de la Belgique sur la prise en charge des femmes enceintes.....	44
Certains pays proposent des approches prospectives concernant les personnes âgées.....	44
1.2.4. L'intégration de choix stratégiques dans une politique des ressources humaines volontariste.....	45
1.2.4.1. Améliorer les services rendus sans augmenter le nombre de professionnels.....	45
Le modèle de la Nouvelle Zélande	45

Le modèle de la Norvège : maintenir des services de santé et de soins performants sans augmentation significative du nombre de professionnels de santé	48
1.2.4.2. Des exercices de prospective étendus au champ du social : des besoins en santé allant au-delà du champ du sanitaire.....	50
2. Propositions méthodologiques pour la France	53
2.1. Une prospective inscrite dans une stratégie globale des ressources humaines	58
2.1.1. La demande de soins et d'accompagnement.....	58
2.1.2. Un large ensemble de professionnels répond à cette demande	59
2.1.3. L'offre de soins et d'accompagnement	61
2.1.4. L'organisation des services de santé.....	62
2.1.5. Une approche globale des ressources humaines.....	66
2.2. Des projections macroscopiques nationales cohérentes avec les spécificités des régions	68
2.2.1. Le champ des professions de santé à retenir pour les projections.....	68
2.2.2. Une démarche intégrée de planification.....	69
2.2.3. Les variables à collecter et à intégrer dans la démarche de prospective.....	72
2.2.3.1. Les variables quantitatives	72
2.2.3.2. Les variables qualitatives	77
2.2.4. L'adéquation entre offre et demande de soins au niveau local.....	85
2.2.4.1. Documenter les déséquilibres existants à un niveau géographique fin.....	87
2.2.4.2. Les évolutions futures de la demande de soins	87
2.2.4.3. Les évolutions futures de l'offre de soins	90
2.2.5. L'horizon temporel et les mises à jour régulières des exercices de planification	93
2.2.5.1. Les projections d'effectifs de professionnels de santé	93
L'horizon de projection	93
Le suivi annuel des évolutions.....	94
La mise à jour des modèles	94
2.2.5.2. Les projections de la demande de services de santé	94
2.2.5.3. Propositions	95
2.2.6. Les parties prenantes	96
2.3. Des analyses plus spécifiques pour certains secteurs du système de santé	97
2.4. L'organisation cible : un pilotage et des moyens à la hauteur des enjeux.....	103
2.4.1. Les exemples d'organisations étrangères	103
2.4.2. Un modèle français de prospective de l'offre et de la demande composé de plusieurs briques	105
3. Etude de cas : les soins de proximité	110
3.1. Cadre de la réflexion	110
3.1.1. Les principes de la réflexion	110
3.1.2. Synthèse de la démarche	111
3.1.3. Champ de l'analyse	112

3.1.4. L'adéquation entre offre et demande.....	113
3.2. Les « besoins » en matière de soins de proximité	118
3.3. Les caractéristiques de l'existant, les évolutions actuelles	124
3.4. Les évolutions prévisibles.....	129
3.4.1. Les paramètres de l'offre	129
3.4.2. Les paramètres de la demande	132
3.5. Les modèles de projections.....	134
3.6. Synthèse des orientations.....	138
4. Etude de cas : le parcours des femmes enceintes.....	139
4.1. Définition des services à rendre.....	139
4.2. Les besoins de santé tels qu'ils ressortent des recommandations des instances nationales	139
4.3. Les besoins de santé tels qu'ils ressortent des indicateurs de santé publique, et du ressenti des femmes et des professionnels	146
4.4. L'avis des patientes sur l'accompagnement durant la grossesse.....	149
4.5. L'appréciation de l'Académie de Médecine.....	149
4.6. Les professionnels et l'organisation sanitaire actuelle pour assurer le suivi des femmes enceintes	150
4.6.1. Les professionnels de santé en charge des services à rendre aux femmes enceintes.....	150
4.6.1.1. Les sages-femmes	150
4.6.1.2. Les gynécologues.....	153
4.6.2. Les structures en charge de l'accompagnement et de l'accouchement des femmes enceintes	158
4.6.2.1. Les maternités.....	158
4.6.2.2. Les autres structures de prise en charge	161
4.7. Elaborer des scénarios et quantifier leur impact sur les besoins en RH	162
4.7.1. Elaborer le scénario de base	162
4.7.1.1. Les projections démographiques de la population	162
4.7.1.2. Les projections de l'offre de professionnels de la Drees	165
4.7.2. Elaborer des scénarios alternatifs.....	165
4.8. Limites et travaux à réaliser pour fiabiliser la prospective.....	170
Annexe : Lettre de mission.....	172
Annexe : Les parcours de soins HAS.....	174

ENCADRE 1 : DEFINITIONS : PROSPECTIVE, PROJECTION, PLANIFICATION	10
ENCADRE 2 : LES 10 ACTIONS A METTRE EN PLACE	14
ENCADRE 3 : UN PREALABLE : SE METTRE D'ACCORD SUR DES VALEURS	15
ENCADRE 4 : COMMENT REDUIRE LE RECOURS A L'IMMIGRATION DES INFIRMIERS ?	16
ENCADRE 5 : UNE NOUVELLE ACTION CONJOINTE « HEROES 2023 – 2026 »	24
ENCADRE 6 : L'ELABORATION DE 4 SCENARIOS AUX PAYS- BAS.....	28
ENCADRE 7 : UNE METHODE PROSPECTIVE IDENTIQUE POUR LES MEDECINS	36
ENCADRE 8 : UN EXEMPLE DE PROJECTION PAR DOMAINES DE SOINS	39
ENCADRE 9 : LA COMMISSION DU PERSONNEL DE SANTÉ PRESIDÉ PAR LE PR GUNNAR BOVIM	49
ENCADRE 10 : L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (ONDPS)	54
ENCADRE 11 : LES MISSIONS DE LA DREES RELATIVES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL.....	56
ENCADRE 12 : L'IMPACT DU NUMERIQUE	63
ENCADRE 13 : QUANTIFIER LES BESOINS EN PROFESSIONNELS EN ETABLISSEMENT DE SANTE VIA DES RATIOS DE PERSONNEL ?	65
ENCADRE 14 : LES EVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES	74
ENCADRE 15 : TAUX D'ABANDON DES INFIRMIERS DURANT LES ETUDES ET LA CARRIERE : DES FACTEURS A PRENDRE EN COMPTE DANS LES MODELES DE PROSPECTIVE.....	76
ENCADRE 16 : LA MISSION DE VEILLE ET PROSPECTIVE DE L'AGENCE DE L'INNOVATION EN SANTÉ (AIS)	80
ENCADRE 17 : LES INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES EXPERIMENTEES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 51 DE LA LFSS 2018.....	81
ENCADRE 18 : LA PRISE EN COMPTE DES EFFETS DE LA CRISE COVID DANS LES PROJECTIONS BELGES	83
ENCADRE 19 : LA SANTE ET AU-DELA : LA PROSPECTIVE DES METIERS ET DES QUALIFICATIONS (PMQ)	84
ENCADRE 20 : EXEMPLES D'OUTILS DE PROSPECTIVE EN RESSOURCES HUMAINES DEVELOPPEES PAR LES ARS	86
ENCADRE 21 : LE MODELE OMPHALE DE L'INSEE	89
ENCADRE 22 : LES MODALITES DE CONCERTATION REGIONALE DE L'ONDPS.....	92
ENCADRE 23 : L'EXEMPLE DES PROJECTIONS DU DIABETE PAR LA CNAM	95
ENCADRE 24 : LA PRÉVENTION	99
ENCADRE 25 : LA STRATEGIE DECENNALE CANCER	101
ENCADRE 26 : LES DENSITES STANDARDISEES	115
ENCADRE 27 : PARAMETRES DE L'APL MEDECINS GENERALISTES.....	117
ENCADRE 28 : EXPLICITATION DES SERVICES A RENDRE : EXEMPLE DU CAHIER DES CHARGES DES CENTRES DE SOINS PRIMAIRES DANS LA REGION DE STOCKHOLM EN SUEDE	119
ENCADRE 29 : EXPLICITATION DES SERVICES A RENDRE : EXEMPLE DES CABINETS DE MEDECINE GENERALE ET DES RESEAUX DE SOINS PRIMAIRES EN ANGLETERRE.....	120
ENCADRE 30 : REZONE, REZONE CPTS, GEOMSA : DES OUTILS MIS A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS POUR ANALYSER LES BESOINS DES TERRITOIRES	128
ENCADRE 31 : LE TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS.....	130
ENCADRE 32 : LES REPONSES POUR ADAPTER L'OFFRE AUX DEMANDES DE SOINS	132
ENCADRE 33 : LES 1000 JOURS.....	145
ENCADRE 34 : DES DISPARITES REGIONALES	147
ENCADRE 35 : LES RATIOS D'EFFECTIFS	158
ENCADRE 36 : EVOLUTION DES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES POUR DAVANTAGE REpondre AUX BESOINS : L'EXEMPLE DE L'IVG	168

TABLEAU 1 : QUELQUES CHIFFRES POUR LA FRANCE (DONNÉES 2021 OU ANNÉE LA PLUS PROCHE).....	14
TABLEAU 2 : LES DONNÉES MINIMALES À INTÉGRER DANS LE MODELE ET LEUR FRÉQUENCE DE DISPONIBILITÉ AU SEIN DES 12 PAYS IMPLIQUÉS DANS L’ACTION COMMUNE.....	19
TABLEAU 3 : LES ÉTAPES DE LA METHODE D’HORIZON SCANNING POUR LA PROSPECTIVE DES SAGES-FEMMES EN BELGIQUE.....	33
TABLEAU 4 : LES FACTEURS QUANTITATIFS INTÉGRÉS DU CÔTÉ DE L’OFFRE.....	73
TABLEAU 5 : LES FACTEURS QUANTITATIFS INTEGRES DU COTE DE LA DEMANDE	73
TABLEAU 6 : LES FACTEURS QUALITATIFS INTEGRES DU COTE DE L’OFFRE.....	79
TABLEAU 7 : LES FACTEURS QUALITATIFS INTEGRES DU COTE DE LA DEMANDE.....	81
TABLEAU 8 : LES FACTEURS TRADUISANT UN DÉSÉQUILIBRE ENTRE L’OFFRE ET LE BESOIN DE SOINS	82
TABLEAU 9 : PRINCIPAUX DOMAINES QUI POURRAIENT FAIRE L’OBJET D’UNE DÉMARCHE PROSPECTIVE	100
TABLEAU 10 : EVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER COLORECTAL SELON LE TAUX DE PARTICIPATION ET SES CONSÉQUENCES EN TERME DE COLOSCOPIES RÉALISÉES.....	102
TABLEAU 11 : EXEMPLES D’ORGANISATION ET DE RESSOURCES CONSACRÉES À LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ.....	104
TABLEAU 12 : DYNAMIQUE 2021-2022 DE L’APL AUX PROFESSIONNELS LIBERAUX	127
TABLEAU 13 : : PROJECTIONS D’EFFECTIFS À 2020 POUR CHAQUE GROUPE DE PATHOLOGIES, ÉTABLIES PAR LA CNAM EN 2017	135
TABLEAU 14 : PROJECTION DE L’IMPACT DES EFFETS DÉMOGRAPHIQUES SUR LA CONSOMMATION DE SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE À HORIZON 2035.....	136
TABLEAU 15 : CONSULTATIONS PRÉNATALES : PROFESSIONNELS CONSULTÉS PENDANT LA GROSSESSE.....	144
TABLEAU 16 : SOURCES DE DONNÉES SUR LES SAGES-FEMMES	153
TABLEAU 17 : SOURCES DE DONNÉES SUR LES GYNECOLOGUES OBSTÉTRICIENS	156
TABLEAU 18 : EQUIPES SOIGNANTES EN SALLE DE NAISSANCE SELON LE TYPE D’AUTORISATION.....	161
TABLEAU 19 : FACTEURS POTENTIELS À PRENDRE EN COMPTE DANS LES SCÉNARIOS (POUR ILLUSTRATION).	166

FIGURE 1 : UN EXEMPLE DE MODÈLE DE PROSPECTIVE	20
FIGURE 2 : LES ETAPES DE LA PLANIFICATIN DANS LE MODELE DES PAYS-BAS	27
FIGURE 3 : LES SCENARIOS DU MODELE DES PAYS-BAS POUR LES GENERALISTES.....	30
FIGURE 4 : LA METHODE DE PROSPECTIVE DU CENTRE FOR WORKFORCE INTELLIGENCE	31
FIGURE 5 : POSITIONNEMENT DES 12 GROUPES DE FACTEURS SUR LA MATRICE D'IMPACT/PROBABILITÉ.....	34
FIGURE 6 : POSITIONNEMENT DES SCENARIOS A DEVELOPPER AU SEIN DU CADRE THEORIQUE	35
FIGURE 7 : LA VISION GLOBALE, LES THÈMES ET LES PRIORITÉS DE LA STRATÉGIE AUSTRALIENNE DES RH EN SANTÉ.....	42
FIGURE 8 : MODELISATION D'UNE APPROCHE REGIONALE FONDEE SUR LES BESOINS DE LA POPULATION.....	43
FIGURE 9 : LA PYRAMIDE DE L'ORGANISATION OPTIMALE DES SERVICES EN SANTE MENTALE DE L'OMS	60
FIGURE 10 : LA DEMANDE PROSPECTIVE	70
FIGURE 11 : PROJECTION DE POPULATION PAR CLASSES D'AGE	74
FIGURE 12 : EFFECTIF, DENSITE ET DENSITE STANDARDISEE PROJETES POUR LES MEDECINS.....	75
FIGURE 13 : TAUX D'ABANDON EN PREMIERE ANNEE DE FORMATION AUX PROFESSIONS DE SANTE, DE 2014 À 2022	76
FIGURE 14 : POSITIONNEMENT DES 12 GROUPES DE FACTEURS SUR UNE MATRICE D'IMPACT/INCERTITUDE DANS LE MODELE DE PLANIFICATION DES SAGES-FEMMES EN BELGIQUE	77
FIGURE 15 : DES DESEQUILIBRES VARIABLES DANS LES PROFESSIONS DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE ..	84
FIGURE 16 : ANNEE AU COURS DE LAQUELLE LA POPULATION DEPARTEMENTALE SERAIT MAXIMALE SELON LE SCENARIO CENTRAL	89
FIGURE 17 : UN RAISONNEMENT EN 4 ETAPES.....	111
FIGURE 18 : DENSITES REGIONALES DE MEDECINS GENERALISTES (ANCIENNES REGIONS) EN 2012 ET 2021 ..	114
FIGURE 19 : PONDERATIONS ISSUES DES CONSOMMATIONS DE SOINS RELATIVES PAR TRANCHE D'AGE EN 2018	116
FIGURE 20 : EFFECTIF ET DENSITE DE MEDECINS EN ACTIVITE A L'HORIZON 2040 D'APRES LE SCENARIO TENDANCIEL.....	122
FIGURE 21 : EVOLUTION DES EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTE (LIBERAUX ET MIXTES)	125
FIGURE 22 : ACCESSIBILITE AUX INFIRMIERS, MASSEURS-KINESITHERAPEUTES, SAGES-FEMMES ET MEDECINS GENERALISTES EN 2019.....	126
FIGURE 23 : NOMBRES D'ACTES CLINIQUES PAR AN – MEDECINS GENERALISTES.....	130
FIGURE 24 : SCHEMA DU MODELE DE PROJECTION DISTINGUANT LES DIFFERENTS VOILETS DE PROBLEMATIQUES	137
FIGURE 25 : PANORAMA DES PUBLICATIONS HAS SUR LE SUJET DE LA PERINATALITE.....	141
FIGURE 26 : TAUX DE MORTALITE INFANTILE EN FRANCE (2001-2019) : EVOLUTION TEMPORELLE DU NOMBRE MENSUEL DE DECES DE NOURRISSONS DE MOINS D'UN AN POUR 1000 NAISSANCES VIVANTES	146
FIGURE 27 : EVOLUTION DU TAUX DE FEMMES ENCEINTES BENEFICIANT D'UN EPP (EN LIBERAL, PMI, CDS ET ETABLISSEMENT DE SANTE)	148
FIGURE 28 : EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU DIABETE GESTATIONNEL EN ILE-DE-FRANCE VS FRANCE METROPOLITAINE (EN %)......	148
FIGURE 29 : EVOLUTION DU NOMBRE DE SAGES-FEMMES (EN MILLIERS) ENTRE 2012 ET 2023	151
FIGURE 30 : PYRAMIDE DES AGES DES SAGES-FEMMES, EN 2021.....	152
FIGURE 31 : DENSITE DES SAGES-FEMMES LIBERALES (A GAUCHE) ET SALARIEES (A DROITE) POUR 100 000 FEMMES DE 15 A 49 ANS, PAR DEPARTEMENT, AU 1 ^{ER} JANVIER 2023.....	152
FIGURE 32 : DENSITE DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS SALARIES POUR 100 000 FEMMES DE 15 ANS OU PLUS PAR DEPARTEMENT EN 2023	154
FIGURE 33 : DENSITE DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS LIBERAUX POUR 100 000 FEMMES DE 15 ANS OU PLUS PAR DEPARTEMENT EN 2023	154
FIGURE 34 : NOMBRE DE MATERNITES PAR TYPE DE MATERNITE	160
FIGURE 35 : REPARTITION DES ACCOUCHEMENTS PAR TYPE DE MATERNITE.....	160
FIGURE 36 : DONNES SUR LES NAISSANCES OBSERVEES	163
FIGURE 37 : TAUX DE NATALITE EN 2022 PAR DEPARTEMENT	163

FIGURE 38 : NOMBRE DE NAISSANCE PROJETEES.....	164
FIGURE 39 : DEROULE SCHEMATISE DES PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES DES PS DE LA DREES.....	165
FIGURE 40 : NOMBRE DES SPECIALISTES AYANT EFFECTUE LES IVG FRANCILIENNES (QUE QUE SOIT LE LIEU D'INSTALLATION DU PROFESSIONNEL)	169
FIGURE 41 : ILLUSTRATION DU POSITIONNEMENT DES CLUSTERS SUR LA MATRICE IMPACT/INCERTITUDE	169
FIGURE 42 : MODELISATION DES PARAMETRES PRIS EN COMPTE DANS LES SCENARIOS ALTERNATIFS POUR LA MESURE DE L'EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE PRESTATIONS DE SAGES-FEMMES	170

Préambule

« Les difficultés actuelles que rencontrent nos concitoyens pour accéder aux soins témoignent de l'importance d'une réflexion prospective sur le nombre de professionnels de santé à même de répondre aux besoins de la population dans les années à venir ». La ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé Agnès Firmin le Bodo a chargé le Haut conseil de proposer les méthodes, moyens, organisation et données nécessaires pour améliorer la prospective des ressources humaines en santé (cf. lettre de mission en annexe). Ceci afin d'éviter la myopie collective des décennies passées qui a amené, en matière de démographie médicale, à une politique de stop and go aujourd'hui unanimement regrettée et dont les conséquences pèsent sur les conditions de travail des soignants et sur l'accès à des soins de qualité pour les malades, quel que soit leur lieu de résidence.

Les propositions méthodologiques présentées ici répondent aux grandes orientations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Région Europe dans la déclaration de Bucarest adoptée en mars 2023¹, recommandant à tous les pays de renforcer leurs moyens de gouvernance et de planification des ressources humaines en santé et d'aide à la personne. Elles s'appuient sur une revue des meilleures pratiques à l'international.

Ces propositions s'appuient également sur les travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) : ce rapport et l'avis qui l'accompagne ont été élaborés en collaboration avec eux, et avec les conseillers scientifiques du Hcaam Roland Cash et Arnaud Fouchard.

La prospective des ressources humaines n'a de sens que dans le cadre d'une stratégie pour le système de santé, qui définit les objectifs de santé et en déduit les services à rendre, les organisations à mettre en place, et *in fine*, les ressources humaines nécessaires. Les propositions du Hcaam présentées ici s'inscrivent dans la stratégie de transformation du système de santé qu'il a préconisée dans ses précédents rapports. Cette stratégie s'appuie sur des principes et des valeurs résumées dans le préambule de la constitution de 1946 : « La Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Elle « part des services à rendre à la population » : « du point de vue de l'usager, du citoyen, la question essentielle est celle de l'accès réel, effectif, à des services de santé proposant les conditions de qualité et de sécurité optimales. Dans cette perspective, savoir quelle structure rend le service est un enjeu important pour les offreurs de soins, mais qui reste secondaire (...). Ainsi, il s'agit non pas d'organiser la présence, ou le maintien, d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant que sa présence permettra de répondre aux besoins des habitants alentours, mais d'organiser l'accès des habitants d'un territoire aux services pertinents »² essentiels pour se prémunir contre les pertes de chances en santé.

Les outils proposés ici ont vocation à constituer un support aux décisions démocratiques et au pilotage des politiques, aux niveaux national et local, sur des fondements éthiques : « La prospective est une discipline qui permet de comprendre les forces à l'œuvre dans la construction de l'avenir. Résolument tournée vers l'action, elle vise à éclairer les choix du présent en explorant les futurs possibles. Fortement liée à la stratégie, elle permet de

¹ [Bucharest Declaration on health and care workforce. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: time to act, 22–23 March 2023, Bucharest, Romania \(who.int\).](#)

² Hcaam, Contribution à la stratégie de transformation du système de santé, 2018.

déterminer un futur souhaitable, une vision et de mettre en œuvre les moyens pour y parvenir. Son objectif est de résoudre les nouveaux problèmes, avant même qu'ils ne se posent, si possible, permettant ainsi de construire un monde meilleur. Sa méthode générale consiste à analyser, comprendre et produire les forces du changement. La prospective est à la fois exploratoire (des futurs possibles), normative (créer un futur choisi), quantitative (utiliser des données statistiques) et qualitative (utiliser des données d'enquête). La prospective ne prévoit pas, elle anticipe. L'anticipation n'est pas un but en soi mais une étape intermédiaire qui doit conduire à l'élaboration de leviers d'action. L'avenir dépend en partie des décisions que nous prenons ici et maintenant. »³.

La prospective est nécessaire pour une régulation efficace de l'offre de soins y compris à très court terme. Ceci car elle offre un cadre à la fois quantifié et « bouclé », permettant d'analyser les interactions entre les variables impactant la demande et l'offre de soins. Elle permet par exemple de prendre en compte la baisse du temps de travail des médecins et la part de leur activité qu'il faudrait transférer à d'autres professionnels pour la compenser. Elle permet aussi de savoir si on dispose des professionnels nécessaires pour mettre en œuvre les politiques de santé (par exemple les campagnes de dépistage) ou les évolutions réglementaires (par exemple accorder un monopole à certaines professions sur certains actes sans créer de goulots d'étranglement). Elle fournit ainsi un support à des discussions précises et argumentées avec les patients et les professionnels sur les priorités en matière d'organisation du système de soins et les moyens de les atteindre. Elle permet de progresser vers une vision partagée du système de santé, donnant à chaque professionnel des perspectives de développement satisfaisantes. Aujourd'hui au contraire le manque de vision prospective entretient la concurrence entre professionnels, qui voient ce qu'ils perdent lorsque les prérogatives d'autres professionnels s'étendent, mais ne voient pas ce qu'ils gagneront dans une nouvelle organisation des soins à même de répondre aux besoins de la population.

La prospective ne vise pas une illusoire prévision exacte de l'avenir (cf ENCADRE 1). Mais sa nature quantitative permet un suivi régulier des évolutions, des écarts par rapport à ce qui était envisagé, et des leviers à activer pour rétablir l'équilibre entre offre et demande de soins.

ENCADRE 1 : DEFINITIONS : PROSPECTIVE, PROJECTION, PLANIFICATION

La **prospective démographique** est une démarche consistant à s'interroger sur les évolutions futures en matière de démographie. Elle regroupe toutes les approches, méthodes et résultats visant à estimer pour un avenir plus ou moins proche les tendances et scénarios possibles.

Une **projection** est une extrapolation temporelle d'une tendance observée sur une période passée conduisant à une estimation de la valeur future d'une variable. « *Un modèle de projection se fonde sur les comportements observés à partir des données disponibles. Ces comportements sont reproduits dans le futur* »⁴. Une projection peut être accompagnée de variantes, caractérisées par des valeurs alternatives pour certains paramètres (permettant d'analyser par exemple l'impact d'une augmentation du nombre de professionnels formés sur les effectifs de professionnels à un horizon donné). Une projection consiste donc à calculer les valeurs, à un horizon donné, de certaines variables démographiques, en lien avec les hypothèses retenues, sans que ces hypothèses soient

³ [Stratégie nationale de santé 2023-2033 – Contribution du HCSP, 2023](#)

⁴ [Drees, dossier_presse_demographie.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

considérées comme la véritable évolution future des paramètres – en quoi une projection diffère d'une **prévision**⁵.

La **planification** en santé peut être définie comme « *un processus méthodique consistant à définir un problème par analyse, à repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème, à fixer des buts réalistes et atteignables, à en déterminer l'ordre de priorité, à recenser les ressources nécessaires pour les atteindre et à projeter les actions administratives en pesant les diverses stratégies d'intervention possibles pour résoudre le problème* »⁶.

⁵ Au sens courant du terme de prévision, cf. par exemple la définition du CNTRL : « Étude générale d'une situation donnée, dont on peut, par déduction, calcul, mesure scientifique, connaître par avance l'évolution ». La définition du statisticien-économiste est plutôt qu'une prévision est une prospective à laquelle on affecte une probabilité d'occurrence (ou, inversement, qu'une prospective est une prévision non-probabilisée).

⁶ Schaefer 1975, cité par R Pineault et C Daveluy, *La planification de la santé*, 2e édition, 2020.

1. Enseignements internationaux

Cette partie présente plusieurs expériences de pays étrangers ayant développé des politiques, méthodes et outils de planification des ressources humaines en santé innovants. Elles permettent de documenter les ressources et les moyens qui y ont été consacrés ainsi que les stratégies mises en place et le portage politique dont elles ont bénéficié, afin d'en tirer des enseignements pour la France.

Estimer les besoins en services de santé et les traduire en nombre de professionnels de santé nécessaires constitue un exercice difficile pour tous les pays⁷. Anticiper ces besoins est pourtant particulièrement nécessaire compte tenu de la durée de formation des professionnels de santé. L'exercice se heurte à la multiplicité des facteurs affectant l'offre de soins (formation, comportements de départ à la retraite, évolution du temps de travail, progrès technique, etc.) et la demande (démographie, épidémiologie, exigences des patients, etc.). Le nombre de facteurs impactant la demande est plus important et l'incertitude plus grande que celle pesant sur les facteurs explicatifs de l'offre.

A la difficulté théorique de l'exercice s'ajoute le fait que les effectifs des équipes chargées de ces travaux sont parfois insuffisants, les données pas toujours disponibles ou de mauvaise qualité, car souvent collectées dans un autre objectif que celui de planification des ressources humaines et lacunaires.

Dès lors, les réflexions menées intègrent encore peu, du côté de la demande, les besoins en services de santé de la population, au-delà des évolutions démographiques (nombre et structure par âge). Sont rarement pris en compte des besoins non satisfaits (qu'on pourrait par exemple essayer d'appréhender par les écarts entre utilisation effective et recommandée des soins). Côté offre, elles se limitent souvent à une approche « en silo », dans un cadre mono-professionnel, n'intégrant pas les interactions entre professions et spécialités pour tenir compte des chevauchements et des réaffectations possibles d'activités.

1.1. Les enseignements des travaux menés par les organisations internationales

1.1.1. Les travaux de l'OMS

Les initiatives au niveau mondial ont été nombreuses pour permettre à tous les pays à progresser dans le processus de planification du personnel de santé et de proposer des moyens et des outils permettant d'évaluer la situation actuelle en matière de ressources humaines en santé, d'orienter les politiques et les mesures dans ce domaine en fonction des priorités et du contexte propres à chaque État.

Une impulsion forte et de nombreux travaux se sont développés à la suite notamment de l'adoption en 2016 par l'OMS d'une Stratégie⁸ mondiale sur les ressources humaines en santé à l'horizon 2030. Un suivi du nombre de professionnels de santé au niveau mondial

⁷ Ono, T., G. Lafortune et M. Schoenstein (2013). « Health Workforce Planning in OECD Countries : A Review of 26 Projection Models from 18 Countries », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 62, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>. Cette revue exhaustive des différents modèles de planification des pays de l'OCDE n'a pas été actualisée.

⁸ [Stratégie mondiale sur les ressources humaines. 2016.](#)

via l'élaboration d'une base de données⁹ des professions de santé accessible en ligne « The WHO National Health Workforce Accounts Data Portal » (NHWA) a été mis en place. Grâce à cette base, l'OMS a produit en 2020 un rapport¹⁰ sur la situation des soins infirmiers dans 191 pays du monde ainsi qu'une projection fondée sur un modèle simple tenant compte du stock et des flux de formation en infirmiers à l'horizon 2030. En 2021, l'OMS a également produit un guide¹¹ pour aider tous les pays à mieux comprendre les facteurs qui déterminent les pénuries de personnels de santé et la dynamique du marché du travail dans le secteur de la santé.

Le bureau régional « Europe » de l'OMS¹² a spécifiquement produit une boîte à outils pour améliorer l'adéquation des personnels de santé aux besoins. Elle adapte la Stratégie mondiale sur les ressources humaines en santé à l'horizon 2030 au contexte de la région européenne de l'OMS. Les États peuvent l'utiliser pour mettre au point leurs propres stratégies avec à leur disposition des pistes de réflexion concernant la répartition des professionnels, leurs compétences, les formations initiales et continues, la gestion et la régulation des personnels de santé, ainsi que les méthodes de prospective.

En effet, tous les pays européens sont confrontés à des défis similaires. Même si l'on constate une augmentation¹³ de 10% du nombre des médecins, des infirmiers¹⁴ et des sages-femmes en Europe entre 2010 et 2020 les déséquilibres entre l'offre, la demande et les besoins des populations en personnels de santé se creusent. Cette pénurie est due principalement à l'augmentation de la demande de soins (en lien notamment avec les évolutions démographiques) à laquelle s'ajoutent des problématiques de recrutement et de fidélisation dans l'emploi des jeunes diplômés, de temps de travail et, pour les médecins, de remplacement des nombreux professionnels qui partent à la retraite. En 2022, 40 % des médecins sont âgés de 55 ans ou plus, dans 13 des 44 pays recensés dans l'enquête menée par l'OMS Europe, dont la France¹⁵. De plus, presque tous les États membres sont confrontés à des déséquilibres dans la répartition géographique des professionnels de la santé.

Une réflexion sur l'évolution potentielle des besoins de santé de la population apparaît nécessaire, dans tous les pays, pour orienter au mieux les politiques de formation. La libre circulation des travailleurs en Europe est également à prendre en compte dans la planification des professionnels de santé (standardisation des formations et accréditations).

Les travaux menés par l'OMS Europe permettent de dresser une comparaison entre les pays sur plusieurs indicateurs (TABLEAU 1) même s'ils restent difficiles à interpréter compte tenu de systèmes de santé différents et de rôles et compétences attribués aux professionnels de santé très variables selon les pays.

⁹ [Welcome NHWA Web portal \(who.int\)](#) ; Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, et al. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health* 2022;7:e009316. doi:10.1136/bmjgh-2022-009316.

¹⁰ [State of the World's Nursing, 2020.](#)

¹¹ [Health labour market analysis guidebook. Geneva: World Health Organization; 2021.](#)

¹² [Boîte à outils pour la pérennité des personnels de santé dans la Région européenne de l'OMS.](#)

¹³ [Health and care workforce in Europe: time to act \(who.int\)](#) (2022).

¹⁴ Notamment augmentation des recrutements post épidémique via des créations de postes.

¹⁵ [Health and care workforce in Europe: time to act \(who.int\)](#) (2022).

TABLEAU 1 : QUELQUES CHIFFRES POUR LA FRANCE (DONNÉES 2021 OU ANNÉE LA PLUS PROCHE)

	OCDE	France
Densité en médecins (pour 1 000 habitants)	3,7	3,2
Densité en infirmiers (pour 1 000 habitants)	9,2	9,7
Part des médecins âgés de +55 ans (%)	33%	45%
Nombre de médecins diplômés (pour 100 000 habitants)	14,2	11,9

Source : OCDE, Statistiques sur la santé 2023.

Dans les données de l'OCDE, la France a la particularité de ne pas inclure les internes, donc les comparaisons doivent se faire avec précautions.

Ces travaux ont donné lieu à la rédaction de 10 propositions de leviers d'actions en faveur des ressources humaines en santé concernant à la fois la formation, l'attractivité des métiers, la qualité de vie des professionnels de santé ainsi que l'amélioration des données afin notamment de pouvoir renforcer les exercices de prospective des ressources humaines en santé (ENCADRE 2).

ENCADRE 2 : LES 10 ACTIONS¹⁶ A METTRE EN PLACE

1. Ajuster la formation aux besoins de santé de la population et aux besoins des services de santé
2. Renforcer la formation continue pour doter les professionnels de santé de nouvelles connaissances et compétences
3. Développer l'utilisation d'outils numériques pour faciliter certaines tâches des professionnels
4. Développer des stratégies qui attirent et retiennent les professionnels de santé dans les zones rurales et éloignées
5. Créer des conditions de travail qui favorisent un équilibre entre vie professionnelle et vie privée
6. Protéger la santé et le bien-être mental des professionnels du soin et de la santé
7. Renforcer les moyens de gestion pour la gouvernance et la planification des ressources humaines
8. Renforcer les systèmes d'information en santé pour une meilleure collecte et analyse des données
9. Accroître l'investissement public dans la formation et le développement des professionnels
10. Optimiser l'utilisation des fonds grâce à des politiques innovantes en matière de professionnels de santé et du soin

Ces constats ont, de plus, été portés politiquement en mars 2023, par la déclaration de Bucarest¹⁷ appelant tous les pays à un engagement fort et immédiat dans des actions de

¹⁶ Health and care workforce in Europe: time to act (who.int) (2022).

¹⁷ [Bucharest-decl-2023-eng.pdf \(junior doctors.eu\)](#)

La Déclaration de Bucarest appelle à une action politique dans les buts suivants :

- améliorer le recrutement et le maintien en poste des personnels de santé et d'aide à la personne ;
- améliorer les mécanismes d'offre de personnels de santé ;
- optimiser la performance des personnels de santé et d'aide à la personne ;
- mieux planifier les personnels de santé et d'aide à la personne ;
- augmenter les investissements publics dans la formation, le développement et la protection des travailleurs.

soutien aux professionnels de santé via notamment une meilleure planification des professionnels de santé et d'aide à la personne.

1.1.2. La mutualisation des réflexions par la Commission européenne

Comment concrètement mettre en œuvre les recommandations de l'OMS dans le champ de la prospective des ressources humaines ? Comment aller au-delà de projections purement démographiques ? Comment prendre en compte les probables évolutions des rôles des différentes professions de santé et dépasser une approche le plus souvent en silo ? Du côté de la demande de soins, comment intégrer les besoins en services de santé de la population ?

Les travaux d'une première action conjointe de la Commission européenne (2013-2016)¹⁸ ont permis de documenter ces questions et d'en tirer des bonnes pratiques concernant les atouts et les points de vigilance des systèmes actuels de planification, en s'appuyant sur les 7 pays¹⁹ considérés comme les plus avancés parmi les 12 pays participants. L'objectif était d'aider tous les pays, quel que soit leur stade de planification des ressources humaines, en construisant une plate-forme de savoirs utile à chacun.

Le « Handbook on Health Workforce Planning Methodologies across EU Countries » constitue un ouvrage collectif qui synthétise les bonnes pratiques des pays retenus, auxquels les auteurs ont ajouté des contributions d'experts et des analyses de la littérature afin d'aboutir à des propositions d'exigences minimales à mettre en œuvre dans tous les pays. Il est structuré autour de 5 points clés : les objectifs, le modèle de planification, les données, le lien avec les actions politiques et enfin l'organisation à mettre en place. Les principales leçons de ces travaux sont présentées dans ce chapitre 1.1.2.

ENCADRE 3 : UN PREALABLE : SE METTRE D'ACCORD SUR DES VALEURS

Avant de définir les objectifs des travaux de planification, les auteurs insistent sur la nécessité de partager avec toutes les parties prenantes une réflexion sur des valeurs et des principes communs concernant le système de santé souhaité dans le pays :

- couverture universelle : le système de santé doit porter assistance à tous les citoyens sans exclusion. Cela implique que les besoins en professionnels de toute la population du pays doivent être pris en compte ;
- accessibilité financière : le coût du système de santé doit rester soutenable pour la population ;
- efficacité : le nombre de professionnels à former doit permettre le bon fonctionnement du système de santé ;
- les sous-effectifs ne sont pas une option : ils constituent une menace pour l'accès et la qualité des soins. Il n'est donc pas acceptable d'envisager un nombre de professionnels qui serait inférieur au nombre garantissant une bonne qualité des soins ;
- la formation pour répondre aux besoins de santé. Chaque pays doit répondre à ses besoins en termes de professionnels de santé. La liberté de circulation au sein de l'UE ne doit pas être utilisée systématiquement pour répondre aux besoins de santé de la population.

¹⁸ [Handbook on health workforce planning : methodologies across EU countries 2015](#). Chapitre 9 : lessons learned p.156-165.

¹⁹ Belgique, Danemark, Angleterre, Finlande, Norvège, Espagne, Pays-Bas sont les 7 pays retenus, suite à une étude de faisabilité en 2012 car disposant d'un système de projection d'offre et de demande avec la disponibilité d'experts pour fournir des contributions et description détaillée du système de planification mis en place dans leur pays en adéquation avec le calendrier et aux échéances de l'action conjointe.

ENCADRE 4 : COMMENT REDUIRE LE RECOURS A L'IMMIGRATION DES INFIRMIERS ?

En 2022²⁰, afin de réduire sa dépendance à l'égard des infirmières formées à l'étranger (43% en 2021) l'Irlande a envisagé trois scénarios, sur une période de projection de 20 ans :

-si l'Irlande continue à former chaque année le même nombre d'infirmières permettant d'atteindre une densité de 31 infirmières pour 100 000 habitants : la proportion d'infirmières formées à l'international augmentera pour atteindre 62%, ce qui aggravera sa difficulté à atteindre l'autosuffisance nationale ;

-en augmentant progressivement le nombre d'infirmières formées pour atteindre le niveau des Pays-Bas (58 pour 100 000), la dépendance de l'Irlande à l'égard des infirmières formées à l'international diminuera à 50% ;

-en augmentant considérablement le nombre de diplômés en soins infirmiers pour atteindre le niveau par habitant de l'Australie (108 pour 100 000), l'un des plus élevés au monde, l'Irlande réduira sa dépendance à l'égard des infirmiers formés à l'étranger à environ 30% au bout de 20 ans.

Cette étude montre que ce n'est que par une augmentation très importante du nombre de places d'étudiants en soins infirmiers que l'Irlande réduira sa nécessité de recruter à l'étranger.

1.1.2.1. Définir des objectifs opérationnels en matière de planification en fonction des besoins de soins futurs

Dans tous les pays, toutes les parties prenantes du système de santé s'accordent sur l'objectif général de la planification, de parvenir à l'adéquation entre le nombre de professionnels formés et les besoins de santé de la population. Les difficultés commencent lorsque, très concrètement, les parties prenantes vont devoir quantifier et se mettre d'accord sur des objectifs opérationnels pour chaque profession, une année cible à déterminer. La fixation des objectifs doit commencer par s'appuyer sur une évaluation de la situation actuelle et sur une analyse des besoins futurs de la population en matière de santé et de l'éventail des compétences nécessaires pour y répondre.

Les 7 systèmes retenus dans l'action conjointe ont eu des réponses différentes à cette question des objectifs, en fonction de leur diagnostic sur l'équilibre actuel entre offre et demande, des niveaux de soins de santé qu'ils souhaitent atteindre à l'avenir, de leurs systèmes de santé, de leurs contraintes budgétaires et du rôle et des collaborations entre les différents personnels de santé. L'action conjointe rappelle qu'un objectif est plus facilement réalisable s'il est accepté par l'ensemble des parties prenantes impliquées dans le processus de planification, dans une grande transparence.

Au minimum, dans leur formulation, les objectifs doivent être SMART : Specific, Measurable, Achievable, Relevant, and Time-bound (spécifiques, mesurables, atteignables, pertinents, limités dans le temps)²¹ en ce qui concerne les effectifs ciblés pour chaque profession de santé et l'année au cours de laquelle ces quantités doivent être atteintes.

²⁰ Spending Review 2022. A System Dynamics Model of Nursing Workforce Supply. Paul Caulfield, Terence Hynes, Peter O'Connor. Research Services & Policy Unit, Department of Health. Irish Government Economic and Evaluation Service. September 2022.

²¹ Par exemple : "By the year 2025, in Netherlands we will have 12 000 full time equivalent working general practitioners. This goal will be attained by permitting 720 medical graduates as of 2015 to enter vocational training to become a general practitioner each year ».

1.1.2.2. Construire un modèle de projection prenant en compte à la fois l'offre, la demande et les besoins en santé de la population

Les variables à prendre en compte

Les exigences minimales de planification dans ces travaux européens²² sont les suivantes :

- prévoir l'offre et la demande consiste tout d'abord à mesurer les variables démographiques dans un scénario de base ;
- impliquer fortement les parties prenantes notamment dans la description de la demande future ;
- fournir plusieurs scénarios prenant en compte les facteurs d'évolution retenus et estimer les marges d'erreur :
 - o pour le nombre de professionnels en activité ;
 - o pour la demande : outre les évolutions démographiques, le modèle doit pouvoir intégrer les contraintes budgétaires.

Des modèles de prospective plus complets prennent également en compte la répartition géographique des professionnels, l'impact du progrès technologique, les évolutions épidémiologiques de la population ou le type de services fournis. Il s'agit de s'assurer que par exemple l'augmentation de la dépendance liée à l'âge est bien prise en compte dans l'estimation de l'offre de professionnels requis pour y faire face. Il est également important de tenir compte de l'interaction entre les différentes professions de santé notamment la substitution dite verticale qui consiste à des transferts de tâches et des partages de compétences entre par exemple, les médecins généralistes et les infirmiers.

L'horizon temporel et le calendrier de mise à jour

Il convient de fixer à 12 (pour les infirmiers) ou 18 ans (pour les médecins) l'horizon temporel minimum. En effet les réflexions devront intégrer les facteurs d'évolution structurels à long terme. De fait, il convient de prendre en compte non seulement la période de formation (de 4 à 12 ans) mais aussi le temps législatif si les gouvernements souhaitent mettre en place des réformes structurantes de l'organisation de soins ainsi que le temps pour que les changements commencent à porter leurs fruits. A titre indicatif, la période de planification va de 50 ans en Belgique à 10 ans en Espagne et cela dépend également des professions.

La fréquence des mises à jour des variables est fondamentale, compte tenu des incertitudes, des changements susceptibles d'intervenir et de l'importance de l'enjeu d'équilibre entre offre et demande. Elle est le plus souvent de 2 ou 3 ans. Les modèles doivent être flexibles pour permettre d'actualiser les variables initiales, notamment après confrontation entre le projeté et l'observé mais aussi d'ajouter une ou plusieurs variables nouvelles quantifiant les effets de réformes sanitaires importantes.

Organiser la participation de toutes les parties prenantes au processus de planification

L'implication des parties prenantes est un des points fondamentaux de toute la procédure de planification. Elle est nécessaire pour intégrer certaines informations relevant de leur

²² [Handbook on health workforce planning : methodologies across EU countries 2015](#). Chapitre 9 : lessons learned.

expertise et aussi pour trouver des solutions consensuelles à certaines difficultés. Les auteurs précisent qu'elle est souvent compliquée à mettre en œuvre, à la fois en raison du nombre de parties prenantes mais également de leur potentielle divergence de positions, qui nécessite du temps pour aboutir à un consensus. Les éléments importants pour cette implication sont :

- identifier l'ensemble des parties prenantes ;
- mettre en place une instance de pilotage ;
- définir précisément le rôle consultatif des parties prenantes et les responsabilités de chacun ;
- désigner un sous-comité qui sera chargé de transposer les souhaits du groupe dans le modèle technique de projection ;
- communiquer les objectifs et les résultats du processus de planification à toutes les parties prenantes.

Les parties prenantes englobent des représentants : des ministères (santé, éducation, finances, travail) ; des organismes responsables des statistiques ; des universités et écoles de formation ; des organismes d'assurance maladie ; des professionnels de santé ; des prestataires de soins (publics et privés) ; des autorités sanitaires et collectivités locales et des représentants d'usagers/de patients. Dans les 7 pays étudiés, la participation de représentants des usagers n'a pas été mentionnée ; celle-ci est dès lors difficilement objectivable dans ces travaux.

Évaluer la situation actuelle et les déséquilibres entre l'offre et la demande

Savoir « d'où on part » est la première étape de tout exercice de planification. La seconde étant « où nous voulons aller » c'est-à-dire le modèle de projection selon les évolutions d'un certain nombre de variables prises en compte concernant l'offre et la demande.

L'analyse de l'offre actuelle de personnel de santé au regard de la demande de soins permet d'identifier les déséquilibres actuels. Cette phase essentielle du processus de planification n'est pas facile, compte tenu notamment des problématiques liées au recueil et partage des données concernant les différents professionnels de santé.

Quantifier et caractériser l'offre actuelle de professionnels de santé (nombre, âge, sexe, répartition géographique) représente pour tous les pays le premier challenge.

L'indicateur de base pour mesurer et suivre l'évolution du stock de professionnels est le nombre de professionnels par habitant. Il suppose notamment de connaître le statut de ces professionnels (diplômés, professionnellement actifs, réellement en exercice dans le champ du soin). L'indicateur est décliné par professions, spécialités, zones géographiques. L'information sur le temps de travail des professionnels et le nombre d'équivalents temps plein est particulièrement utile. Certains pays intègrent également dans cet exercice de planification les professionnels de la santé publique et ceux du champ du social (cf paragraphe 2.2.4.2.).

Une des recommandations les plus importantes concerne la disponibilité, la qualité et l'exhaustivité des données. La collecte des données peut se réaliser à partir de différentes sources en établissant clairement les articulations et les règles de mise à disposition des données entre les gestionnaires des données et les institutions en charge de l'exploitation et de l'analyse.

Des catégories de données ont été identifiées comme « nécessaires et suffisantes » par les pays européens pour la planification de base. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous. Néanmoins, on observe que très peu de pays disposent, en pratique, de l'ensemble des données²³ (TABLEAU 2).

Concernant le stock actuel de professionnels, les données disponibles dans tous les pays concernaient le type de professionnel (et la spécialisation le cas échéant) et le statut d'activité ainsi que l'année de naissance ; alors que le nombre d'ETP tout comme les données concernant la mobilité des professionnels sont rarement disponibles .

TABLEAU 2 : LES DONNÉES MINIMALES À INTÉGRER DANS LE MODELE ET LEUR FRÉQUENCE DE DISPONIBILITÉ AU SEIN DES 12 PAYS IMPLIQUÉS DANS L'ACTION COMMUNE

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	SUPPLY						DEMAND						
	Labour force	Training	Retirement	Migration inflow	Migration outflow		Population	Health consumption					
Profession	12	10	9	8	4								
Age	12	5	7	5	2		11	8					
Head count	12	10	10	7	4		11	8					
FTE	7												
Geographic area	11	6	7	5	2		9	7					
Specialisation	11	8	6	6	2								
Country of first qualification	6	3	3	5	2								
Gender	10												

Source : [Final Guide of the Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting. 2016](#). Fiche 8.

Les données utiles à la planification proviennent souvent de sources différentes et sont recueillies initialement à d'autres fins.

L'expérience montre que la meilleure option pour obtenir une image complète de la situation actuelle est de collecter les données sur les professionnels dans une seule base dédiée, en y consacrant le temps et les ressources suffisantes. Lorsque les données ne sont pas disponibles et qu'il n'est pas possible de les collecter pendant la période de planification, il est recommandé d'estimer les informations manquantes à l'aide d'hypothèses détaillées fondées sur les données existantes et partagées avec les parties prenantes.

Les données concernant la demande se limitent souvent aux données démographiques et à la consommation de soins. Des indicateurs de déséquilibre de la situation actuelle permettent d'appréhender l'écart entre cette offre de professionnels et la demande. Le plus difficile est de quantifier les soins non couverts qui, par définition, ne peuvent être mesurés. Les inégalités territoriales et les inégalités de recours selon le revenu sont une piste possible pour construire des hypothèses. Des indicateurs relatifs au marché du travail sont également utiles : difficultés de recrutement, heures supplémentaires réalisées, turn over, intérimaires, nombre de professionnels étrangers, taux de chômage, croissance de la main d'œuvre et des rémunérations, etc. ; mais ces éléments sont très rarement

²³ Parmi les 12 pays participants, les données disponibles sont visualisée selon l'échelle de couleur vert-bleu, où "vert=0 : la catégorie de données n'est disponible dans aucun des 12 pays" et "bleu=12 : disponible dans les 12 pays".

appréhendés. Il est également difficile d'estimer l'ampleur des soins réalisés non pertinents.

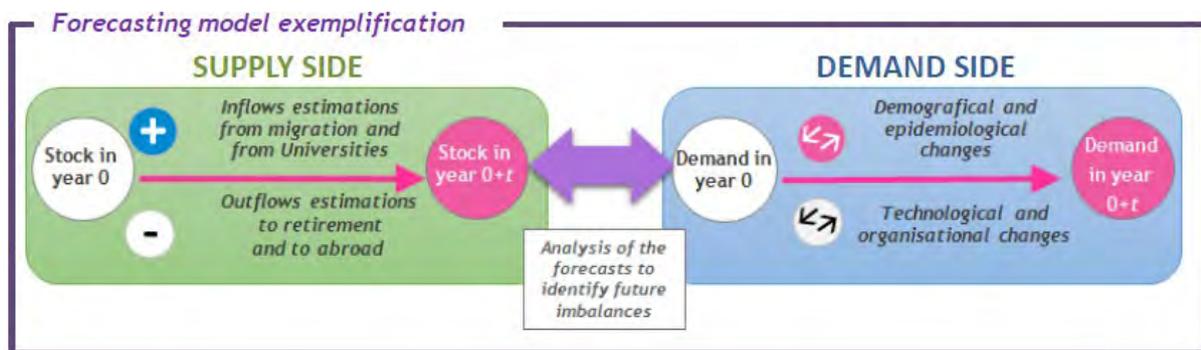
Élaborer le modèle de planification en utilisant des approches quantitatives et qualitatives

Elaborer le modèle de planification suppose de définir : les variables du côté de l'offre et de la demande et leurs estimations à plus ou moins long terme selon différents scénarios²⁴ (FIGURE 1).

Du côté de l'offre de professionnels, les modèles doivent permettre d'explorer les évolutions des paramètres comme le passage à la retraite, les flux migratoires, le nombre d'étudiants en formation, le nombre d'arrêts durant la formation, etc.

Travailler sur les évolutions de la demande est plus complexe principalement en raison d'une plus grande incertitude quant à l'estimation des paramètres sous-jacents (épidémiologie, organisation des services de soins de santé, innovation, technologie, etc.). On considère le plus souvent que la consommation de soins, par tête ou par classe d'âge, est invariante.

FIGURE 1 : UN EXEMPLE DE MODÈLE DE PROSPECTIVE



Source : [Final Guide of the Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, 2016](#). Fiche 12.

Les travaux européens concluent que les pays qui utilisent des approches mixtes, quantitatives et qualitatives, produisent des modèles de projection de l'offre et de la demande plus solides.

Les données et méthodes quantitatives sont particulièrement utiles pour les modèles de projection ; pour analyser le passé et la situation actuelle et pour mesurer les écarts et réaliser un suivi (évaluation).

Les méthodes qualitatives mobilisant l'expertise des parties prenantes permettent d'affiner la compréhension de la situation actuelle ainsi que les hypothèses concernant les évolutions futures et les raisons de ces évolutions (et ultérieurement, les explications ex-post de ces évolutions). Ces méthodes peuvent utiliser des entretiens semi-structurés d'experts ; la méthode Delphi permettant d'arriver à un consensus dans un groupe et de quantifier des variables d'évolution incertaine ; des enquêtes ponctuelles auprès d'un groupe de professionnels ou des usagers, etc.

²⁴ Scenarios have been defined as "description[s] of a possible and plausible future situation" (CfWI, 2014:6).

Les modèles de projection les plus complets développés dans l'UE prennent en compte :

- les compétences des différents professionnels et leur répartition géographique ;
- l'interaction entre les professions : substitutions verticales (entre professions) et horizontales (entre spécialités médicales) ;
- l'impact du progrès technologique ;
- les besoins épidémiologiques de la population ou le type de services fournis ;
- et la manière dont tous ces facteurs évoluent et leurs interactions au sein du système.

Les 3 pays qui utilisent les modèles les plus complets avec des approches qualitatives sont les Pays-Bas, la Belgique et la Grande Bretagne (chapitres 2.2.1 et 2.2.2).

Evaluer la mise en œuvre du modèle de projection et entrer dans un processus permanent d'amélioration

L'action conjointe a proposé une boîte à outils²⁵ permettant d'évaluer le système de planification de chaque pays à l'aide de 13 items²⁶ relatifs à la gouvernance et l'organisation mise en place (portage politique, communication, existence d'une structure dédiée aux activités de prospective...), aux aspects techniques du modèle (méthodologie établie, qualité des sources de données et leur complétude, utilisation de méthodes qualitatives...) et ceux de pérennisation (mise à jour régulière, production de recommandations...).

Lorsqu'un pays souhaite améliorer son système de planification, une évaluation ex-ante permet une auto-évaluation initiale, afin de mesurer les lacunes de son/ses modèles de prospective et d'envisager les chantiers à mettre en œuvre pour les améliorer. Une évaluation ex post, réalisée avec le même outil, sert à objectiver les améliorations du nouveau processus de planification mis en place.

1.1.2.3. Utiliser les projections pour orienter les décisions politiques

L'objectif des systèmes de planification est bien de s'appuyer sur les projections pour mettre en œuvre des actions concrètes. Il importe donc aux planificateurs de s'assurer qu'ils utilisent les outils les plus efficaces et de les réévaluer régulièrement afin de permettre aux décideurs politiques de choisir les options les plus pertinentes pour répondre aux défis en cours.

Il s'agit de confronter régulièrement les résultats observés (nombre de professionnels en exercice) avec les résultats attendus (nombre de professionnels cible) et de s'interroger sur les raisons des différences constatées. Sont-elles dues à des causes internes au modèle (mauvaises hypothèses, problèmes techniques, faiblesse des données, etc) ou à des facteurs externes (changements politiques ou économiques imprévus...). Tout cela pour *in fine* décider si des modifications doivent être apportées au modèle de planification.

La réévaluation et les mises à jour du modèle sont le plus souvent réalisées tous les 2 ou 3 ans. La prospective doit être pensée comme un processus continu, ajusté régulièrement, pour permettre des prises de décision politiques éclairées. Une articulation solide entre les secteurs de la formation, de l'enseignement supérieur et les personnes en charge de la planification est également à développer.

²⁵ [HWFP – ToolKit on Health Workforce Planning \(semmelweis.hu\)](http://www.semmelweis.hu)

²⁶ Chaque item peut être noté sur trois niveaux (0 - pas du tout ; 1 - partiellement ; 2 - complètement), ce qui permet d'obtenir un score total de 0 à 26 points.

La planification doit déboucher sur des propositions, partagées avec l'ensemble des parties prenantes. C'est ensuite aux politiques de prendre les décisions. En outre, au-delà des décisions concernant le nombre de professionnels à former, les travaux de la joint action recommandent de mettre en œuvre d'autres stratégies d'actions complémentaires (gestion des carrières, attractivité financière, politiques de maintien dans l'emploi, etc) dans le cadre d'une gestion globale des ressources humaines en santé au sein de la stratégie de santé de chaque pays.

1.1.2.4. Mettre en place un organisme national qui associe les parties prenantes nationales, locales, publiques et privées

L'organisation²⁷ en charge de la planification et les moyens qui lui sont dédiés (humains et financiers) vont relever de choix politiques différents selon les pays. Plusieurs exemples de modèles sont décrits dans le document final de l'action conjointe.

Les méthodes de prospective peuvent être communes ou différentes selon les professions. Tous les pays disposent d'un Comité ou d'une Commission nationale. Une étroite collaboration doit se nouer entre les universitaires / responsables des formations et le système de santé.

Les parties prenantes locales (régions, universités, municipalités, etc) sont impliquées dans le processus de concertation. Les attentes des régions doivent être prises en compte tout en se rappelant que la planification doit *in fine* couvrir les besoins de toute la population du pays. Le rôle de décision revient toujours au niveau central ; les parties prenantes, comme déjà vu, contribuent dans la connaissance des professions et dans la sélection des paramètres du modèle et des estimations des évolutions probables.

L'équipe en charge de la planification doit comprendre des compétences variées : statisticiens, informaticiens, épidémiologistes, sociologues, chefs de projets, etc :

- une équipe dédiée doit exister soit à plein temps soit à temps partiel ;
- elle comporte au minimum 3 personnes au Danemark et 50 personnes en Angleterre ;
- le nombre de personnes de l'équipe est proportionnel au nombre de professions à planifier ;
- à ce nombre fixe, il convient d'ajouter la participation d'institutions externes partenaires ainsi que des chercheurs impliqués notamment pour des demandes d'études spécifiques.

La communication concernant ces travaux de planification est essentielle : que ce soit auprès des parties prenantes afin de clarifier leur contribution, mais également auprès de la population en s'assurant de la transparence des travaux menés. A minima, un document technique est publié sur internet, accessible à tous.

Enfin, les travaux menés au niveau européen recommandent la création d'une agence²⁸ indépendante chargée de la planification des ressources humaines à long terme.

²⁷ [Handbook on health workforce planning : methodologies across EU countries 2015](#), pp 138-144.

²⁸ [Handbook on health workforce planning : methodologies across EU countries 2015](#). Lessons learn page 163.

1.1.2.5. Poursuivre les échanges via une nouvelle action conjointe européenne

Compte tenu des défis que constituent les ressources humaines en santé pour tous les pays, la Commission européenne a renouvelé son financement pour des travaux conjoints aux Etats-Membres à travers la « Joint Action HEROES » (HEalth woRkfOrce to meet health challEnges) pour la période 2023-2026²⁹ (cf ENCADRE 4). Une cartographie des systèmes et des politiques de planification des 27 Etats-Membres de l'UE et du Royaume-Uni a également été publiée en 2022³⁰.

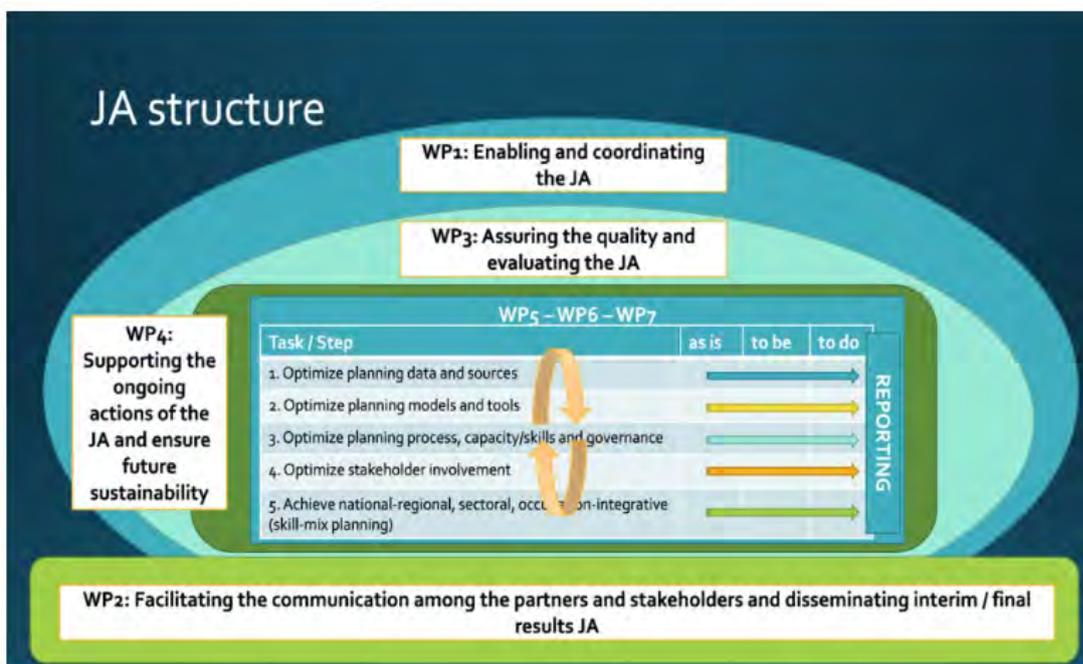
²⁹ [JA HEROES | Project on health workforce planning – A WordPress Full-Site Editor Theme.](#)

³⁰ Commission européenne. Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28. 2022. [D4 French Summary EB-03-21-072-FR-N.pdf \(healthworkforce.eu\).](#)

ENCADRE 5 : UNE NOUVELLE ACTION CONJOINTE « HEROES 2023 – 2026 »

19 pays européens et 51 organisations partenaires travaillent ensemble pour améliorer les capacités de planification des personnels de santé afin de garantir l’accessibilité, la durabilité et la résilience des services de santé, en se concentrant sur 4 domaines principaux :

- bases de données, collecte et analyse de données, couplages, sources, sur l’offre et la demande de personnels de santé ;
- outils de prévision et méthodologies de planification ;
- développement et renforcement des compétences pour une gestion efficace des systèmes de planification des personnels de santé aux niveaux national et régional ;
- engagement des parties prenantes pour une gouvernance réussie et durable des personnels de santé.



Les activités des groupes de travail (Work Packages - WP) 5, 6 et 7 « améliorer les dispositifs de planification des effectifs en santé » sont organisées autour de trois groupes de pays. Chaque groupe contient 6 pays dont les systèmes de santé et les flux de professionnels de santé présentent des caractéristiques communes. Les groupes effectueront une analyse de la situation initiale et définiront un scénario souhaitable à venir. Enfin, chaque pays élaborera une feuille de route et définira une stratégie d’amélioration de son dispositif de planification des effectifs en santé.

Groupe de travail 5
Membres du groupe : Espagne, Portugal, Norvège, Grèce, Suède, Italie

Groupe de travail 6
Membres du groupe: Croatie, Roumanie, Slovénie, Lituanie, Hongrie, Pologne

Groupe de travail 7
Membres du groupe : Allemagne, Belgique, Estonie, Pays-Bas, Slovaquie, Malte, Tchéquie

Source : JA HEROES, 2023.

1.2. Focus sur certains pays

1.2.1. Le modèle intégratif des Pays Bas est particulièrement intéressant

Le modèle néerlandais de planification des ressources humaines en santé a été mis en place en 2000 par le Comité consultatif sur la planification de la main-d'œuvre médicale, organe consultatif indépendant créé en 1999.

Objectifs et organisation

Ses objectifs sont :

- évaluer l'écart entre l'offre et la demande pour les différentes catégories de professionnels (médecins généralistes et spécialistes, dentistes, infirmières, assistants médicaux, etc) ;
- estimer la quantité future requise des professionnels de la santé sur la base, entre autres, des besoins de soins estimés;
- estimer le flux annuel requis dans les programmes de formation (initiale et continue), en fonction de l'écart projeté entre l'offre et la demande pour les 10 à 20 prochaines années.

Comme le rappelle l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) dans son rapport de la Conférence nationale de mars 2021, la méthode développée par les Pays-Bas fonctionne grâce à trois piliers : la concertation des acteurs, la régularité de la révision du modèle pour s'ajuster aux tendances réellement observées et les moyens consacrés à cet exercice³¹. L'organisation qui en est chargée est dotée d'un conseil d'administration, d'un conseil exécutif, d'une dizaine de chambres professionnelles et de groupes de travail. Elle est composée de 12 personnes et fait appel à plus de 80 à 100 experts. Elle collabore avec l'Institut néerlandais de recherche sur les services de santé (NIVEL³²) qui produit les modèles de projection.

Les travaux de planification concernent 9 groupes de professions³³. Les derniers datent de décembre 2022 et l'ensemble des travaux réalisés par l'organisation sont mis en ligne sur le site <https://capaciteitsorgaan.nl/>.

³¹ ONDPS, Conférence Nationale du 26 mars 2021 : Rapport et propositions.

³² Nivel a été fondé en 1985, le nom était un acronyme de « Institut néerlandais pour les soins primaires ». L'institut de recherche scientifique pour les soins de santé primaires est issu de l'Institut néerlandais des médecins généralistes (NHI), qui était le bureau scientifique du Collège néerlandais des médecins généralistes (NHG). Nivel emploie environ 170 personnes. Son programme de recherche comporte 4 axes principaux :

- Etre et rester en bonne santé
- Vers une société inclusive
- Le professionnel de la santé de demain
- Des soins de santé durables

Source : [Dit doen we: naar al ons onderzoek - input en output | Nivel](#).

³³ Un rapport général et les recommandations et estimations pour 9 groupes de professions sont examinés en détail dans 9 rapports distincts (figurent également des résumés et des présentations ppt).

- Un rapport 1 : Médecins spécialistes pour 28 spécialités (anesthésiste, cardiologue, chirurgien cardio, dermatologue, chirurgien, médecine interne, ORL, pédiatre, biologiste, physicien, généticien, gériatrie clinique, pneumologue, gastro-entérologue, microbiologie médicale, neurochirurgie, neurologue, Gynéco-obstétricien, ophtalmologue, orthopédiste, pathologiste, chirurgie plastique, Psychiatre, radiologie et médecine nucléaire, radiothérapie, Rhumatologie, Médecine de réadaptation, Médecine d'urgence)
- Un rapport 2 pour la médecine générale
- Les rapports 3a et 3b pour les dentistes et les hygiénistes dentaires

Les travaux sont réalisés profession par profession. Toutefois un des rapports regroupe 6 professions dans le champ de la santé mentale. Et les Pays-Bas ont publié en juillet 2023 un travail sur la cohérence entre les besoins en médecins spécialistes et en assistants et techniciens travaillant spécifiquement dans ces spécialités³⁴ (technicien de radiologie, aide anesthésistes, techniciens en médecine nucléaire). D'autres travaux sont envisagés pour associer de manière plus systématique dans les projections le nombre de spécialistes et le nombre d'autres professionnels indispensables à la réalisation de certains actes.

Relativement simple sur le plan technique, le modèle néerlandais présente deux intérêts majeurs :

- il est régulièrement mis à jour : tous les 3 ans environ, pour parvenir à un équilibre entre l'offre et la demande à un horizon de 18 ans. Les mises à jour impliquent l'actualisation des données, mais aussi l'intégration de nouveaux paramètres ;
- sa gouvernance : il est composé à parts égales de représentants de professionnels, des universités et instituts de formation et des caisses d'assurance maladie. Ses recommandations sont largement suivies par le gouvernement³⁵.

Ainsi, depuis plus de 20 ans, l'organisation chargée de concerter et de formuler des recommandations (« Capaciteitsorgaan ») mène, en coopération avec NIVEL (sur les aspects de modélisation), un gros travail pour mettre à jour régulièrement les projections de demande et d'offre pour les médecins et les dentistes aux Pays-Bas. Plus récemment, elle a entrepris ce travail pour d'autres professions de santé, pour lesquelles elle formule également des recommandations.

Le modèle néerlandais est également intéressant dans la mesure où il intègre, du côté de la demande, outre les facteurs démographiques, des facteurs d'évolution de l'état de santé, des facteurs socio-culturels, mais aussi des estimations de besoins non satisfaits. Il intègre également, du côté de l'offre, des éléments sur les transferts de tâches entre professionnels et sur les aspirations des professionnels concernant le temps et la qualité du travail.

Le modèle a été évalué à plusieurs reprises par différentes organisations des Pays-Bas et, depuis 2013, il est également évalué par l'Union européenne et comparé à d'autres modèles de prospective utilisés au sein de l'UE, s'avérant faire partie des meilleurs modèles.

Méthode

C'est avant tout une approche « macroscopique » s'appuyant sur des données empiriques (registres, enquêtes auprès des professionnels de santé, projections démographiques) et sur l'avis d'experts cf. FIGURE 2, FIGURE 3, ENCADRE 6) :

- le modèle prend en compte l'influence de plusieurs facteurs, limités en nombre, impactant l'offre et la demande de soins médicaux aujourd'hui et à l'avenir ;

Un rapport 4 pour la médecine sociale (des médecins du travail notamment)

Un rapport 5 pour la gériatrie

Un rapport 6 pour les médecins s'occupant de déficients mentaux

Un rapport 7 pour 5 professions dans le champ de la santé mentale et la toxicomanie

Un rapport 8 pour 17 professions infirmières spécialisées (anesthésie, dialyse, etc) et ambulanciers

Un rapport 9 pour les assistants médicaux et les infirmières.

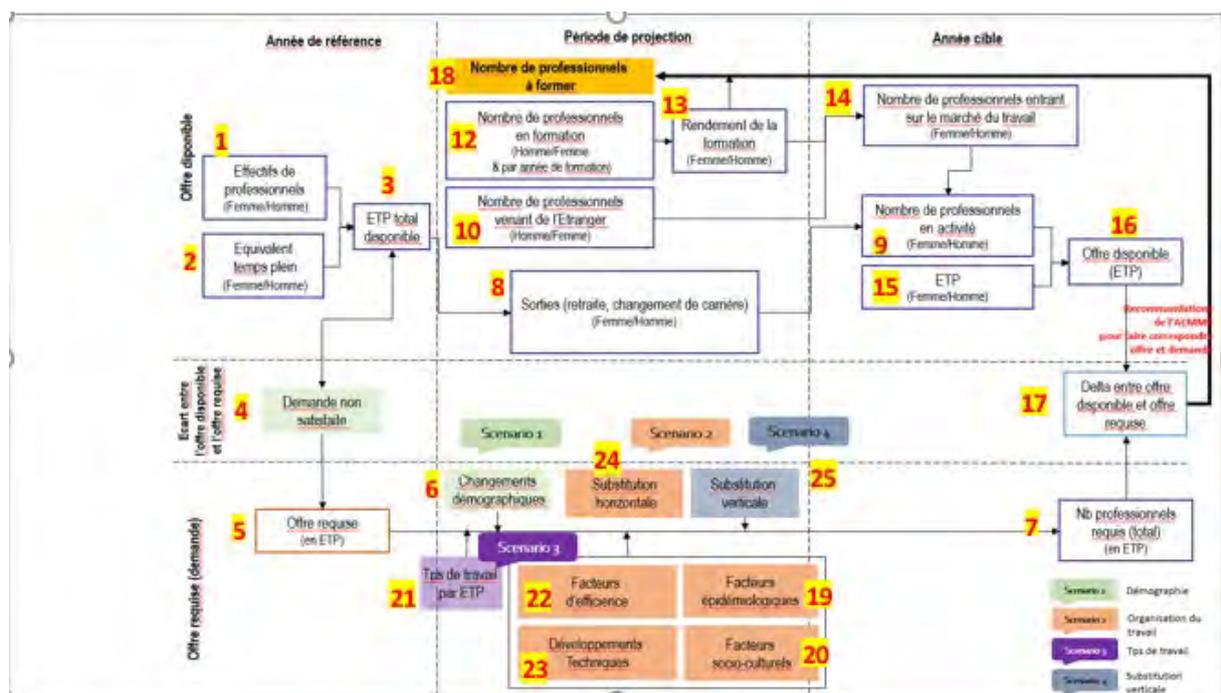
³⁴ <https://capaciteitsorgaan.nl/hoek-kan-het-capaciteitsorgaan-rekening-houden-met-samenhang-tussen-medisch-specialistische-en-ondersteunende-beroepen/>.

³⁵ <https://capaciteitsorgaan.nl/nieuwsbericht-capaciteitsorgaan-14-juni-2023/>.

- o un scénario tendanciel (scénario 1) incluant uniquement les évolutions démographiques de l'offre et de la demande, en prolongeant les dernières tendances observées ;
 - o d'autres scénarios sont élaborés, intégrant un plus grand nombre de facteurs influençant la demande : évolutions épidémiologiques (maladies chroniques, obésité, etc.), socioculturelles (autonomisation croissante des patients, prise de décision partagée) ; et des facteurs affectant l'offre : évolution du nombre d'heures travaillées, développements techniques/innovation, gains d'efficacité (charges administratives), etc.
- le nombre de professionnels à former est ensuite exprimé sous forme d'intervalle, sur la base des scénarios jugés les plus probables avant d'être soumis au gouvernement.

Les projections sont faites à l'aide d'un modèle mathématique comportant une cinquantaine de paramètres, suivis dans leurs évolutions et régulièrement mis à jour. C'est aujourd'hui l'un des modèles les plus aboutis, se concentrant sur un nombre limité de facteurs d'évolution estimés comme plausibles, dont les valeurs en projection sont partagées et décidées (pour les facteurs qualitatifs) avec toutes les parties prenantes.

FIGURE 2 : LES ETAPES DE LA PLANIFICATION DANS LE MODELE DES PAYS-BAS



Source : <https://capaciteitsorgaan.nl/>. Traduction Hcaam.

Etape 1 : calcul de la situation initiale : Premièrement, l'offre totale d'équivalents temps plein (ETP) disponible (3) est déterminée en multipliant le nombre de professionnels disponibles (1) et le nombre d'ETP par professionnel (2). Les deux éléments sont spécifiés selon le genre.

L'écart entre l'offre et la demande au cours de l'année de référence (Demande non satisfaite) (4) est estimée par des experts et sert à calculer le nombre d'ETP requis de professionnels de santé au cours de l'année de référence (5).

Étape 2 : estimation de l'offre et de la demande pour l'année cible

Il s'agit ici de déterminer les hypothèses et les valeurs des éléments dans la période entre l'année de référence et l'année cible. Plusieurs éléments relatifs à l'évolution de l'offre et de la demande sont pris en compte dans cette colonne du milieu.

> L'évolution démographique de la population (6)

Ces évolutions représentent des changements dans la structure par âge et par sexe de la population. Le poids des personnes âgées augmente tandis que celui des jeunes se réduit, alors que les personnes âgées ont tendance à avoir une demande de soins plus élevée. Sur la base de l'âge et du sexe, des extrapolations démographiques ont été effectuées en utilisant la consommation actuelle de soins de santé par habitant et le nombre d'habitants prévu pour une année cible spécifique.

> Les départs concernant l'offre (8)

L'exode de professionnels de santé dans la période entre l'année de référence et l'année cible est un prédicteur du nombre futur de professionnels de la santé disponibles au cours de l'année $T + X$. Les raisons de quitter la profession sont principalement la retraite (anticipée) ou le choix d'une autre profession.

> Les professionnels de la santé formés à l'étranger (10)

Les flux entrants de l'étranger sont relativement faibles aux Pays-Bas pour la plupart des professions médicales.

> La formation (12 et 13)

Le nombre de professionnels de santé disponibles au cours de l'année cible est prévu à l'aide de différentes données. Une attention particulière est portée au nombre de femmes en formation. La durée et le rendement de la formation sont des éléments importants du modèle, car ils déterminent le nombre de diplômés et le moment où ces diplômés entrent sur le marché du travail (14).

Étape 3: Calcul de la situation future

La colonne de droite du modèle représente la situation au cours de l'année cible ($T + X$). Premièrement, l'offre totale disponible prévue d'ETP dans le futur (16) est calculée en multipliant le nombre prévu de professionnels de santé disponibles (9) par le pourcentage d'ETP prévu par professionnel (15).

L'offre requise de professionnels de la santé au cours de l'année cible, est calculée en nombre total d'ETP requis (7), en utilisant le nombre d'ETP requis au cours de l'année de référence (5), influencé par l'évolution démographique de la population (6).

Étape 4: Calcul de l'écart

L'étape 4 est la dernière étape des simulations de modèle. La différence entre l'offre requise et l'offre disponible au cours de l'année cible constitue l'écart estimé entre l'offre et la demande (17). L'objectif du modèle de simulation est d'atteindre l'équilibre en ajustant le nombre futur de professionnels de santé en formation (18).

ENCADRE 6 : L'ELABORATION DE 4 SCENARIOS AUX PAYS- BAS

Scénario 1

C'est le scénario tendanciel de base qui projette l'écart futur entre l'offre et la demande des professionnels de santé en n'incluant que des facteurs démographiques pour prédire la demande future.

3 autres scénarios ont été développés afin d'améliorer l'adaptation du modèle avec la réalité.

Scénario 2 :

Il tient compte des évolutions épidémiologiques et socio-culturelles du côté de la population, ainsi que des évolutions concernant la profession : évolutions techniques, évolutions d'efficacité et évolutions en matière de substitution horizontale.

> Développements épidémiologiques (19)

Cet élément représente les changements qui se produisent dans la prévalence et l'incidence des maladies, non liées à l'âge et au sexe, qui continueront d'augmenter dans le cas de certaines maladies et de diminuer dans d'autres.

> Développements socioculturels (20)

L'élément 20 représente les évolutions socioculturelles, telles que l'autonomisation croissante des patients et les différences entre les groupes ethniques en ce qui concerne leur santé. Ces évolutions peuvent conduire à une augmentation de la demande réelle de soins de santé et, par conséquent, à une expansion de l'offre requise pour les soins de santé. La valeur de cet élément est déterminée par des estimations d'experts.

> Développements techniques et développements en matière d'efficacité (22 et 23)

Ces deux éléments du modèle représentent les évolutions techniques de la profession (informatisation, innovations dans la prévention, l'aide au diagnostic, organisation...).

> Développements concernant la substitution horizontale (24)

La substitution horizontale fait référence au transfert de tâches entre différentes professions du même niveau professionnel. Elle peut se produire entre les hôpitaux et les soins de ville notamment.

Les éléments 19, 20, 22, 23 et 24 sont entièrement dépendants de l'estimation par les groupes d'experts et de leur capacité à prévoir et à projeter. Pour éviter la domination d'un groupe d'intérêt, une approche structurée de la consultation des experts est nécessaire.

Scénario 3

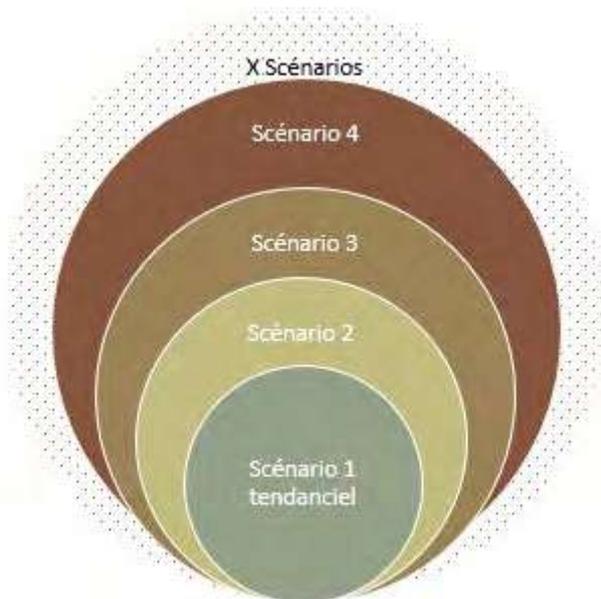
Après l'élaboration du scénario 2, le scénario 3 a été introduit dans le modèle de planification de la main-d'œuvre néerlandaise. Ce scénario ajoute l'évolution structurelle des heures de travail par ETP (élément 21³⁶), via une estimation par des experts des évolutions conduisant à une réduction du temps de travail, fondée sur les aspirations de la future génération de professionnels de santé entrant sur le marché du travail.

Scénario 4

Il est fondé sur les développements concernant la substitution verticale (élément 25). Cet élément a été ajouté au modèle de simulation en 2006. La substitution verticale concerne le déplacement de tâches entre professionnels de santé de différents niveaux professionnels / éducatifs, par ex. les changements entre les généralistes et les infirmières praticiennes. De même que pour la substitution horizontale, les groupes d'experts estiment cet élément en termes de pourcentage de changement annuel (attendu) de la demande de soins de santé professions, en raison de la substitution verticale.

³⁶ Cet élément prend en compte la tendance des professionnels de la santé à travailler moins d'heures. Au cours des dernières décennies, dans de nombreux secteurs du marché du travail néerlandais a été observée une tendance croissante à réduire le temps de travail formel (travail ratio heures / ETP)

FIGURE 3 : LES SCENARIOS DU MODELE DES PAYS-BAS POUR LES GENERALISTES



Scénario 1 : prend en compte les évolutions démographiques

Scénario 2 : + évolutions épidémiologiques ; socio-culturelles (autonomisation) ; amélioration d'efficacité ; développements techniques, innovation ; substitution horizontale (de l'hôpital vers la ville)

Scénario 3 : + évolutions du temps de travail ; prise en compte des aspirations des futurs professionnels d'un meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle

Scénario 4 : + évolution de la substitution verticale : délégation / partage de tâches vers d'autres professions (assistants médicaux, infirmières)

1.2.2. Des pays qui s'appuient sur des méthodes qualitatives pour enrichir les modèles de prospective

De nombreuses publications du Royaume-Uni et de la Belgique décrivent les méthodologies utilisées.

1.2.3.1. Les travaux menés au Royaume-Uni

Les premiers travaux de méthode prospective de l'offre et de la demande ont été développés au début des années 2010 par le Centre for Workforce Intelligence (CfWI)³⁷ pour permettre une planification plus solide des ressources humaines de santé dans le pays. Ils s'appuient sur différentes méthodes quantitatives et qualitatives dont l'horizon scanning et l'élaboration de scénarios d'avenir. Cette planification³⁸ du personnel de santé est organisée dans un cadre global de relations statutaires entre le Ministère de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur.

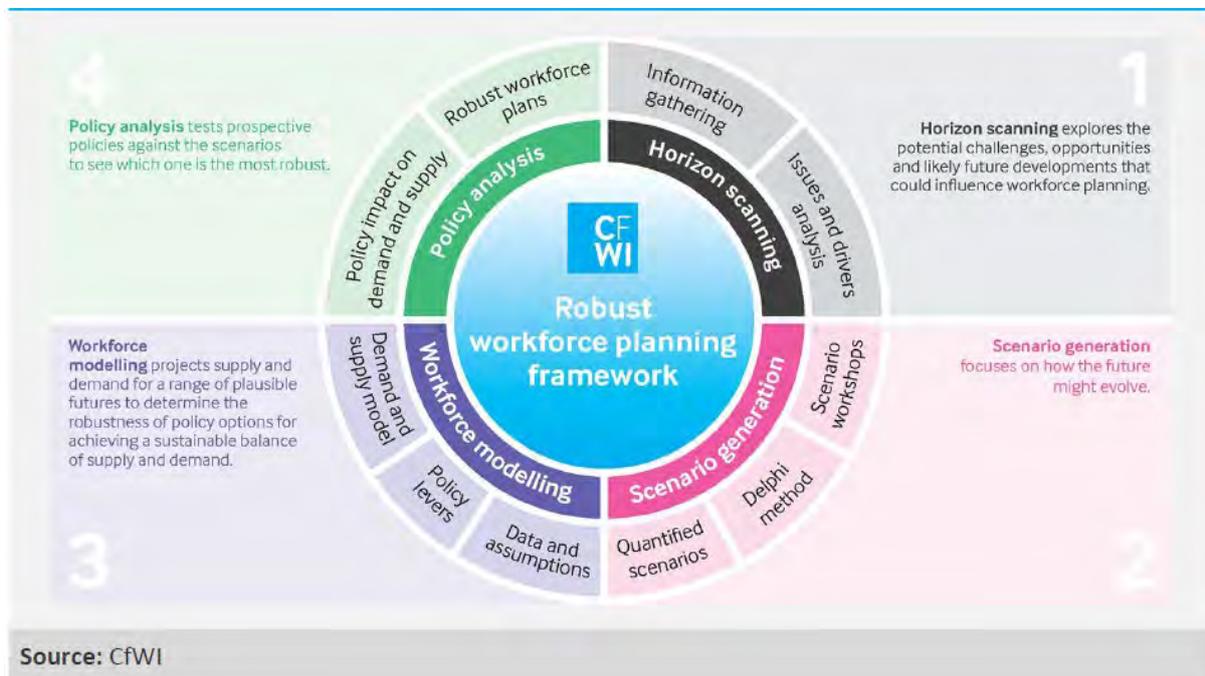
L'horizon scanning consiste à étudier les facteurs influençant les tendances futures. Cette méthode se combine à la génération de scénarios qui permettent d'explorer l'ensemble des futurs possibles selon des combinaisons de ces facteurs. Les informations sont collectées grâce à différentes méthodes qualitatives, notamment des interviews des parties prenantes et/ou des consultations publiques. Sur la base des informations recueillies, les scénarios sont construits lors de workshops afin de retenir les principaux facteurs d'évolutions. La modélisation de la force de travail repose sur l'analyse de ces données et sur la quantification des facteurs retenus dans chacun des scénarios et permet

³⁷ Les nombreuses publications méthodologiques et les rapports sont disponibles en ligne à l'adresse suivante : [\[ARCHIVED CONTENT\] Publications — CfWI Homepage \(nationalarchives.gov.uk\)](#). Les missions du CfWI ont été intégrées au NHS en 2016.

³⁸ Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28. Written by the SEPEN consortium « Support for the hHealth workforce Planning and forecasting Expert Network ». European Union, 2021.

la définition de plans d'actions stratégiques sur les ressources humaines en santé (FIGURE 4).

FIGURE 4 : LA METHODE DE PROSPECTIVE DU CENTRE FOR WORKFORCE INTELLIGENCE



Par ailleurs, depuis 2015, un ensemble de données nationales de base sur les effectifs est disponible. Les statistiques officielles sur les personnels sont communiquées chaque mois (National Health Service Digital). Les données relatives à la formation sont également publiées par le ministère de l'enseignement supérieur.

En appui au NHS, le [REAL Centre](#) (Research and Economic Analysis for the Long Term) de la Health Foundation a pour objectif d'aider les dirigeants des services de santé et sociaux à comprendre les implications de leurs décisions de financement et de ressources au cours des 10 à 15 prochaines années. Il fournit ainsi des analyses et des recherches indépendantes pour soutenir une meilleure prise de décision. Cet organisme est composé d'une quinzaine de chercheurs, économistes. Il est doté d'un conseil de surveillance d'une dizaine de personnes. Il fait appel à des cabinets de consultants pour produire spécifiquement des modèles de simulation. Depuis 2019 il a produit, à la demande du NHS, plusieurs rapports notamment sur les infirmières et les médecins généralistes. Le REAL Centre a notamment été en charge des projections 2022 du NHS³⁹.

En 2019, cet organisme a chargé le cabinet "[Decision Analysis Services Ltd \(DAS\)](#)" de développer un nouveau modèle plus complet pour les infirmières⁴⁰. Le modèle, que DAS a cédé au Centre REAL en septembre 2021, fournit des projections à 5 à 20 ans du nombre d'infirmières, déclinées par régions et secteurs de soins. Dans ce modèle de l'offre en infirmières, des travaux ont été menés afin de prendre en compte des facteurs⁴¹ pouvant rentrer en ligne de compte dans la décision de devenir infirmier ainsi que dans celle de se maintenir dans le métier : coût et difficulté de l'obtention d'un diplôme d'infirmier ; qualité de la formation ; conditions économiques dont la rémunération ; attentes professionnelles (satisfaction, qualité de vie au travail, pénurie dans les services...) ; flexibilité des activités,

³⁹ [NHS workforce projections 2022 - The Health Foundation.](#)

⁴⁰ <https://www.health.org.uk/publications/nurse-supply-model-overview>.

⁴¹ Voir plus de détail [Nurse supply model: a review of economic factors affecting nurse supply - The Health Foundation](#) décembre 2021. page 45.

etc. L'identification de ces éléments permet d'éclairer et d'évaluer les implications de différentes politiques pour combler les pénuries d'infirmiers.

Un autre intérêt de l'approche anglaise est qu'elle adopte une vision large de la santé associant les champs du social et de la santé publique (cf chapitre 1.2.4.2)) ainsi que des approches plus fines par secteurs de soins (voir chapitre cf chapitre 1.2.3).

1.2.3.2. Le modèle de prospective des sages-femmes en Belgique

Depuis 1996, la Belgique dispose d'une Commission de planification de la démographie médicale⁴². Elle examine les besoins en matière de professionnels de santé, notamment médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes et orthophonistes. Cette commission s'appuie sur des données et des scénarios d'avenir fournies par la Cellule de Planification de l'Offre des Professions de santé, du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité alimentaire et Environnement. De nombreux travaux de prospective ont été réalisés avec l'appui du KCE, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé⁴³.

Un rapport relatif à la planification des sages-femmes a été élaboré par cet organisme en 2016. Le KCE y fait plusieurs recommandations⁴⁴ à la Commission de planification :

« Afin d'anticiper les évolutions de l'offre et de la demande de soins, il faudrait renforcer méthodologiquement la génération de scénarios pour la planification des ressources humaines en santé en y introduisant par exemple l'analyse prospective (ou horizon scanning) et l'analyse des politiques influençant l'offre et la demande de soins.

Il y a lieu d'améliorer :

o la collecte de données relatives à la description de l'offre ;

o la projection du nombre de diplômés et la conversion des effectifs en ETP pour les activités libérales ;

o la collecte de données relatives à la demande.

On devrait envisager une planification simultanée des professions de santé entre lesquelles une délégation des tâches est possible ou souhaitable.

Il faudrait procéder annuellement à une analyse post-hoc du modèle de projection et analyser les déviations par rapport aux prévisions. »

Le KCE a donc été chargé en 2019 d'utiliser la méthode d'horizon scanning⁴⁵ pour la profession des sages-femmes. Les approches qualitatives mises en œuvre sont décrites dans cette section afin d'illustrer le processus d'identification des principaux facteurs d'évolution et la concertation des parties prenantes.

⁴² Pour en savoir plus : [Commission de planification - offre médicale | Santé Publique \(belgique.be\)](#).

⁴³ L'acronyme « KCE » est une contraction du mot flamand « Kenniscentrum » qui veut dire « Centre d'Expertise ».

⁴⁴ KCE REPORT 278Bs [KCE278Bs planification_sante_donnees_sages-femmes_Synthese.pdf](#). page 20.

⁴⁵ KCE REPORT 312Bs 2019 [Scénarios alternatifs pour la projection de la force de travail des sages-femmes : Horizon scanning et modèle de quantification – Synthèse \(fgov.be\)](#).

En complément de ces travaux la cellule de planification a produit plusieurs analyses de la profession : une première qui envisage 2 scénarios selon que les sages-femmes sont exclusivement impliquées dans le champ de la maternité ou sont également impliquées plus largement dans les soins de santé sexuelle notamment. [Scénarios de base de l'évolution de la force de travail Sages-femmes 2014-2039, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, juin 2018](#) et un second en déclinaison de l'étude de KCE : [Scénarios alternatifs de l'évolution de la force de travail Sages-femmes 2017-2042, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, octobre 2020.](#)

La méthodologie consiste en la production d'un premier scénario de base fournissant une projection de la densité des sages-femmes (en effectifs et en ETP) pour 10 000 femmes en âge de procréer, « à politique et conditions constantes ».

Plusieurs étapes (TABLEAU 3) associant largement l'ensemble des parties prenantes⁴⁶ permettent d'identifier les facteurs intervenant dans les évolution des parcours de soins des femmes enceintes et des familles, de l'accouchement et plus globalement du métier de sage-femme : revues de la littérature, interviews semi-structurées pour collecter l'information sur les facteurs clefs, un panel Delphi pour retenir les facteurs ayant un impact potentiellement important dans le futur et enfin la phase de quantification des facteurs identifiés.

TABLEAU 3 : LES ÉTAPES DE LA METHODE D'HORIZON SCANNING POUR LA PROSPECTIVE DES SAGES-FEMMES EN BELGIQUE

	Méthode / Outils	Participants	Contenus	Résultats
Recherche préliminaire	Revue de littérature			
Phase 1 Sélection des facteurs	Un questionnaire en ligne (2 semaines) Workshop 1	Parties prenantes et experts, 122 participants 31 participants	50 facteurs répartis en 14 domaines. Possibilité d'ajouter des facteurs complémentaires. Discussion sur l'impact sur la force de travail Et décision du niveau d'intérêt (haut, moyen, faible)	90 personnes ont complété le questionnaire. Ajout de 134 propositions aux 50 premiers facteurs. On aboutit à 101 facteurs. Le workshop en retient 73. Ajout de 4 facteurs pendant le workshop soit 77 facteurs
Phase 2 Regroupement des facteurs en clusters	Workshop 2	Professionnels et décideurs	Objectifs : Analyser les facteurs et leur définition Regrouper les facteurs en groupes homogènes	Identification de 12 groupes de facteurs
Phase 3 Analyse de l'impact/ l'incertitude des clusters	Durant le workshop 2		Placer chaque groupe homogène (cluster) sur une matrice d'impact et d'incertitude	10 clusters sur 12 sont supposés avoir un impact très élevé sur l'exercice futur de la profession
Phase 4 création d'un cadre théorique pour les scénarios et rédaction des scénarios alternatifs	Workshop 3 Workshop 4	Idem workshop 2	3 scénarios ont été retenus Rédaction des descriptions des scénarios par l'équipe de recherche Discussion de la description de chaque scénario et estimation de l'ampleur de l'impact (positif, neutre ou négatif) sur l'offre et la demande	Scénario A : le gynécologue occupe une place centrale à l'hôpital et en ambulatoire Scénario C : centré sur l'ambulatoire dans lequel les sages-femmes occupent une place centrale Scénario B : système hospitalo-centré au sein duquel les sages-femmes occupent une place centrale

⁴⁶ Les étapes 2 à 4 ont été réalisées avec le concours d'une équipe de consultants spécialisée en méthodologie qualitative (ShiftN <http://www.shiftn.com/>).

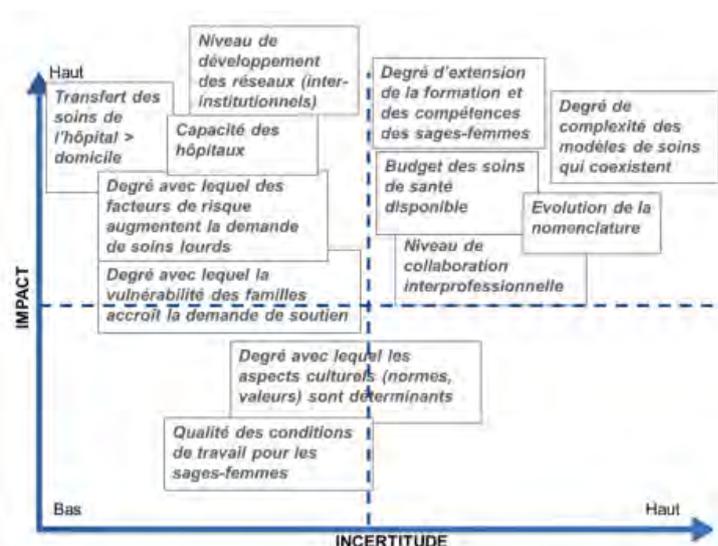
Calcul de l'impact des scénarios sur les paramètres de demande du modèle de projection de la force de travail des sages-femmes	Une enquête en ligne Workshop 5	Envoyée à 74 personnes (sage femmes, gynécologues, travailleurs sociaux, écoles de sage femmes) 18 participants	L'élicitation permet d'attribuer une valeur numérique sur un paramètre pour lequel aucune donnée n'existe. L'élicitation fait appel aux jugements d'experts	Discussion et vote sur la vraisemblance de la valeur proposée.
---	--	--	---	--

Source : KCE, 2019.

Une liste de plus d'une centaine de facteurs a été regroupée en 12 groupes.

La sélection des principaux facteurs d'évolution et l'appréciation de leur probable influence à l'avenir à la fois en terme de probabilité et d'impact constitue une phase majeure du processus d'horizon scanning (FIGURE 5). Cette étape permet de ne retenir qu'un nombre limité de facteurs dont l'impact sera ensuite quantifié en attribuant à chaque groupe de facteurs une valeur numérique qui sera intégrée au modèle mathématique de base.

FIGURE 5 : POSITIONNEMENT DES 12 GROUPES DE FACTEURS SUR LA MATRICE D'IMPACT/PROBABILITÉ

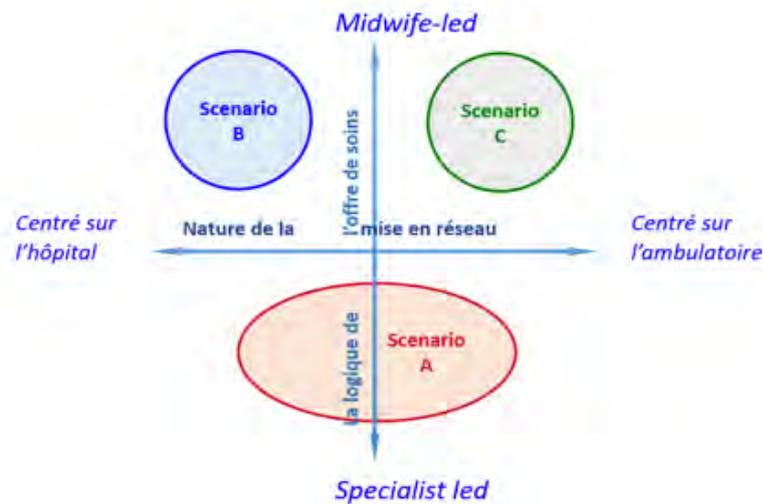


Source : KCE, 2019.

Trois scénarios alternatifs ont été envisagés pour appréhender les besoins futurs en maïeutique en tenant compte des influences technologiques, économiques, environnementales, politiques, sociales sur la place et le rôle futurs des professionnels de santé. (FIGURE 6).

- Scénario A : le gynécologue occupe une place centrale à l'hôpital et en ville ;
- Scénario B : hospitalo-centré dans lequel les sages-femmes occupent une place centrale ;
- Scénario C : centré sur l'ambulatorio dans lequel les sages-femmes occupent une place centrale.

FIGURE 6 : POSITIONNEMENT DES SCENARIOS A DEVELOPPER AU SEIN DU CADRE THEORIQUE



Source : KCE, 2019

Les trois scénarios alternatifs permettent d'envisager des variantes plausibles au modèle actuel d'organisation des soins, susceptibles de se développer dans un avenir plus ou moins proche :

- d'un scénario très proche du modèle actuel, hospitalo-centré, dans lequel les médecins spécialistes (gynécologues) sont les acteurs principaux (y compris pour les grossesses et accouchements sans complications) ;
- vers un scénario très différent, orienté sur les services délivrés en ambulatoire, principalement par des professionnels de première ligne (sages-femmes et médecins généralistes) dans lequel les personnes à risque sont orientées vers les spécialistes.

Au niveau national, entre 2016 et 2026, l'augmentation globale de la demande en soins obstétricaux prodigués par des sages-femmes est estimée dans une fourchette entre +10,7% à +18,8% selon les scénarios et les hypothèses sous-jacentes.

Les auteurs soulignent l'importance de l'implication des experts de terrain et des représentants de leurs associations professionnelles (sages-femmes, médecins gynécologues, obstétriciens, généralistes) comme atout majeur et force indéniable dans l'ensemble du processus de modélisation. Cette approche qualitative de planification construite avec l'éclairage des parties prenantes permet un portage solide des conclusions des travaux par l'ensemble des parties prenantes.

Si la méthodologie peut paraître complexe, c'est essentiellement au moment de la construction du modèle que les efforts sont les plus coûteux en moyens et en temps. Une fois cet investissement réalisé, les approches de prospective requièrent un monitoring régulier des hypothèses posées et des évaluations (au regard des tendances réellement observées) afin de procéder à d'éventuels ajustements en cas de déviation des prévisions par rapport à la réalité observée.

ENCADRE 7 : UNE METHODE PROSPECTIVE IDENTIQUE POUR LES MEDECINS

La commission de planification avec l'aide de la cellule de planification propose des documents de prospective comportant à la fois des scénarios de base et alternatifs.

Au cours de 16 réunions qui ont eu lieu entre octobre 2020 et février 2022, le groupe de travail Médecins s'est concentré dans les scénarios alternatifs sur deux facteurs d'évolutions centraux :

- une réduction du temps de travail (en ETP) suite aux évolutions sociétales vers un meilleur équilibre vie professionnelle et vie privée
- des augmentations de la demande en soins plus importantes que dans le scénario de base, où seule l'évolution fondée sur la croissance et le vieillissement de la population est prise en compte.

Voir le [rapport final scenarios alternatifs medecins 2016-2036 fr.pdf \(belgique.be\)](#)

1.2.3. Vers des exercices de prospective qui s'intéressent aux besoins de la population dans des secteurs de soins stratégiques

Dans une récente revue de littérature⁴⁷, si les auteurs confirment l'importance dans les modèles de projection et de planification des ressources humaines en santé (ici limitées aux médecins) de s'appuyer sur les besoins futurs de soins de la population, ces derniers soulignent également l'absence, encore actuellement, de cadre théorique permettant d'opérationnaliser une offre de soins fondée sur les besoins de la population. Les modèles prospectifs d'estimation des besoins futurs en matière de soins restent largement fondés sur les évolutions démographiques et encore très peu sur des estimations des évolutions en matière de morbidité ou sur la prise en compte d'autres facteurs : amélioration des comportements de santé, évolution de la demande des patients, prise en compte des besoins de soins insatisfaits, etc.

Cette revue de littérature confirme la complexité de ce type d'exercice fondé sur les besoins de la population en matière de soins de santé pour les traduire en nombre de professionnels.

La prise en compte d'éléments d'évolution non démographiques reste complexe à l'échelle de l'ensemble du système de soins et une approche plus restreinte sur un domaine, un secteur de soins ou sur une pathologie présente l'avantage de pouvoir aller plus loin dans la modélisation de la demande et de la prise en compte des besoins de la population.

1.2.3.1. Des exercices de prospective sur les soins primaires

Comme indiqué au chapitre 1.1.2.1, les travaux⁴⁸ anglais concernant la prospective RH ont utilisé des méthodes quantitatives et qualitatives de type horizon scanning. Ils ont concerné, au-delà des approches en silo par profession, les équipes de soins primaires. Ces équipes sont constituées au Royaume-Uni de 4 types de professionnels : les médecins, les infirmiers, les personnels administratifs et des « direct patient care⁴⁹ » : des soignants intervenants auprès des patients mais qui ne sont ni infirmier ni médecin généraliste.

⁴⁷ Isabel Geiger, Laura Schang and Leonie Sundmacher. Assessing needs-based supply of physicians: a criteria-led methodological review of international studies in high-resource settings. BMC Health Services Research (2023) 23:564.

⁴⁸ In-depth review of the general practitioner workforce. CfWI. Jul 2014. [\[ARCHIVED CONTENT\] In-depth review of the general practitioner workforce — CfWI Homepage \(nationalarchives.gov.uk\)](#).

⁴⁹ Ces « direct patient care » sont définies comme toute personne directement impliquée dans la prestation de soins aux patients, mais qui n'est ni infirmière ni médecin généraliste. Il s'agit notamment des aides-soignants, des kinésithérapeutes,

Ce document présente les réflexions sur la manière dont les soins primaires sont dispensés et vont être susceptibles de changer⁵⁰ de manière significative. Les auteurs pointent de nombreuses évolutions (augmentation des maladies chroniques, vieillissement de la population, actions sur les facteurs de risques liés au mode de vie, etc) qui impactent fortement les réflexions sur les ressources humaines en santé, afin de répondre aux besoins de santé de la population. Le modèle de la médecine générale évoluera à la fois en ce qui concerne le rôle des médecins généralistes au sein d'équipes flexibles ainsi que dans l'organisation des cabinets médicaux.

Les travaux de CfWI de 2014 ont envisagé 2 modèles de soins primaires :

- le modèle du Royal College of General Practitioners⁵¹ qui consiste à développer des services intégrés dirigés par les médecins généralistes dont une partie de leur temps serait consacré à la supervision de soins aux patients réalisés par des équipes multidisciplinaires ;
- un modèle de changement plus radical où les médecins s'occuperaient davantage des patients complexes et coordonneraient les parcours de soins en favorisant une plus grande autogestion des patients ; les infirmières joueraient alors un rôle plus important, en accès direct, de même que les autres soignants dans les soins primaires.

Par la prise en compte de ces évolutions en soins primaires dans les exercices de prospective, les experts et les différentes parties prenantes ont pu dessiner l'évolution de l'équipe soignante : grâce à un partage de compétences plus large par différents soignants, la proportion de médecins généralistes et d'infirmières praticiennes pourrait diminuer en 2030 tandis que les assistants médicaux et les autres soignants augmenteraient⁵².

En tout état de cause, aucun modèle unique des soins primaires ne pourra convenir à l'ensemble des diversités territoriales et les trois modèles : traditionnel, soins intégrés centrés autour du médecin traitant ; ou soins impliquant davantage de soignants, se déploieront.

Dans les récents travaux⁵³ de 2022, portant sur les infirmiers et les médecins généralistes ainsi que sur les autres professionnels en soins primaires, plusieurs scénarios sont de nouveau déclinés selon la façon dont les infirmiers et les médecins vont être amenés à travailler ensemble.

En déclinaison du NHS Long Term Plan⁵⁴ de 2019, les exercices de prospective explorent les leviers que les décideurs pourraient utiliser pour atténuer les pénuries en matière de main d'œuvre tout en maintenant une qualité de soins ambitieuse pour les 10 ans à venir. La première des cinq priorités⁵⁵ de ce plan encourage une plus grande collaboration entre les médecins généralistes, les équipes et les services communautaires sous la forme de réseaux de soins primaires, afin d'accroître les services qu'ils peuvent fournir conjointement, pour répondre aux besoins des communautés, tout en donnant aux personnes un plus grand contrôle sur leur propre santé.

des pharmaciens, des phlébologues, des podologues, des distributeurs, des conseillers, des thérapeutes complémentaires, etc.

⁵⁰ [\[ARCHIVED CONTENT\] In-depth review of the general practitioner workforce — CfWI Homepage \(nationalarchives.gov.uk\)](#)

Chapitre 13.

⁵¹ [The-2022-GP-A-Vision-for-General-Practice-in-the-Future-NHS-2013.pdf \(scot.nhs.uk\).](#)

⁵² A noter que dans ces travaux ne sont pas pris en compte les personnels administratifs. Ce qui rend difficile la comparaison avec les travaux ultérieurs de 2022.

⁵³ [NHS workforce projections 2022 - The Health Foundation.](#)

⁵⁴ [NHS Long Term Plan v1.2 August 2019.](#)

⁵⁵ Les 5 principes : 1. Faire différemment 2. Prévention des maladies et lutte contre les inégalités en matière de santé 3. Soutenir nos effectifs de professionnels 4. Mieux utiliser les données et le numérique 5. Améliorer l'efficacité du NHS.

Trois scénarios sont bâtis assurant des gains de productivité en prenant en compte à terme une réduction de la durée des hospitalisations et une augmentation des journées d'hôpital de jour mais selon une évolution moins importante que les 10 années précédentes :

- Le scénario "politique actuelle" suppose que les effectifs augmentent conformément aux tendances actuelles et aux politiques déjà mises en œuvre pour promouvoir le recrutement et le maintien en poste des professionnels ;
- Le scénario "optimiste" suppose que les effectifs augmentent plus rapidement que dans le scénario "politique actuelle", avec des choix politiques permettant de combler les écarts de main-d'œuvre existants jusqu'à 2030/31 ;
- Le scénario "pessimiste" suppose que les effectifs augmentent plus lentement que par rapport au scénario "politique actuelle", voire qu'ils diminuent, en raison d'un manque d'action politique supplémentaire et de planification des effectifs ou de l'échec des mesures politiques actuelles, en particulier au-delà de 2023/24.

L'ampleur du défi que représentera la main-d'œuvre du NHS au cours de la décennie à venir est considérable. Avec des hypothèses prudentes de réduction du temps de travail du personnel, la main-d'œuvre du NHS devrait augmenter, en plus des postes vacants, d'environ 314 000 ETP d'ici 2030/31, soit environ une augmentation de 2,2% par an. Le rapport souligne notamment la nécessité d'étayer les choix politiques par des recherches approfondies sur les moteurs de l'offre et de la demande.

ENCADRE 8 : UN EXEMPLE DE PROJECTION PAR DOMAINES DE SOINS

En s'intéressant à des méthodes prospectives par domaine de soins, l'équipe du REAL Center expose dans un article de 2023 une méthode de projection de la demande de soins par secteurs d'activité : l'ambulatoire, les soins non programmés, les soins programmés, les soins primaires, les soins communautaires, la maternité, les services de santé mentale, les prescriptions. Il s'agit d'en calculer les besoins de financement à l'horizon 2030/31 et son implication en terme de nombre de professionnels et de lits d'hospitalisation selon 2 scénarios : identique à 2018/2019 en terme de durée d'hospitalisation (ou en baisse) et d'HDJ (ou en augmentation).

Sont pris en compte dans le modèle : la fourniture des mêmes niveaux de soins compte tenu des évolutions démographiques et de l'augmentation de la morbidité dans la population (en considérant que le taux de croissance annuel des pathologies se poursuit à l'identique que celui observé au cours de la dernière décennie (2008/19 – 2018/19) et en projetant le même niveau de soins dans les différents secteurs).

Principes de calcul

1. calcul du taux d'utilisation actuel des soins selon l'âge, le sexe et les pathologies	2. les multiplier par les populations futures projetées pour estimer la demande future pour différents domaines de services de santé	3. Calcul du cout de cette demande future (à partir des couts unitaires de l'année 2018/2019 + l'inflation et productivité) sur chacun des services
--	--	---

Outre le fait que le financement du NHS devrait augmenter de 2,8 % par an pour suivre les augmentations prévues de la demande et des coûts unitaires, les personnels devraient augmenter de 1,8 à 2,6 % par an d'ici 2030/31, équivalent à 290 000-440 000 équivalents temps plein (ETP) supplémentaires d'ici à 2030/31. Le nombre de lits de soins généraux et aigus devrait augmenter de 1,3 à 4,1 % par an, ce qui équivaut à entre 19 000 et 70 000 lits supplémentaires d'ici 2030/31. Cette étude par domaine et par secteur de soins permet d'éclairer également les facteurs d'évolution qui vont sous-tendre les besoins de financement à l'avenir.

Face à l'ampleur des difficultés du NHS, le gouvernement a publié en juin 2023 le NHS workforce plan⁵⁶ présentant des projections d'effectifs à 15 ans pour répondre aux besoins en personnel. Ce plan prévoit des mesures pour augmenter le nombre de professionnels, ainsi que d'autres pour retenir les personnels dans leur emploi et sur les nouveaux rôles au sein d'équipes multidisciplinaires favorisant davantage de temps soignants/médical auprès des patients. Une mise à jour de ces projections est prévue tous les 2 ans.

Ce plan a été évalué par la Health Foundation. La directrice de cette agence a demandé⁵⁷ que cet engagement de publier des projections de personnel, vérifiées de manière indépendante tous les 2 ans, soit inscrit dans la loi. Elle souligne par ailleurs que si la publication du plan de main-d'œuvre est un pas en avant important, ses effets dépendront d'actions et d'investissements bien plus larges de la part du gouvernement, comme par exemple le soutien de l'investissement (bâtiments, équipement, informatique, etc.).

Elle précise également l'importance de s'intéresser urgemment à la prospective des professionnels du champ du secteur du social. (voir chapitre 1.2.4.2).

⁵⁶ [NHS Long Term Workforce Plan \(england.nhs.uk\)](https://www.nhs.uk/longtermplan/).

⁵⁷ Dr Jennifer Dixon, the Chief Executive of the Health Foundation, 29 juin 2023. [NHS Long Term Workforce Plan – Health Foundation response](#).

Les soins primaires : une approche en prospective permettant de prendre en compte les besoins des populations

Les méthodes prospectives centrées sur les soins primaires sont également mises en œuvre dans d'autres pays⁵⁸. Elles permettent d'apporter des éclairages à la fois sur l'organisation des soins primaires, le partage des tâches entre les médecins et les différents professionnels et les besoins de la population.

L'Irlande a choisi de s'intéresser à des modèles de prospective concernant différents secteurs de soins⁵⁹ : les soins primaires, les soins aux personnes âgées (en établissement et à domicile) et les soins urgents ainsi que des approches spécifiques sur certaines professions de santé clé en soins primaires dont les infirmiers⁶⁰.

En complément d'un scénario de base prenant en compte les évolutions démographiques, plusieurs scénarios alternatifs ont été envisagés fondés sur l'amélioration de l'état de santé de la population, sur une meilleure prise en charge holistique notamment pour les personnes âgées et les malades chroniques et sur une amélioration de la productivité à l'hôpital. Les auteurs ont élaboré des projections fondées sur ces scénarios qui reflètent les principaux facteurs et politiques prévus ayant un impact sur la capacité du système de santé. Les auteurs soulignent notamment le rôle croissant que les professions infirmières joueront en Irlande d'ici à 2031. Plus précisément, ils estiment à 40% l'augmentation de la demande de postes d'infirmières praticiennes et à 46% l'augmentation de la demande de postes d'infirmières en soins primaires. L'étude prévoit une augmentation de 39% des besoins en soins de longue durée et de 70% des soins à domicile. La demande de soins hospitaliers devrait également augmenter, avec une hausse de 16% de la fréquentation des services d'urgence.

Les approches en soins primaires : un éclairage sur les déséquilibres territoriaux et de spécialités

Les approches en soins primaires éclairent également sur la nécessité d'inclure dans les exercices de prospective une approche territoriale.

⁵⁸ A titre d'exemple : Asamani J, Christmals C, Reitsma G. Modelling the supply and need for health professionals for primary health care in Ghana: implications for health professions education and employment planning. PLoS ONE 2021;16(9): e0257957.

Dans cet article, les auteurs proposent en tenant compte de l'augmentation de la population ghanéenne et du doublement de la morbidité, une méthode prospective, finalement assez simple, à 15 ans dans le contexte des soins de santé primaires au Ghana, concernant 11 professions afin d'estimer l'offre et les besoins potentiels en professionnels de la santé, ainsi que le niveau d'investissement dans la formation et l'emploi dans les professions de la santé nécessaire pour éviter toute inadéquation.

⁵⁹ [gov.ie](http://www.gov.ie) - Health Service Capacity Review 2018 (www.gov.ie).

⁶⁰ A noter que l'Irlande a développé en 2022 un modèle de projection [Spending Review 2022. A System Dynamics Model of Nursing Workforce Supply](#) basé sur l'offre des infirmiers très complet. Les variables pris en compte : répartition des professionnels par âge et sexe (par 5 année) ; le nombre de coordinateurs de stage ; le nombre d'infirmiers formés ; le nombre d'étudiants quittant la formation selon les années de formation ; l'émigration de professionnels selon les âges ; le nombre d'infirmier diplômés chaque année qui n'exercent pas la profession d'infirmier après avoir obtenu leur diplôme ; le cout de chaque année d'étude ; le nombre d'infirmiers venant de l'étranger ; les départs des infirmier formés à l'étranger (émigration ; retraite et abandon de pratique) ; l'effectif total d'infirmier actives autorisées à exercer et qui ont été formés à l'étranger ; le nombre d'infirmier diplômés avec succès et terminent les 4 années et chaque année et qui entrent ensuite dans le monde du travail comme infirmier ; la demande projetée autorisée à exercer ; la répartition des nouveaux professionnels par âge et sexe ; les départs à la retraite par sexe et âge ; les retours à la pratique des infirmiers après un arrêt dans la carrière ; le % d'ajustement pour tenir compte des ETP (différents entre les hommes et les femmes). 3 scénarios sont proposés : le premier sans changement ; le second pour atteindre un nombre d'infirmiers identiques à celui des Pays-Bas et le troisième à celui de l'Australie. Dans ce rapport, les auteurs insistent sur les lacunes des bases de données.

Des travaux de prospective⁶¹ en Australie réalisés en 2016, prennent en compte les évolutions démographiques de la population, ainsi que de d'autres paramètres comme l'augmentation de la prévention, un plus grand rôle des infirmiers, une augmentation du nombre de consultations et de leur durée, le souhait d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, etc. Un scénario de base et plusieurs alternatifs ont ainsi été réalisés. Au cours des 20 prochaines années, le scénario de base prévoit que les effectifs de médecins généralistes en Australie-Méridionale évolueront vers l'équilibre. Cependant, les variations géographiques entre les besoins et l'offre au sein des zones urbaines et rurales aboutissent à des projections beaucoup moins équilibrées.

En 2019, l'Australie⁶² a donc fait le constat que grâce à l'augmentation progressive réalisée en une vingtaine d'années du nombre de places dans les écoles de médecine et à l'afflux de professionnels venant de l'immigration, le pays ne sera plus confronté à une pénurie de médecins. En revanche le pays restait largement soumis à de forts déséquilibres : mauvaises répartitions géographiques des médecins ainsi que dans certaines spécialités, excédentaires ou déficitaires. Compte tenu de l'augmentation du travail d'équipe et des constats des mêmes déséquilibres géographiques pour les paramédicaux, une meilleure coordination et collaboration entre les différentes parties prenantes devrait être mise en place afin de parvenir à une vision commune des besoins en professionnels et des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir en incluant les besoins des territoires.

Le 8 mars 2019, le Conseil de la santé du Conseil des gouvernements australiens (COAG) a donc approuvé la nécessité d'une stratégie en faveur des ressources humaines en santé. Cette stratégie, globale élaborée sous la direction du Medical Workforce Reform Advisory Committee⁶³ (MWRAC) est le fruit d'une large consultation⁶⁴. Son objectif est que le personnel médical réponde aux besoins de santé actuels de tous les Australiens.

Plus de 50 propositions ont été élaborées pour aboutir en 2021 à la publication d'une stratégie nationale des personnels médicaux autour de 5 priorités et de 3 thèmes transverses (FIGURE 7).

⁶¹ Laurence C, Karnon J. Improving the planning of the GP workforce in Australia: a simulation model incorporating work transitions, health need and service usage. *Hum Resour Health* 2016;14(13).

⁶² [National Medical Workforce Strategy 2021–2031 | Australian Government Department of Health and Aged Care](#). Mars 2022.

⁶³ Les membres du MWRAC comprennent des représentants des États et des territoires, des collèges médicaux spécialisés et des associations professionnelles médicales.

⁶⁴ Plus de 40 ateliers associant plus de 400 participants ont été organisés en 2 mois, avec l'aide de consultants. De janvier à mars 2020, d'autres consultations ont permis d'affiner les solutions potentielles et de les classer par ordre de priorité. Onze forums, deux webinaires et dix ateliers avec divers groupes de parties prenantes ont réuni environ 500 personnes dans les grandes villes, les zones métropolitaines périphériques, les régions et les zones rurales.

FIGURE 7 : LA VISION GLOBALE, LES THÈMES ET LES PRIORITÉS DE LA STRATÉGIE AUSTRALIENNE DES RH EN SANTÉ



Source : Australian government department of health and aged care, 2022.

Mieux comprendre et intégrer les besoins de la population dans la planification des ressources humaines est affiché comme la première nécessité, qui doit pouvoir s'appuyer sur un solide partage des données ainsi que sur l'amélioration des registres à partir desquels les exercices de planification sont réalisés.

La stratégie recommande ainsi la création d'un organe conjoint de planification et de conseil en matière de main-d'œuvre médicale. Le champ d'action de cette structure devrait inclure le nombre de places en formation dans les universités, la formation spécialisée, la politique de migration et la répartition des effectifs. La taille et le cadre décisionnel de cette structure devront être définis dès les premières années de la mise en œuvre de la stratégie.

Dans la même logique d'équilibre territorial à construire, le Canada a également développé des recherches⁶⁵ et des outils pour la planification à la fois quantitative et qualitative des professionnels en soins de santé primaires pour permettre à partir de l'exemple de la région de Toronto d'effectuer une planification fondée sur les besoins de la population au niveau régional.

Une liste de principes directeurs a été utilisée, pour aider à évaluer l'adéquation entre les besoins et les objectifs de planification :

1. projeter la demande en fonction des besoins de la population plutôt que sur la simple utilisation des services ;
2. réfléchir à une harmonisation des projets dans les quartiers et l'ensemble de la ville de Toronto afin de produire des résultats suffisamment granulaires pour éclairer la prise de décisions locales ;
3. développer la planification multiprofessionnelle ou axée sur les services, plutôt que sur les soins par profession, compte tenu de l'accent mis par la région de Toronto sur les soins primaires⁶⁶ intégrés ;
4. fournir des projections précises et répétées pour des horizons de planification courts ;

⁶⁵ Chamberland-Rowe C, Simkin S, Bourgeault IL. An integrated primary care workforce planning toolkit at the regional level (part 1): qualitative tools compiled for decision-makers in Toronto, Canada. Hum Resour Health. 2021 Jul 21;19(1):85. Simkin S, Chamberland-Rowe C, Bourgeault IL. An integrated primary care workforce planning toolkit at the regional level (part 2): quantitative tools compiled for decision-makers in Toronto, Canada. Hum Resour Health. 2021 Jul 21;19(1):86.

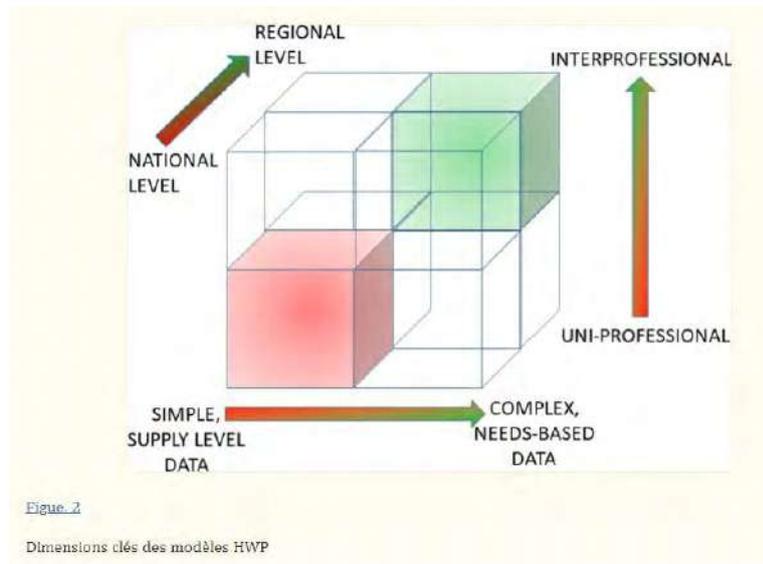
⁶⁶ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

5. analyser les scénarios pour évaluer l'impact de l'évolution des profils de population et de services, des interventions stratégiques et des hypothèses des modèles ;
6. faire participer les professionnels des soins primaires à la conception des plans d'actions ;
7. tenir compte des principaux défis de la ville de Toronto, comme l'évolution des pratiques des offreurs de soins et de la mobilité de la population.

La planification des professionnels de santé est le plus souvent entreprise au niveau national ou infranational (provincial/Etat). Dans un système fédéré comme le Canada, mais aussi aux États-Unis et en Australie, la plupart des leviers stratégiques qui peuvent être utilisés pour ajuster l'offre, la répartition et la composition du personnel de santé se situent au niveau provincial ou territorial et, à ce titre, la planification (lorsqu'elle existe) se fait généralement à ce niveau.

En s'éloignant des approches qui se concentrent sur une profession et n'utilisent que des données sur l'offre de main-d'œuvre en santé (c'est-à-dire les effectifs) à l'échelle nationale (FIGURE 8) cube en bas à gauche à l'avant, ombré en rouge), il s'agit de donner la priorité aux méthodes qui adoptent une approche plus complète, interprofessionnelle et fondée sur les besoins, qui pourrait être déployée au niveau régional (FIGURE 8 cube en haut à droite à l'arrière, ombré en vert).

FIGURE 8 : MODELISATION D'UNE APPROCHE REGIONALE FONDEE SUR LES BESOINS DE LA POPULATION



Source : Bourgeault et al, 2021.

Des processus de planification souples et itératifs qui permettent aux planificateurs d'affiner progressivement les estimations sont mis en avant. Le suivi et l'évaluation continus permettent d'éprouver la validité des hypothèses, de tester et d'affiner l'exactitude des estimations des modèles et in fine, d'évaluer l'efficacité des leviers politiques choisis.

Les variables incluses dans ce modèle ont été choisies selon : la disponibilité de données de bonne qualité et les leviers politiques qui sont dans la sphère de compétences des planificateurs régionaux. Les planificateurs régionaux, par exemple, ne disposent pas, au Canada, de leviers politiques en matière de formation, de sorte que ceux-ci n'ont pas été inclus dans le modèle.

Les auteurs insistent de nouveau sur la nécessité de s'appuyer sur les bonnes pratiques internationales de planification en les adaptant aux caractéristiques contextuelles des systèmes de santé ; d'évaluer et de réajuster régulièrement le modèle ; de travailler en partenariat de façon ouverte, transparente et continue pour renforcer non seulement les compétences, mais également la confiance et l'adhésion de toutes les parties prenantes ; d'investir dans des données normalisées de haute qualité et facilement accessibles sur les ressources humaines en santé et la santé de la population, aux différents niveaux géographiques.

Les auteurs regrettent cependant que les compétences et les bases de données ne coexistent pas au sein d'un même organisme. L'enjeu principal étant la qualité des données⁶⁷ qui repose à ce jour au Canada sur de multiples acteurs, provenant de multiples sources réparties à différents niveaux territoriaux qu'il est difficile de consolider et dont les résultats peuvent être discordants.

1.2.3.2. Des travaux qui s'attachent à des approches populationnelles

Plusieurs pays ont adopté des approches populationnelles pour appréhender les questions de prospective dans une logique de parcours de soins et de complémentarité entre les différents professionnels impliqués.

Les travaux de la Belgique sur la prise en charge des femmes enceintes

L'exemple détaillé de la prospective RH mise en œuvre en Belgique s'intéresse aux sages-femmes, propose une modélisation des besoins en ressources humaines selon les évolutions des modalités de prises en charge de la maternité (cf. paragraphe 1.1.2.2).

Certains pays proposent des approches prospectives concernant les personnes âgées

A l'image des travaux menés par l'ONDPS⁶⁸ et la Drees⁶⁹ concernant le vieillissement de la population en France, l'Allemagne s'est intéressée à l'augmentation des besoins de soins au cours des prochaines décennies. Les auteurs proposent une approche des besoins⁷⁰ en infirmiers en s'intéressant au vieillissement de la population et à ses conséquences en terme de poids des personnes dépendantes.

Les auteurs proposent un modèle de projection de base s'appuyant uniquement sur les évolutions démographiques, en considérant que les modalités de prise en charge se poursuivent à l'identique. Puis trois scénarios alternatifs sont étudiés : un scénario d'augmentation des soins ambulatoires en maintenant le niveau d'hospitalisation actuel, un scénario équilibrant le nombre d'infirmiers dans toutes les régions et un troisième considérant une diminution du nombre d'hospitalisations.

⁶⁷ En février 2023, le gouvernement du Canada a annoncé qu'il versera 505 millions de dollars sur cinq ans à l'Institut canadien d'information sur la santé, à l'Inforoute Santé du Canada et à des partenaires fédéraux en matière de données pour qu'ils travaillent en collaboration avec les provinces et les territoires dans l'objectif de concevoir de nouveaux indicateurs sur la santé, qu'ils appuient **la création d'un centre d'excellence sur les données liées aux travailleurs de la santé.**

⁶⁸ [ONDPS : Personnes âgées poly-pathologiques : quels enjeux de démographie médicale ? Décembre 2019.](#)

⁶⁹ DREES : ÉTUDES et RÉSULTATS. n° 654 - août 2008. L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. [L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 \(solidarites-sante.gouv.fr\).](#)

⁷⁰ Schwinger, A., Klauber, J., Tsiasioti, C. (2020). Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (eds) Pflege-Report 2019. Springer, Berlin, Heidelberg. [Pflege-Report 2019.](#)

Les projections des besoins en personnel soignant concluent à des effectifs considérables (et variables selon les scénarios) à l'horizon de 2030 et encore bien supérieurs dans les projections jusqu'en 2060. Les auteurs alertent sur la nécessité d'augmenter le nombre d'infirmiers dans les plus brefs délais, pour anticiper le risque de pénuries de soins considérables dans les années à venir. Pour parvenir à ces augmentations des professionnels de santé, les auteurs soulignent la nécessité d'agir, dans une approche globale des ressources humaines en santé, sur de multiples facteurs allant au-delà du nombre de postes en formation des infirmiers : la rémunération, la définition de quotas de personnels, l'organisation du travail, l'articulation entre vie familiale et professionnelle, les possibilités de travail adaptées pour les professionnels plus âgés, mais aussi la prévention et la promotion de la santé au sein des établissements, sans oublier des leviers de formation initiale et continue, de reconversion et de réinsertion dans la profession⁷¹.

Ce rapport met en lumière que nombre de ces mesures va impliquer des besoins de financement supplémentaires importants et souligne l'urgence de se préoccuper globalement du financement de la dépendance ; pour faire en sorte que ces besoins en investissement et en ressources humaines ne soient pas supportés et financés , à terme, par les personnes dépendantes elles-mêmes.

1.2.4. L'intégration de choix stratégiques dans une politique des ressources humaines volontariste

Certains pays adoptent des orientations stratégiques plus innovantes s'intéressant davantage aux services à rendre à la population et aux conditions pour y parvenir dans le futur en dépassant les logiques professionnelles. Ils n'hésitent pas à appréhender de façon globale des évolutions de pratiques professionnelles à la fois organisationnelles et en terme de compétences, de formation, etc. D'autres enfin considèrent qu'il convient, dans une approche globale de la santé, de mettre en place des stratégies de prospective RH dans un champ élargi au médico-social et au social. Ces choix stratégiques restent cependant le plus souvent des défis méthodologiques du fait notamment des difficultés techniques et des cloisonnements entre les professions.

1.2.4.1. Améliorer les services rendus sans augmenter le nombre de professionnels

Le modèle de la Nouvelle Zélande

Des coûts de santé en forte augmentation, des besoins non satisfaits pour les populations, notamment avec de fortes inégalités de santé pour les populations Maori et une fuite massive des professionnels de santé (médecins et infirmiers) vers l'Australie ont conduit

⁷¹ A noter qu'en Allemagne, une Agence publique pour les professionnels de santé internationaux (DeFa) a été créée en 2019 afin de faciliter le recrutement des professionnels infirmiers étrangers dans le marché du travail allemand. DeFa est notamment présent au Mexique et à Manille, afin de fournir un soutien local aux candidats dans la recherche d'un futur employeur en Allemagne. À leur demande, DeFa aide également les établissements de soins infirmiers et les hôpitaux dans leur campagne de recrutement.

[Recruiting nursing professionals from abroad with DeFa \(make-it-in-germany.com\).](https://www.make-it-in-germany.com/en/recruiting-nursing-professionals-from-abroad-with-defa)

dès 2009 la Nouvelle-Zélande à faire évoluer son modèle de projection des ressources humaines en santé porté par le « Health Workforce New Zealand »⁷².

Le modèle de planification de la nouvelle Zélande présente plusieurs caractéristiques dont les travaux du Hcaam avaient déjà souligné la pertinence⁷³ :

- partir de l'analyse des besoins de la population dans les territoires et de l'adéquation ou non entre l'offre et la demande. Il ne vise pas simplement à accroître l'offre de nouveaux professionnels de santé, mais aussi à redéfinir les rôles des différents professionnels, et leur collaboration, la réglementation et leurs formations⁷⁴. Le modèle néo-zélandais propose un nouveau cadre de pensée plus global et davantage stratégique qui pose la question de la manière de déployer les professionnels existants au sein d'équipes interprofessionnelles pour répondre aux besoins des patients. S'opposant au cadre « traditionnel » qui pose lui la question : aura-t-on assez de médecins, d'infirmières, etc. sur un territoire dans X années pour répondre à la demande ? C'est l'idée de passer du « health workforce » au « workforce for health » : des « ressources humaines en santé » aux « ressources humaines pour la santé ».

- puis de modéliser des scénarios cliniques pour définir des « modèles de prise en charge » et identifier les solutions humaines et techniques permettant de les concrétiser⁷⁵ dans plusieurs domaines (secteur de soins ou populations). Entre 2010 et 2014, la Nouvelle-Zélande a élaboré une série de prévisions de main-d'œuvre future nécessaire pour fournir des soins aux patients dans dix types de services de soins de santé, notamment l'anesthésie, la dermatologie, le diabète, la santé oculaire, la gastroentérologie, la santé mentale et la toxicomanie, les soins musculo-squelettiques, les soins palliatifs et la réadaptation et plusieurs projections de main-d'œuvre visant à répondre aux besoins en matière de santé des populations, notamment les personnes âgées, les Maori (la plus grande minorité de la Nouvelle-Zélande), les peuples du Pacifique, les mères, les bébés et les jeunes.

Dans cette nouvelle façon de faire, les différents professionnels (dont pour certains les champs d'exercice se chevauchent et se font concurrence) ont dû collaborer pour réviser les programmes de formation et modifier les autorisations/cadres d'exercice afin de se centrer sur les besoins des patients et de la population en matière de services plutôt que sur leurs propres logiques professionnelles.

Les services de planification ont ainsi mis en lumière les lacunes en matière de compétences et des besoins en formation des professionnels. Ils ont suggéré par ailleurs de redéployer certaines tâches assurées actuellement par des spécialistes (en particulier pour la réadaptation et les soins aux personnes âgées) aux professionnels de soins primaires et de proximité. Ils ont souligné la nécessité de développer des compétences pratiques fondées sur le travail en équipe. Ils insistent sur la nécessité de s'éloigner des

⁷² Le Health Workforce New Zealand a été créé pour travailler sur la question de l'évolution des professions de santé. C'est un bureau multidisciplinaire avec des représentants de l'administration, des professionnels de santé et une équipe de 17 personnes qui sont employées à plein temps, au sein du ministère.

⁷³ Ce paragraphe reprend des éléments figurant dans les actes des séminaires Hcaam 2019-2020 « Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé ».

⁷⁴ Erin Fraher & Barbara Brandt (2019): Toward a system where workforce planning and interprofessional practice and education are designed around patients and populations not professions, *Journal of Interprofessional Care*, DOI: 10.1080/13561820.2018.1564252

⁷⁵ Pour chaque domaine et population, des groupes de travail ont été mis en place avec des experts, des chercheurs, des professionnels de santé, des patients qui vont identifier des situations concrètes à partir d'histoires de vie des patients et de leurs expériences et construire différents scénarii « Work Services Forecast ». Environ quatre ou cinq par domaine ont été construits. Les scénarios cliniques devaient permettre de doubler la réponse à la demande, avec seulement 15% d'augmentation du financement, en maintenant voire en augmentant la satisfaction des patients et la qualité des soins.

projections « en silo » par spécialité pour adopter des approches qui reconnaissent la plasticité des rôles des professionnels de santé. Ces nouveaux modèles de soins nécessiteront également de nouveaux modèles de formation.

L'approche prospective des soins intégrés, primaires et communautaires⁷⁶, pour collaborer aux soins d'une personne aussi longtemps que nécessaire semble particulièrement utile dans le secteur de la santé des personnes âgées, où l'approche qualitative par scénarios, des récits descriptifs (normatifs et exploratoires⁷⁷), permet d'envisager les collaborations et une coordination multidisciplinaire en matière de soins de santé et des services sociaux.

La force de cette approche prospective⁷⁸ réside dans sa capacité à tenir compte de dynamiques complexes, en particulier lorsque les systèmes sociaux sont sollicités fortement dans le champ du soin. L'utilisation de scénarios se révèle également capable de modifier les attentes des professionnels quant aux événements futurs, ce qui est particulièrement utile si les participants sont en concurrence ou se heurtent à des représentations ou des préjugés professionnels. Dans le cadre de ces travaux en Nouvelle Zélande, l'objectif était de recueillir le plus large éventail d'opinions possible, plutôt que de rechercher un accord ou un consensus, afin d'identifier les freins et les leviers dans les évolutions souhaitables, notamment en termes d'enjeux de pouvoirs de certains acteurs se révélant difficiles à dépasser. A titre indicatif, les parties prenantes ont notamment souligné que les modèles actuels de soins, les modalités de financement et les schémas d'organisation du secteur des soins primaires décourageaient l'introduction de nouveaux rôles, d'options de soins et, en particulier, l'implication des patients pour imaginer des soins d'avenir.

Les auteurs soulignent que ce type d'approche fondée sur la pluriprofessionnalité des prises en charge bouscule les représentations et les identités professionnelles solidement ancrées et véhiculées notamment durant la formation initiale. Même si en Nouvelle-Zélande, le cadre traditionnel comprend déjà un enseignement interdisciplinaire pendant la formation initiale, l'idée est d'aller plus loin et d'avoir ce type de formation qui s'intensifie dès le premier cycle, qui s'inspire des besoins identifiés et intègre l'interdisciplinarité également en formation continue afin que les générations de professionnels actuellement en poste puissent également évoluer. De nouveaux modes d'organisation, l'élargissement du champ sanitaire à la prévention et la nécessaire collaboration avec le secteur médico-social posent de plus d'autres questions notamment sur le partage de la responsabilité, le périmètre ou la coordination des équipes professionnelles.

Malgré la poursuite de ce type de travaux par certains chercheurs⁷⁹, en Nouvelle Zélande, les méthodes qualitatives de ce type ont été critiquées en lien avec la réticence des politiques à les utiliser dans l'élaboration des politiques publiques en raison de questions de légitimité (lorsque l'échantillon des parties prenantes apparaît trop réduit) et pour leurs délais souvent longs de mise en œuvre en décalage avec le temps politique. Ces critiques ainsi que des difficultés de positionnement institutionnel ont conduit à la dissolution du «

⁷⁶ Rees, G.H., Crampton, P., Gault, R. *et al.* Rethinking workforce planning for integrated care: using scenario analysis to facilitate policy development. *BMC Health Serv Res* **20**, 429 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05304-4>.

⁷⁷ Comment les ressources du secteur doivent être (re)distribuées pour faciliter les modèles de soins communautaires et centrés sur la personne ? Qui fera le travail ? Quelle place pour les aidants ?

⁷⁸ New Zealand's health workforce planning should embrace complexity and uncertainty.

Gareth H Rees, Peter Crampton, Robin Gault, Stephen MacDonell. *NZMA*, Vol 131 No 1477: 22 June 2018. [New Zealand's health workforce planning should embrace complexity and uncertainty \(nzma.org.nz\)](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05304-4).

⁷⁹ Rees, G.H., Crampton, P., Gault, R. *et al.* Rethinking workforce planning for integrated care: using scenario analysis to facilitate policy development. *BMC Health Serv Res* **20**, 429 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05304-4>.

Health Workforce New Zealand » et une reprise en main des politiques RH par le ministère de la santé⁸⁰.

Il n'en demeure pas moins que la politique des ressources humaines en santé en Nouvelle Zélande reste inscrite dans une stratégie globale ambitieuse d'implication de toutes les parties prenantes⁸¹ pour répondre aux besoins de santé de la population. Ainsi la nouvelle stratégie de santé⁸² de 2023, élaborée pour les 10 années à venir, se concentre sur deux objectifs :

- réaliser l'équité en matière de santé pour les diverses communautés, et en particulier pour les Māori, les habitants du Pacifique, les personnes handicapées et les autres groupes dont les indicateurs de santé sont actuellement moins bons ;
- améliorer les résultats en matière de santé pour tous les Néo-Zélandais.

Cette stratégie définit six domaines prioritaires⁸³ de changement dans lesquels on retrouve une approche de l'organisation du système de santé fondée sur les besoins et les services à rendre à la population, en l'impliquant fortement.

Le modèle de la Norvège : maintenir des services de santé et de soins performants sans augmentation significative du nombre de professionnels de santé

La Norvège représente un cas assez unique en Europe au sens où les autorités considèrent qu'elles ne seront plus en mesure de « fournir » une augmentation du nombre de professionnels. Avec une densité de médecins 1,5 fois supérieure en Norvège qu'en France et plus de 50 % d'infirmiers et d'aide soignants en plus, la Norvège est tout de même confrontée à des déserts médicaux et à des problèmes de répartition géographique dans les régions rurales.

Le pays ne souhaite pas former plus de professionnels de santé, ni faire appel à des professionnels de santé étrangers⁸⁴ au risque de déséquilibrer d'autres secteurs du travail. Pour expertiser l'impact du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et également du vieillissement des professionnels de santé et garantir des soins de qualité, le gouvernement a créé fin 2021, une Commission du personnel de santé (cf ENCADRE 9).

⁸⁰ Rees, G.H. The evolution of New Zealand's health workforce policy and planning system: a study of workforce governance and health reform. Hum Resour Health 17, 51 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0390-4>.

⁸¹ [health workforce engagement summary 30nov22.pdf](https://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-health-strategy).

⁸² Juillet 2023. <https://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-health-strategy>.

⁸³ 1. La voix des personnes au cœur du système : Donner aux personnes, aux whānau (les familles) et aux communautés un plus grand contrôle et une plus grande influence sur les décisions concernant leur santé et la conception de leurs services de santé, et intégrer leur voix dans la planification et la fourniture du système, ainsi que dans les rapports sur les soins de santé.
2. Des soins flexibles et appropriés : Développer des services qui s'adaptent aux besoins et aux attentes des personnes en matière de santé, qui sont axés sur la prévention, qui sont fournis au plus près de nos foyers et de nos communautés et qui favorisent l'accès pour tous.

3. Valoriser le personnel de santé : Reconnaître que notre personnel de santé est notre atout le plus précieux et soutenir le développement de travailleurs durables, diversifiés, compétents et confiants pour l'avenir.

4. Une culture de l'apprentissage : Créer une culture d'apprentissage continu et d'amélioration de la qualité, soutenue par la recherche, l'évaluation et l'innovation.

5. Un système résilient et durable : Veiller à ce que notre système de santé soit préparé aux chocs futurs et à ce que nous utilisions au mieux les ressources pour gérer la demande et l'accessibilité financière à long terme.

6. Des partenariats pour la santé et le bien-être : Établir des relations intersectorielles et intergouvernementales pour mener des actions concertées sur la santé et le bien-être et sur les facteurs qui déterminent les résultats en matière de santé.

⁸⁴ Le rapport de prospective à l'horizon 2060 réalisé par Statiscs Norway indique qu'en 2019, les services dans le secteur de la santé représentaient 13% de tous les équivalents temps plein de l'économie norvégienne. Dans plusieurs scénarios envisagés, l'augmentation de la demande en santé nécessiterait un doublement des équivalents temps plein vers 2060, voire un triplement, ce qui entrainera nécessairement une diminution des emplois dans d'autres secteurs du marché du travail norvégien.

ENCADRE 9 : LA COMMISSION DU PERSONNEL DE SANTÉ PRESIDÉ PAR LE PR GUNNAR BOVIM

La Commission du personnel de santé a été nommée par arrêté le 17 décembre 2021 pour établir une base de connaissances et proposer des mesures ciblées dans les années à venir pour former, recruter et retenir du personnel qualifié dans les services de santé et de soins.

Ses missions :

- Fournir un état des lieux des connaissances des besoins en personnel et en compétences jusqu'en 2040 à la lumière des évolutions démographiques et de la nécessité d'assurer un service de santé de qualité dans tout le pays ;
- Évaluer comment l'innovation technologique (numérique) et les nouvelles méthodes de travail, notamment la participation active des patients, peuvent influencer sur les besoins futurs en personnel ;
- Rendre compte de la façon dont le travail d'équipe, l'organisation des tâches et les responsabilités entre les professionnels influent sur les besoins futurs et les compétences des professionnels ;
- Identifier les difficultés de recrutement dans les différentes régions en s'intéressant à la répartition entre les sexes, le recrutement en temps partiel volontaire ou non ;
- Identifier comment remettre en activité des professionnels de santé non actifs ;
- Identifier les solutions pour contribuer à une meilleure adéquation entre les compétences des différents professionnels et le contenu des programmes de formation ;
- Etudier et évaluer les défis et des solutions pour permettre une offre équilibrée entre les régions urbaines et les zones à faible population éloignées des centres régionaux.

Composition et méthodologie de travail :

- Composition : 16 membres : universitaires, professionnels de santé, partenaires sociaux représentants des collectivités.
- La commission a commandé à Statistisk Norway un rapport*⁸⁵ sur des projections démographiques et l'utilisation des services de santé à l'horizon 2060 selon différents scénarios.
- La Commission des professions de la santé a tenu neuf réunions. Cinq des réunions se sont déroulées sur deux jours.
- Un grand nombre d'organisations d'employeurs, de travailleurs et d'intérêts ont été invitées aux réunions pour apporter leur contribution aux travaux de la Commission, et nombre d'entre elles, sur demande, ont également soumis des contributions écrites. La commission dispose d'un site web ; plus de 250 contributions écrites ont été fournies.
- La Commission a organisé une vaste réunion en octobre 2022 avec environ 100 participants.

La base de connaissance a été présentée dans de nombreuses réunions et conférences en 2022.

La Commission du personnel de santé a rendu son rapport en 2023. Elle considère que l'offre, notamment des médecins, pourra être considérablement accrue par une meilleure organisation des services et des activités des professionnels, ainsi que par des mesures qui réduisent le besoin de soins (vieillir en meilleure santé et autogestion accrue). 31 mesures sont proposées dans 6 domaines prioritaires :

- L'organisation et l'interaction entre les différents secteurs de soins : compte tenu du poids des maladies non transmissibles, les évolutions nécessitent un investissement accru en santé publique, dans la prévention, l'intervention précoce, la promotion de la santé et le renforcement de la littératie en santé de la population pour les rendre davantage acteurs de leur santé. Ceci pour réduire les besoins des services en santé et ainsi en professionnels de santé.

⁸⁵ [Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk \(ssb.no\)](https://www.ssb.no/publ/2023/01/Arbeidsinnsats_i_offentlig_helse_og_omsorg_Fremskrivninger_og_historikk) 2023

La Commission rappelle que la prévention étant intersectorielle, elle se déroule principalement en dehors du champ des soins. Ce qui justifie des investissements intersectoriels plus locaux et un renforcement des compétences de prévention et de santé publique dans les municipalités.

- le partage des tâches entre professionnels (au-delà de la répartition des tâches entre médecins et infirmiers) : flexibilité des tâches lors de situation de crise sanitaire ; tâches administratives limitées au maximum pour les personnels soignants ; faire des études sur la façon dont d'autres professionnels complètement nouveaux pourraient contribuer aux services de santé et de soins ; développer la place des bénévoles, de la famille, des représentants d'usagers, de l'éducation par les pairs (via éventuellement des conventions entre les associations et les structures de soins). la numérisation et les innovations technologiques ; les conditions et les horaires de travail, comme par exemple proposer des points de rémunération ou des places supplémentaires pour le sexe sous-représenté dans certaines professions ;
- la formation et le développement des compétences : renforcer l'accès à des compétences généralistes (infirmières et médecins généralistes) plutôt que celles des spécialistes ; l'utilisation de cours communs, de domaines de compétences communs et d'un enseignement interprofessionnel commun dans la formation professionnelle.
- une hiérarchisation des soins avec la diminution des services jugés moins importants ainsi que la baisse des soins inutiles voire indésirables : surtraitement, surdiagnostic, surutilisation, services évitables, services à faible bénéfice, etc.

1.2.4.2. Des exercices de prospective étendus au champ du social : des besoins en santé allant au-delà du champ du sanitaire

La santé dépend certes de la qualité du secteur des soins et du système de santé (accès aux soins, accès aux traitements, etc.) mais aussi de nombreuses interventions en dehors du soin (conditions de travail, conditions de vie, niveau d'éducation, part de la prévention, environnements favorable à la santé, etc).

La prévention, la promotion de la santé ne sont pas l'exclusivité des professionnels de santé. L'ensemble des professionnels des secteurs éducatifs et du champ du social en sont acteurs. La santé dans toutes les politiques ne signifie pas d'accroître la part du sanitaire dans tous les secteurs au risque d'hypermédicaliser la société. Il s'agit de reconnaître les expertises spécifiques en santé d'autres professionnels et de décloisonner les secteurs. « Dans certains pays, le développement d'approches multisectorielles en prévention se matérialise par l'essor de logiques pluridisciplinaires dans la prise en charge des patients afin d'apporter des réponses aux déterminants sociaux et territoriaux de santé. De nouvelles modalités d'intervention mobilisant les travailleurs sociaux dans des lieux alternatifs ont pour objectif d'accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables et qui en sont éloignées »⁸⁶.

Les besoins de soins d'une personne âgée en perte d'autonomie relèvent tout à la fois de la présence et de la réponse de sa famille, de ses voisins/amis, de professionnels d'aide à domicile, de professionnels de santé et de l'accompagnement⁸⁷. Dans une approche globale

⁸⁶ https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_3.pdf. Page 217.

⁸⁷ Aides-soignants, infirmiers, éducateurs spécialisés, accompagnants éducatifs et sociaux, les métiers du service d'aide à la personne, les aides à domicile, technicien de l'intervention sociale et familiale, assistant social, conseiller en économie sociale et familiale) , médiateur, les assistants de régulation médical, sans oublier les métiers du soutien psychologique qui au-delà de la profession de psychologue prennent la forme de coach, etc.

des besoins de la personne, les équipes multidisciplinaires doivent être constituées plus largement de professionnels du secteur du médico-social et du social.

Les auteurs d'une récente revue de littérature⁸⁸ constatent le peu d'études de prospective s'intéressant au champ du social. Ils évoquent face à cela un manque de considération pour ce secteur souvent sous-estimé dont l'importance dans le système global de santé et de soins n'est pas reconnue. Un grand nombre d'études de prospective est consacré aux médecins et infirmiers ; très peu d'études s'intéressent à la prospective des aides-soignants. Les conclusions de cette étude plaident en faveur d'approches fondées sur les besoins de l'ensemble du système, qui tiennent compte de l'écologie des professionnels de santé et de ceux du secteur social.

Les travaux de prospective RH peuvent légitimement inclure les problématiques concernant la place et le rôle que seront amenés à prendre les professionnels du secteur du social, notamment des métiers de l'accompagnement en santé et l'accompagnement social ainsi que la place des pairs.

En ce sens, les approches centrées sur les soins primaires sont particulièrement utiles. La complexité du système de santé pour les personnes, la multiplicité des dispositifs et des conditions d'accès aux droits et aux professionnels adéquats au juste moment provoquent⁸⁹ non recours, retard aux soins et aggravent les inégalités. Il est de plus en plus reconnu que les agents de santé communautaires⁹⁰ proposent efficacement toute une gamme de services de santé préventifs et curatifs, et qu'ils peuvent contribuer à la réduction des inégalités en matière d'accès aux soins. Il en est de même pour les médiateurs⁹¹ en santé dont la HAS reconnaît le rôle dans l'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention.

Les méthodes de prospective RH en santé au Royaume-Uni adoptaient dès le début des années 2010 une vision large de la santé englobant, outre le champ de la santé, le champ du social et celui de la santé publique/prévention. Un tableau de compétences transversales à ces 3 secteurs⁹² a été développé permettant d'identifier les passerelles et les socles communs de compétences au sein des professions du champ médical, médico-social et social. Lors de la publication du nouveau NHS Workforce Plan, en juin 2023, la Health Foundation a d'ailleurs alerté⁹³ sur la nécessité de soutenir le personnel des services sociaux. Sans un plan équivalent pour les soins sociaux, le plan pour le NHS pourrait avoir comme répercussion néfaste, l'aggravation de la situation des professionnels des secteurs sociaux (dans lequel les pénuries sont chroniques et où un travailleur sur cinq vit dans la pauvreté).

L'Irlande de son côté s'est dotée en 2017 d'un cadre stratégique⁹⁴ national pour la planification des effectifs dans le domaine de la santé ainsi que des soins sociaux mais déplorait⁹⁵ en 2021 tout à la fois : le manque de ressources consacrées aux exercices de

⁸⁸ Claire Sutton, Julie Prowse et al. Strategic workforce planning in health and social care – an international perspective: A scoping review. Health policy 132 (2023) 104827.

⁸⁹ [Haute Autorité de Santé - La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins \(has-sante.fr\)](https://www.haute-sante.fr/) 2017.

⁹⁰ [Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires 2018.](#)

⁹¹ HAS, 2017, op cit.

⁹² Voir pour plus de détails, les publications du Centre for Workforce Intelligence.

⁹³ Dr Jennifer Dixon, the Chief Executive of the Health Foundation, 29 juin 2023. [NHS Long Term Workforce Plan – Health Foundation response.](#)

⁹⁴ [gov.ie - Working Together for Health: A National Strategic Framework for Health and Social Care Workforce Planning \(www.gov.ie\).](https://www.gov.ie/)

⁹⁵ [Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28 - Publications Office of the EU \(europa.eu\)](#) 2021.

planification; l'absence d'entrepôts de données nationaux complets et actualisés ainsi qu'un engagement insuffisamment coordonné des parties prenantes afin de garantir une offre appropriée de professionnels de santé et du social répondant aux besoins de la population.

2. Propositions méthodologiques pour la France

Les propositions méthodologiques pour la France présentées dans cette partie répondent aux grandes orientations de l'Organisation mondiale de la santé Région Europe dans la déclaration de Bucarest adoptée en mars 2023⁹⁶, recommandant à tous les pays de renforcer leurs moyens de gouvernance et de planification des ressources humaines en santé et d'aide à la personne. Elles sont également issues des éléments de la littérature internationale détaillés dans la partie précédente.

La prospective des ressources humaines en santé ne prend sens qu'en référence à une stratégie d'organisation des soins : *« l'exercice consistant à mettre en adéquation les ressources humaines et les besoins de santé n'a de sens que si in fine les professionnels réalisent bien les missions attendues, dans des délais acceptables et de façon pertinente. (...) Pour être efficace et efficiente, [une] augmentation [du nombre de médecins formés] doit absolument s'accompagner de mesures complémentaires afin de s'assurer que l'augmentation de la densité médicale correspond bien à une activité attendue de soins, bien répartie au niveau territorial et soutenable pour le système de santé. En l'absence de mesures organisationnelles fortes, il est à craindre que l'augmentation du nombre de médecins conduise à la poursuite de l'augmentation des inégalités d'accès aux soins. (...) pour répondre à l'ambition de rapprocher les besoins en professionnels de santé des besoins de soins, il faut développer une méthodologie nouvelle. Nous pensons qu'il est d'abord nécessaire de mieux définir l'organisation du système de soins, notamment en ce qui concerne les coopérations interprofessionnelles, la gradation et la pertinence des soins. »*⁹⁷.

Les propositions présentées dans cette partie articulent cadre national et prise en compte des spécificités locales ; trajectoire de moyen terme et mesures d'urgence pour répondre à la crise de l'accès aux soins, au problème des déserts médicaux, dans le cadre d'une stratégie globale des ressources humaines en santé :

« la question de l'accès au médecin et aux autres professionnels de santé de proximité s'impose à présent comme une urgence absolue : dans un nombre croissant de territoires, la situation est actuellement critique et elle risque de se dégrader encore dans les années qui viennent compte tenu des perspectives de vieillissement de la population, de démographie médicale et, pour l'ensemble des professionnels, du manque d'attractivité de certains modes d'exercice. Le défi est de trouver des solutions immédiates, sans pour autant obérer une dynamique de transformation plus structurelle, qui est lancée aujourd'hui, qu'il faut accélérer et dont le pilotage doit être renforcé. »,

*« il est essentiel, même en étant mobilisé sur les problèmes immédiats, de se projeter sur ce temps long. Les décennies passées nous ont montré l'impact délétère d'une forme de myopie collective qui a amené, en matière de démographie médicale, à une politique de stop and go aujourd'hui unanimement regrettée. Se doter d'une réelle capacité prospective est une condition pour ne pas réitérer cette expérience négative. »*⁹⁸

⁹⁶ [Bucharest Declaration on health and care workforce. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: time to act, 22–23 March 2023, Bucharest, Romania \(who.int\)](#)

⁹⁷ [Touzé E., Bocognano A., Bourgueil Y., « Former plus de médecins pour demain ? », Les Tribunes de la santé 2023/1 \(N° 75\), pages 71 à 89](#)

⁹⁸ [Avis et Rapport du Hcaam - Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité \(securite-sociale.fr\)](#)

Les populations qui rencontrent les plus grandes difficultés d'accès, parce qu'elles vivent dans des zones particulièrement sous-dotées, parce qu'elles souffrent de handicap ou de problèmes de santé mentale par exemple, doivent bénéficier d'actions renforcées pour garantir l'équité d'accès. Cet équité revêt également une dimension financière, qui n'est pas traitée dans ce rapport mais fera l'objet de travaux ultérieurs du Hcaam.

Proposition 1 :

Compte tenu de l'ampleur des enjeux et à l'image de ce qui est fait dans de nombreux pays, **la régulation du système de santé nécessite une planification des ressources humaines s'appuyant sur des travaux prospectifs.** Ils visent à déterminer l'évolution de l'offre et de la demande de soins et d'accompagnement, et les conditions de leur équilibre. **Ils doivent être fondés sur les services à rendre à la population et l'équité d'accès à ces services partout et pour tous.** Ils doivent associer toutes les parties prenantes et mobiliser les données sur la quantité et la qualité du travail des professionnels de santé ainsi que sur leur répartition géographique.

Parmi les administrations travaillant sur les ressources humaines en santé, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) (cf ENCADRE 10) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (cf ENCADRÉ 11) mènent des travaux de prospective sur lesquels s'appuient ces recommandations ; elles sont également issues d'autres travaux français notamment ceux d'Unicancer⁹⁹

ENCADRE 10 : L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (ONDPS)¹⁰⁰

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé a été créé en 2003, auprès du ministre chargé de la santé pour analyser les enjeux en termes de santé publique de l'évolution de la démographie des professions de santé. Il regroupe, sous l'autorité d'un président nommé pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé, un conseil d'orientation et des comités régionaux. Son secrétariat général est assuré par la Drees.

Il joue un rôle dans le pilotage annuel des effectifs de professionnels à former en formulant des propositions concertées avec l'ensemble des acteurs, aux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur :

- chaque année, sur le nombre et la répartition de postes d'internes à ouvrir pour les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie, ainsi que pour les postes de formation spécialisées transversales (FST) et les options ouvertes aux internes.

- depuis 2019¹⁰¹ et la suppression du numerus clausus sur la définition d'objectifs pluriannuels de professionnels médicaux (médecine, odontologie, maïeutique) et pharmaceutiques à former ainsi que de leur suivi annuel. Ces objectifs sont présentés dans le cadre d'une conférence nationale chargée de proposer le nombre de professionnels de santé en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique à former, par université, pour chacune des formations pour une durée de cinq ans. Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé peuvent, avant l'échéance des cinq ans, saisir la conférence nationale pour actualiser les objectifs nationaux pluriannuels. Cette conférence

⁹⁹ [Horizon 2025, l'avenir de la cancérologie : Thérapies innovantes, nouveaux traitements et recherches scientifiques - Unicancer.](#)

¹⁰⁰ [Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé \(ONDPS\)](#)

¹⁰¹ Arrêté et décret du 4 novembre 2019

a proposé en 2021, le nombre de professionnels de santé en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique pour la période 2021-2025¹⁰².

Par lettre de mission, l'Observatoire est également chargé de préparer des propositions aux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur sur les effectifs d'infirmières et aides-soignantes à former.

Il contribue à apporter une vision prospective sur les professions de santé en réalisant ou finançant des études relatives à la démographie, à la formation et à l'implantation des professionnels de santé sur le territoire national. En 2021, l'ONDPS a ainsi publié un rapport sur la démographie des chirurgiens-dentistes soulignant notamment le besoin de diversifier les lieux de formation, ou encore une étude sur les métiers de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues posant la question des tensions et des formes de collaboration possibles.

Les missions et le fonctionnement de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) sont décrites dans le Décret n° 2010-804 modifié.

Il est « chargé de rassembler et de diffuser les données relatives à la démographie des professionnels de santé et à l'accès aux soins.

A ce titre :

1° Il rassemble les données harmonisées nécessaires aux analyses régionales et nationale relatives à la démographie des professionnels de santé, à leur implantation sur le territoire, à leurs modes d'exercice, notamment pluri-professionnel, et à l'accès aux soins ;

2° Il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision ;

3° Il définit le cadrage et apporte l'appui méthodologique pour la production de données et d'indicateurs harmonisés et contribue à leur analyse ;

4° Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;

5° Il promeut, d'une part, les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, en particulier en cas d'exercice pluriprofessionnel, ainsi que la connaissance de l'évolution de leurs métiers et de leurs activités et, d'autre part, l'évaluation des actions engagées afin de répondre aux besoins des professionnels et des usagers dans chaque région ;

6° Il assure le secrétariat de la conférence nationale prévue à l'article R. 631-1-6 du code de l'éducation. »

Cette conférence est chargée de proposer le nombre de professionnels de santé en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique à former. Des objectifs nationaux pluriannuels sont définis par université, pour chacune des formations pour une durée de cinq ans. Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé peuvent, avant l'échéance des cinq ans, saisir la conférence nationale pour actualiser les objectifs nationaux pluriannuels.

Par ailleurs, pour certaines professions en tension, comme les infirmiers et les aides-soignants, l'ONDPS doit également répondre aux demandes du ministère de la santé afin de proposer un nombre de professionnels à former.

¹⁰² [Conférence Nationale du 26 mars 2021](#)

L'ONDPS a été créé auprès du ministre chargé de la santé. Il regroupe, sous l'autorité d'un président nommé pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé, un conseil d'orientation et des comités régionaux. Son secrétariat est assuré par la Drees.

ENCADRÉ 11 : LES MISSIONS DE LA DREES RELATIVES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

La Drees contribue au système d'observation des professionnels de santé et mène des études à leur sujet : démographie actuelle et à venir, caractéristiques sociodémographiques et répartition géographique, formation, conditions de travail, revenus.

Chaque année, la Drees publie un constat démographique au 1^{er} janvier de l'année pour l'ensemble des professions à enregistrement obligatoire.

Les données sur les professions à Ordres (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues), à l'exception des infirmiers, sont collectées chaque année par la Drees à partir du Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS). Les Ordres jouent le rôle de guichet principal pour l'inscription au RPPS, le Service de Santé des Armées pour ceux qui ont le statut de militaires et l'État pour les fonctionnaires. Les données qu'ils collectent sont confrontées, pour la constitution du RPPS, à celles de l'Assurance maladie et du centre national de gestion (CNG). Outre le fait d'assurer la qualité statistique du fichier, cette confrontation des différentes sources a pour but la délivrance et la mise à jour de cartes de professionnels de santé (CPS) destinées à l'ensemble des professionnels actifs et autorisés à exercer, quels que soient leurs structures et modes d'exercice. Chacun se voit attribuer un numéro RPPS pérenne et non signifiant et une carte identifiante permettant notamment le paiement des actes par l'Assurance maladie et la délivrance d'ordonnance. Le répertoire est géré par l'Agence du Numérique en Santé (ANS). Le RPPS regroupera à terme l'ensemble des professionnels de santé. L'intégration est progressive, en fonction des possibilités des autorités d'enregistrement.

Pour les autres professions, la Drees collecte chaque année les données à partir du répertoire ADELI (Automatisation des listes) : audioprothésistes, diététiciens, ergothérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale (ERM), opticiens-lunetiers, orthophonistes, orthoptistes, professionnels de l'appareillage ; psychologues, psychomotriciens, techniciens de laboratoire. Le répertoire ADELI a été mis en place pour répondre à l'obligation d'enregistrement des diplômes des professionnels de santé par les services de l'État conformément au code de la santé publique et de pouvoir disposer des listes réglementaires des personnes exerçant dans chaque département. Actuellement ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) qui sont les guichets d'enregistrement des professionnels concernés par ce répertoire. Malgré l'obligation légale d'inscription, ce répertoire présente certaines fragilités. Tout d'abord, les professionnels de santé ne sont pas réellement incités à se désinscrire (l'inscription étant gratuite, contrairement au RPPS) lorsqu'ils cessent leur activité temporairement ou définitivement, ce qui peut conduire à surestimer le nombre de professionnels en exercice. À l'inverse, les nouveaux professionnels tardent parfois à faire enregistrer leur diplôme au répertoire (en particulier, lorsqu'ils débutent par une activité salariée), ce qui tend à sous-estimer la part des plus jeunes. Le champ pris en compte dans les tableaux publiés par la Drees est constitué par l'ensemble des praticiens ayant déclaré une activité libérale ou salariée, les actifs occupés. Il exclut donc les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi. Dans ADELI lorsqu'un professionnel déclare plusieurs activités, c'est l'activité principale qui est retenue pour l'élaboration de ces statistiques.

La Drees réalise également des travaux prospectifs en construisant des modèles de projections d'effectifs de médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens,

infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, à moyen et long termes. Sur la base des comportements observés dans le passé récent et d'hypothèses portant notamment sur les effectifs entrant en formation et les flux de professionnels diplômés à l'étranger, un scénario tendanciel est élaboré. Un outil de visualisation de ces projections permet aux utilisateurs de faire varier les hypothèses pour construire des variantes autour de ce scénario tendanciel¹⁰³.

La Drees a par ailleurs la responsabilité du suivi statistique de toutes les formations délivrant un diplôme relevant du ministère en charge de la santé, sur les secteurs sanitaire et médico-social. Pour cela, elle réalise tous les ans une enquête auprès de tous les établissements proposant des formations délivrant ces diplômes. Elle interroge aussi régulièrement les étudiants suivant ces cursus pour connaître leur profil. La Drees éclaire aussi la thématique des conditions de travail des professionnels de santé, principalement les médecins généralistes libéraux et les salariés du secteur hospitalier.

L'accès et le recours (ou non-recours) aux soins et aux services d'accompagnement sont des enjeux majeurs de santé publique, mais également complexes car résultant de multiples facteurs. Afin d'éclairer ces thématiques, la Drees produit des indicateurs, comme l'accessibilité potentielle localisée (APL) et mène des études pour documenter et décrire les différences d'accès et de recours, mais aussi en analyser les déterminants.

Décrire l'état de santé, physique et mentale, de la population en France, et la prise en charge par le système de santé des différentes pathologies, constitue également l'une des missions de la Drees. Pour ce faire, elle mène de grandes enquêtes de santé en population générale, et mobilise les données médico-administratives du système national des données de santé (SNDS). Les études menées mettent notamment l'accent sur les différences d'état de santé et de prise en charge selon les caractéristiques sociodémographiques, et éclairent l'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé. Outre la thématique de la santé physique, la Drees éclaire aussi celle de la santé mentale, en assurant notamment le secrétariat de l'Observatoire national du suicide.

La Drees produit également des statistiques et conduit des études dans le champ de la protection sociale, des établissements sociaux et médico-sociaux et des personnes qu'ils prennent en charge. Quelques productions : étude sur les personnes âgées, sur les personnes handicapées, enquête Autonomie, enquête Vie quotidienne et santé, enquête en établissements médico-sociaux (ES « handicap » et EHPA), enquête auprès des ménages. La Drees couvre de plus tout le champ social (prestations, hébergement social, études sur les minima sociaux, les retraites...).

Notamment, la Drees cherche à mieux décrire les professions sociales, leur formation, leurs effectifs, leur parcours professionnel, leur salaire et leurs conditions de travail. La Drees est à ce titre responsable de plusieurs enquêtes dans le domaine du travail social. D'autres sources statistiques sont, enfin, produites par divers organismes et peuvent également renseigner sur le travail social dès lors qu'il est possible de repérer les professions correspondantes.

¹⁰³ [Projections d'effectifs de médecins - Drees \(shinyapps.io\)](https://shinyapps.io)

2.1. Une prospective inscrite dans une stratégie globale des ressources humaines

Cette prospective doit prendre en compte les principaux déterminants de l'évolution de la demande et de l'offre.

2.1.1. La demande de soins et d'accompagnement

Les déterminants de la santé englobent l'ensemble des conditions de vie (logement, éducation, travail, alimentation, mobilité...) de la population. Dans la mesure où l'objectif est ici de quantifier les effectifs de professionnels nécessaires¹⁰⁴, on se centre sur les besoins de santé (curatifs ou préventifs) et d'accompagnement dans le champ du sanitaire et du médico-social.

Définir les ressources humaines nécessaires pour le système de santé à partir de besoins de santé définis *ex-nihilo* (indépendamment des caractéristiques actuelles de l'offre et du recours) est impossible¹⁰⁵. Il n'existe en effet pas de définition de la santé susceptible d'être déclinée opérationnellement en termes de besoins, la définition l'OMS étant emblématique à cet égard : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Entrent en jeu les présupposés socio-culturels sur ce qu'est la santé, sur ce que les soins doivent couvrir (champ lié notamment au progrès médical), sur la responsabilité de chacun en matière de prévention et de recours... « *En santé publique, les « besoins de santé » peuvent être définis comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou les pouvoirs publics. La question la plus difficile, soulevée pour la quantification des besoins de santé, réside dans la référence à choisir comme norme d'état de santé souhaité. Ce dernier, variable dans le temps et dans l'espace, diffère selon les situations démographiques et économiques des collectivités qui doivent le définir. La quantification des besoins de santé « ne va pas de soi » et n'est pas uniquement de nature technique et scientifique. (...) Finalement, énoncer les besoins de santé relève aussi de choix politiques, éthiques et philosophiques*¹⁰⁶ ».

Ainsi, « *la notion de besoins de soins reste une notion relative. Les besoins de soins ne sont pas indépendants des réponses qui peuvent être apportées, et les progrès médicaux les font évoluer quand des solutions thérapeutiques nouvelles apparaissent. Ils ne peuvent pas être définis seulement par des normes d'experts et doivent tenir compte des souhaits des patients. Ils ne s'expriment pas directement, mais au travers d'une demande, qui n'en est que la partie émergée et peut être influencée par de multiples facteurs, dont des freins financiers.* »^{107 108}.

Il reste nécessaire de définir les services de santé à rendre à la population, dans nos sociétés, aujourd'hui et dans le futur.

¹⁰⁴ Le rapport du Hcaam de 2021 sur [La régulation du système de santé](#) présente les modèles macroéconomiques projetant la demande de soins, page 34 et suivantes. Le modèle Destinie de l'Insee permet également de projeter les dépenses de santé en simulant des trajectoires individuelles : [Projections des dépenses de soins de ville, construction d'un module pour Destinie - Documents de travail - G2015/15 | Insee](#)

¹⁰⁵ [Rapport du Hcaam sur la régulation du système de santé](#), 2021.

¹⁰⁶ C. Cases et D. Baubeau « Peut-on quantifier les besoins de santé ? », DREES, *Solidarité et Santé*, 2004

¹⁰⁷ [ONDPS Conférence Nationale du 26 mars 2021 Rapport et propositions](#)

¹⁰⁸ Les freins à l'expression du besoin de soins sont d'autant plus importants pour les personnes à l'écart du système de soins pour des raisons sociales ou psychosociales.

La seule démarche possible consiste à partir du fonctionnement actuel du système de santé et de la seule chose observable, qui est la consommation effective de soins, et à identifier :

- les déséquilibres existants à corriger :
 - o l'existence d'une demande pertinente non satisfaite, ie. de défauts de recours à des soins de qualité dans des délais raisonnables, du fait de problèmes d'accessibilité géographique ou financière, d'organisation des parcours (écart aux recommandations de bonne pratique, défaut d'intégration des innovations...) doit conduire à augmenter l'offre des services concernés (via une meilleure organisation des soins, de nouvelles répartition des tâches entre professionnels, une augmentation du nombre de professionnels... - un des critères pour considérer des délais comme déraisonnables réside dans les éventuelles pertes de chances qu'ils engendrent. Ces pertes de chances sont bien-sûr préjudiciables pour les patients, mais aussi pour le système de santé, lorsqu'elles se traduisent *in fine* par des recours accrus au système de soin, et donc une aggravation des tensions auxquelles ce système est confronté. Il en est de même pour l'existence de tensions sur les ressources humaines (charge de travail excédentaire...) ;
 - o l'existence de recours non pertinents doit conduire à réduire les services concernés. Des difficultés d'insertion des professionnels sur le marché du travail (taux de chômage, temps partiel subi...) suggérant une offre de professionnels excédentaire par rapport la demande doivent conduire à réduire l'offre de ces professionnels.
- les facteurs (démographiques, épidémiologiques, innovation, changements environnementaux...) d'évolution ;

Cette analyse en termes de déséquilibres illustre le fait que les recours aux soins résultent de la confrontation entre demande et offre de soins, la régulation visant à assurer le meilleur équilibre possible, compte tenu des contraintes. Les actions de régulation incluent des actions sur la demande, a fortiori en situation de tension sur les financements publics et les ressources humaines. En effet, la demande est potentiellement infinie, et la théorie économique considère la santé comme un bien « supérieur », dont la demande augmente plus que proportionnellement à la richesse. Le rapport du Hcaam de 2022 sur l'organisation des soins de proximité indiquait : « *Une priorisation des services à rendre, et des modalités de régulation de la demande, sont donc nécessaires. En effet, si cette priorisation restait, comme c'est le cas aujourd'hui, implicite, elle bénéficierait alors aux patients déjà les mieux lotis, accroissant ainsi les inégalités. (...) Le Hcaam recommande que cette priorisation des services à rendre soit explicite, pour gérer au mieux, au bénéfice de tous, les moyens disponibles.* » et rapportait ces propos d'un médecin généraliste : « *J'ai toujours pensé qu'on répond à la demande des patients, avec une augmentation du consumérisme. C'est les patients qui pilotent nos rendez-vous. La régulation des appels H24 est un élément majeur. (...) Il faut reprendre la maîtrise des flux. C'est nous professionnels qui décidons si le patient doit aller à l'hôpital ou pas et on est prioritaires quand le patient doit rentrer à l'hôpital. On doit protéger les services d'accueil des urgences et ces services doivent répondre avec fluidité à nos demandes.* ».

2.1.2. Un large ensemble de professionnels répond à cette demande

Le champ inclut idéalement l'ensemble de l'offre de soins et d'accompagnement, des champs sanitaire et médico-social, voire social.

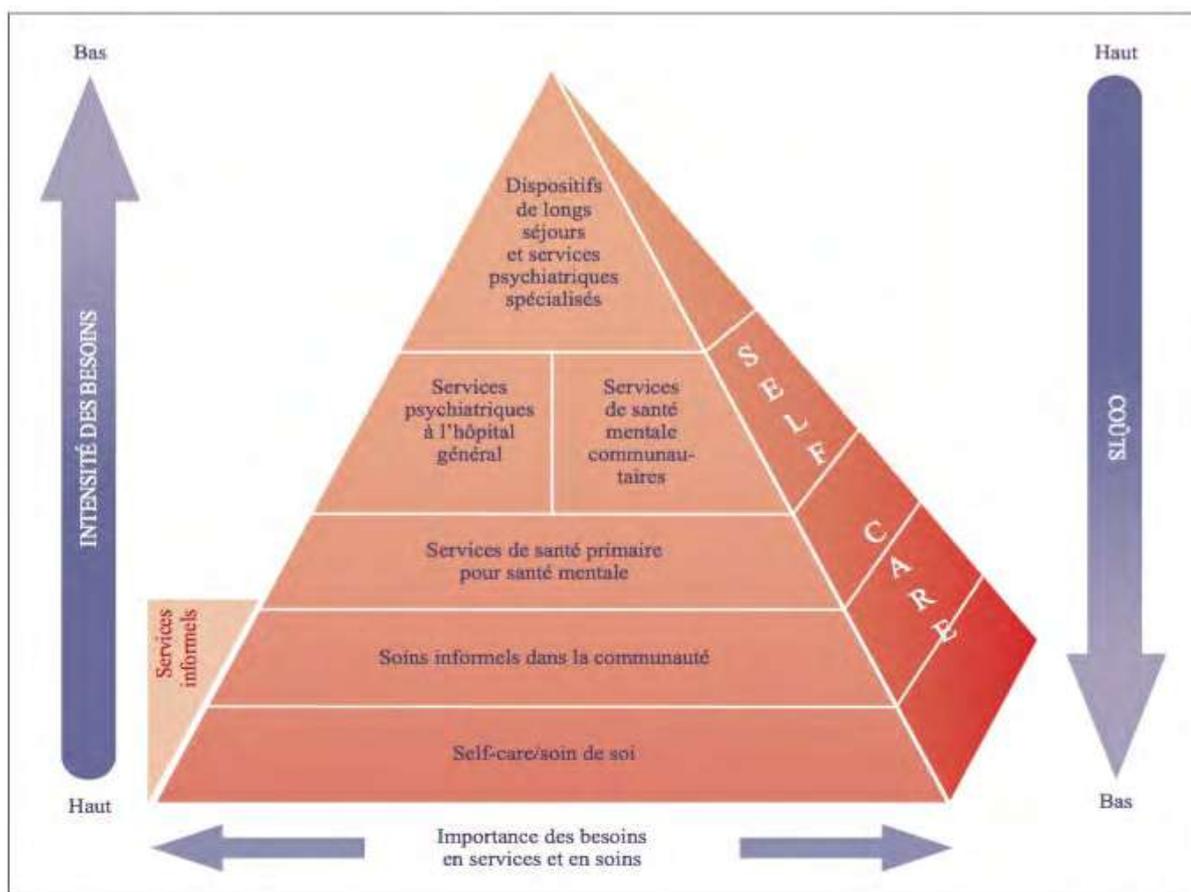
La nécessité d'une approche globale des services à rendre à la population est en effet établie, pour les personnes atteintes de maladie chronique notamment. La HAS recommande¹⁰⁹ une évaluation globale de la qualité de vie et des besoins et attentes des individus, y compris en services sociaux, afin de proposer un accompagnement psychosocial adapté.

La prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, doit mobiliser très largement des non professionnels de santé (cf ENCADRE 24) en premier lieu les personnes concernées (auto-soin) et leurs proches et aidants ;

- au-delà, des psychologues, professionnels de l'éducation, agents de santé communautaires, médiateurs en santé, spécialistes de l'éducation pour la santé, assistants sociaux, pairs aidants...

Ainsi, l'OMS¹¹⁰ a proposé une pyramide de l'organisation optimale des services en santé mentale (FIGURE 9), qui s'applique bien au-delà de la santé mentale : le Hcaam¹¹¹ a proposé pour la prévention de l'obésité un modèle reposant sur les mêmes principes, conçu pour être modélisateur de la prévention des pathologies chroniques en général. Les deux premiers niveaux, qui représentent la quantité de services rendus la plus importante, ne sont pas assurés par le système de soins.

FIGURE 9 : LA PYRAMIDE DE L'ORGANISATION OPTIMALE DES SERVICES EN SANTE MENTALE DE L'OMS



Source : OMS, 2009.

¹⁰⁹ Par exemple HAS, Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), 2020.

¹¹⁰ [Improving health systems and services for mental health \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/improving-health-systems-and-services-for-mental-health), 2009.

¹¹¹ [Hcaam, Prévention et promotion de la santé, Avis et Rapport 2017-2018.](#)

De plus, certaines professions sont communes aux deux champs sanitaire et médico-social, notamment les IDE, aides-soignantes, médecins, professionnels de la rééducation. Les professionnels passent d'un secteur à l'autre, en fonction des salaires et des conditions de travail notamment. Cette diversité des métiers à l'intérieur d'une profession constitue un élément important de l'attractivité de ces dernières.

Enfin, il serait possible d'identifier des socles communs de compétences¹¹² au sein des professions des champs médical, médico-social et social, *via* des comparaisons des référentiels de compétences pour alimenter la réflexion sur l'évolution des activités et des responsabilités entre professionnels (par exemple aides-soignantes - accompagnants éducatifs et sociaux (AES, ex auxiliaires de vie).

Les approches intersectorielles de prospective des ressources en humaines restent rares à l'international alors même que les logiques pluridisciplinaires dans la prise en charge des patients sont largement reconnues (voir chapitre 1). En France, prioriser professionnels qui interviennent en première ligne dans le champ sanitaire apparaît toutefois nécessaire dans un premier temps, compte tenu de l'ampleur des travaux à mener. Ceci en tenant compte bien-sûr de l'ensemble des secteurs dans lesquels ces professionnels exercent (par exemple pour les infirmières, les secteurs sanitaire et médico-social). Des études ad hoc sur les évolutions des besoins dans les champs du médico-social et social notamment pour les personnes âgées devront être réalisées pour mieux intégrer dans les modèles de prospective RH des professions de santé, le rôle des professionnels de ces champs (cf. partie 2.3.). En effet, privilégier dans un premier temps, pour des raisons méthodologiques en période de montée en charge des outils, les professionnels du champ sanitaire pour le modèle macro de projection ne doit pas conduire à négliger les besoins en ressources humaines des secteurs sociaux et médico-sociaux, ne serait-ce que parce que la non-couverture de ces besoins accroît la demande adressée au secteur sanitaire (dans le cas par exemple des personnes âgées qui finissent à l'hôpital faute de place dans les structures médico-sociales).

2.1.3. L'offre de soins et d'accompagnement

L'offre de soins dépend de la démographie des professionnels, qui dépend elle-même :

- du nombre passé et futur de professionnels formés (qui dépend notamment du nombre d'étudiants qui s'inscrivent et du nombre de ceux qui iront jusqu'au bout de la formation) ;
- des flux migratoires de professionnels ;
- du nombre de professionnels formés qui exercent effectivement ces métiers et donc du délai entre l'obtention du diplôme et l'entrée dans la vie active, de l'attractivité de ces métiers (conditions de travail...) et des durées de carrière (sorties d'activité : transitions professionnelles, inactivité, départ à la retraite, etc.).

Elle dépend également du nombre d'heures travaillées, des compétences, missions et attentes des professionnels, des organisations (conditions de l'exercice en pluri professionnel, charges administratives, évolutions des modes d'exercice et de rémunération...), des innovations dans les prises en charge (innovations organisationnelles,

¹¹² Comme par exemple, la vaccination, l'éducation pour la santé, l'entretien motivationnel, le recueil des attentes et des préférences des patients, la prise en compte du contexte social et professionnel, l'aide à la désignation d'une personne de confiance, etc.

apport du numérique, de l'intelligence artificielle), des activités de soins réellement pratiquées par les professionnels formés, etc.

Ces facteurs déterminent l'offre de soins à plus ou moins brève échéance. Une augmentation du temps de travail peut avoir des effets immédiats alors qu'une hausse du nombre de places en formation ne produira ses effets qu'à moyen terme compte tenu de la durée de ces formations, en particulier pour les médecins. L'ensemble de ces facteurs dépendent des politiques publiques, entièrement (par exemple le nombre de places proposées en formation) ou plus indirectement (les attentes des professionnels sont liées aux différentes options qui s'offrent à eux).

Concernant les modes de rémunération, le Haut conseil a écrit dans son rapport *Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité* (2022) : « Les modes de rémunération actuels contribuent aussi à rigidifier les organisations de travail (...). Il s'agit ainsi de poursuivre le mouvement engagé vers une mixité des modes de financement (paiement à l'acte, forfaits et rémunérations collectives, salariat), afin de tirer parti des avantages de chacun de ces modes tout en limitant ses inconvénients.. ».

2.1.4. L'organisation des services de santé

Le contenu de l'activité des professionnels joue un rôle important dans l'adéquation entre offre et demande de soins.

On connaît mal aujourd'hui la partie non remboursable de l'activité des médecins : activité esthétique des dermatologues, chirurgiens, ou d'autres spécialités médicales ; ni les modes d'exercice particulier (MEP) tels que l'acupuncture ou l'homéopathie, qui peuvent être pris en charge, au moins partiellement, par l'assurance maladie, si le médecin facture une consultation. Des études permettant de mieux documenter son ampleur et ses déterminants seraient très utiles pour prioriser les services à rendre à la population et mieux réguler l'activité des médecins¹¹³. Une réflexion est également à mener sur le bon équilibre entre activité programmable et non programmable et les modalités souhaitables de régulation, d'organisation et de valorisation de ces activités.

Par ailleurs, la spécialisation croissante, au sein même des spécialités, rend plus complexe encore le cheminement du patient. Elisabeth Hubert alertait dans son rapport *Mission de concertation sur la médecine de proximité* (2010) « sur le danger potentiel que représente une hyperspécialisation précoce en certaines spécialités. Le fait de ne plus être cardiologue mais rythmologue ou hypertensiologue ; chirurgien orthopédiste spécialiste de la main ou de l'épaule ; ophtalmologiste, spécialiste de la rétine ou de la cataracte, etc. aura des incidences sur les besoins en médecins dans les territoires, ces hyperspécialistes s'estimant incompétents pour suppléer à un de leurs confrères, lui-même hyperspécialisé en un autre domaine ».

Le contenu de l'activité des professionnels sur un territoire donné est lié à la densité de professionnels dans ce territoire et donc aux inégalités de répartition entre territoires. Ainsi, « L'activité des infirmières libérales se découpe en deux grands groupes d'actes. Les Actes médico-infirmiers (AMI), d'une part, qui correspondent à des actes techniques (injections, pansements, etc.) que les infirmières sont les seules à pouvoir dispenser. Les Actes infirmiers de soins (AIS), d'autre part, rassemblent par exemple les soins d'hygiène,

¹¹³ Concernant l'activité esthétique, réguler l'activité des médecins ne doit pas conduire à transférer ces activités à des personnes non qualifiées, en mettant en danger la santé des personnes qui y ont recours. Il s'agit avant tout de mener une réflexion collective sur la pertinence de certaines activités, en particulier pour les jeunes personnes.

de nursing ou encore de la prévention, et peuvent être pris en charge par d'autres structures ou professionnels intervenant dans les soins à domicile (...). La structure de l'activité selon le type d'actes est corrélée à la densité. Ainsi, la part de l'activité AMI a tendance à diminuer lorsque la densité augmente, à l'inverse de l'activité AIS. En effet, les infirmières sont susceptibles de privilégier les AMI et d'utiliser les AIS comme une variable d'ajustement de leur activité et de leurs revenus, et ceci d'autant plus que la densité d'infirmières libérales augmente. (...) Le nombre d'AMI par habitant tend à être plus important et à progresser plus rapidement lorsque la densité augmente dans les territoires les moins dotés, signe d'une meilleure réponse au besoin. Cependant, le niveau se maintient dans les zones sur-dotées, alors même que la densité diminue. A l'inverse, la forte proportion d'AIS dans les zones sur-dotées illustre la possibilité pour les infirmières d'adapter leur activité face à une demande en AMI satisfaite. (...) Ainsi, le zonage¹¹⁴ a un impact significatif plus important sur les AMI, particulièrement sensibles à l'équilibre entre l'offre et la demande. »¹¹⁵.

Quel sera également l'impact des nouvelles technologies, du numérique, de l'intelligence artificielle qui potentiellement pourraient accroître la productivité et diminuer le besoin en médecins ou autres professionnels de santé ? Le groupe d'experts des Pays-Bas conclut à une perte de productivité, au moins au début de l'introduction de nouvelles technologies. Cependant les gains de productivité pourraient se manifester plus rapidement pour l'intelligence artificielle que pour les innovations précédentes (voir chapitre 1.2.1).

Ainsi, l'ensemble des facteurs déterminant l'offre de santé sont à la fois des paramètres entrant dans les modèles prospectifs et des leviers que doivent actionner les pouvoirs publics pour équilibrer offre et demande en santé.

ENCADRE 12 : L'IMPACT DU NUMERIQUE

La stratégie du NHS pour accélérer la transformation numérique dans la santé et les services sociaux

Dans le cadre de la stratégie des ressources humaines en santé pour 2027¹¹⁶, le Secrétaire d'Etat à la santé et aux affaires sociales a commandé un rapport sur les nouvelles technologies. Elles sont envisagées comme un des moyens pour relever le défi de l'augmentation de la demande de soins dans les 20 prochaines années. Les innovations technologiques (génomique, médecine numérique, intelligence artificielle et robotique) devraient pouvoir améliorer les services rendus à la population sans augmenter les dépenses de santé, et sans renforcer les inégalités mais en les corrigeant.

Trois principes ont été retenus pour soutenir le déploiement des nouvelles technologies. Ils sous-tendent les recommandations¹¹⁷ :

- les patients doivent être associés comme partenaires et être informés des nouvelles technologies, en accordant une attention particulière aux personnes plus vulnérables afin d'en garantir un accès équitable ;

¹¹⁴ Le zonage infirmier a été généralisé en 2012. Une installation dans une zone sur-dotée ne peut avoir lieu qu'en cas de départ d'une consœur, et les zones sous-dotées bénéficient d'aides financières.

¹¹⁵ [Duchaine F., Chevillard G., Mousquès F. « Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ? », Questions d'économie de la santé, 2022.](#)

¹¹⁶ [Facing the Facts, Shaping the Future – a draft health and care workforce strategy for England to 2027.pdf \(hee.nhs.uk\).](#)

¹¹⁷ The Topol Review - An independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Social Care February 2019 [HEE-Topol-Review-2019.pdf](#)

- les professionnels de santé ont besoin d'acquérir une expertise sur les nouvelles technologies afin d'évaluer leurs apports dans les soins, selon des méthodes robustes et d'être préparés à l'avenir numérique ;

- le gain de temps : dans la mesure du possible, l'adoption de nouvelles technologies devrait permettre aux professionnels de consacrer plus de temps aux soins, favorisant davantage d'interactions avec les patients.

Le NHS considère que les nouvelles technologies ne remplaceront pas les professionnels mais qu'elles représentent un atout pour accélérer le processus d'une meilleure information aux patients, des soins plus personnalisés et de leur implication dans les prises de décisions partagées.

Le rapport aborde les questions de gouvernance des données de santé et de cybersécurité ; des mécanismes qui doivent garantir que les technologies ne déshumanisent pas les soins. Il formule des recommandations et des réflexions à mener sur la façon dont ces nouvelles technologies seront susceptibles de modifier les rôles et les fonctions des différentes professions au cours des 20 prochaines années ainsi que les professions qui vont plus particulièrement devoir acquérir de nouvelles compétences. Enfin il questionne les conséquences à en tirer pour la sélection des futurs professionnels de santé, le contenu des programmes de formations qui devront être modifiés en formation initiale et continue. Pour soutenir la transformation numérique du système de santé, le « Topol Digital Fellowship » est un programme de bourses du NHS, reconduit pour sa cinquième édition en 2024. Il offre aux professionnels de la santé et des services sociaux la possibilité de mener des projets d'évolution en lien avec le numérique sur leur lieu de travail. En accordant un financement de 15 000 £, ces bourses permettent aux professionnels de dégager du temps pour se former et mener à bien ces transformations au sein de leurs organisations. Une cinquantaine de projets sont ainsi soutenus chaque année pour une durée de 1 an.

Concernant plus particulièrement l'impact de l'intelligence artificielle (IA), un article récent du JAMA¹¹⁸ rappelle qu'historiquement, les technologies à usage général ne parviennent souvent pas à produire les avantages promis pendant de nombreuses années (« le paradoxe de la productivité des technologies de l'information »). Les soins de santé présentent plusieurs caractéristiques qui rendent le déploiement réussi des nouvelles technologies encore plus difficile que dans d'autres secteurs (données sensibles alors que l'IA a besoin de grandes quantités de données ; données peu structurées et très liées à leur objectif premier (facturation, utilisation clinique...) ; innovations rapides alors que l'IA apprend sur des bases historiques qui peuvent rapidement devenir obsolètes). Ces caractéristiques ont mis à mal les efforts antérieurs de mise en œuvre de l'IA et des dossiers médicaux électroniques. Cependant, l'IA générique possède des propriétés uniques qui peuvent raccourcir le délai habituel entre la mise en œuvre et les gains de productivité et/ou de qualité dans les soins de santé. En outre, l'écosystème des soins de santé a évolué pour devenir plus réceptif à l'IA générique, et de nombreuses organisations de soins de santé sont prêtes à mettre en œuvre les innovations complémentaires en matière de culture, de leadership, de main-d'œuvre et de flux de travail qui sont souvent nécessaires pour que les innovations numériques prospèrent. Les auteurs concluent que l'IA générique est capable d'apporter des améliorations significatives dans les soins de santé plus rapidement que ce n'était le cas avec les technologies précédentes. Ils anticipent que les premiers progrès auront lieu non pas tant dans les tâches en contact avec le patient (telles que l'établissement de diagnostics et la recommandation de traitements), mais en termes de gaspillage et de tâches administratives (création de compte-rendus médicaux,

¹¹⁸ Wachter RM, Brynjolfsson E. Will Generative Artificial Intelligence Deliver on Its Promise in Health Care? JAMA. 2024;331(1):65–69. doi:10.1001/jama.2023.25054.

programmation de rendez-vous, envoi d'une facture...). Ironiquement, de nombreux problèmes créés par des innovations numériques antérieures (fardeau de la documentation et des échanges dématérialisés) peuvent être résolus par de nouveaux outils alimentés par l'IA générative, comme les scribes numériques et les robots conversationnels. Ils concluent que l'expérience acquise dans ces domaines ouvrira probablement la voie à une mise en œuvre plus large dans des domaines qui affectent plus directement les résultats et l'expérience des patients.

La question de l'impact de ces nouveaux outils sur l'environnement (pour l'IA générative, les data centers, la consommation électrique, l'empreinte carbone) doit évidemment être prise en compte, ce qui plaide pour une approche sélective dans son adoption¹¹⁹.

ENCADRE 13 : QUANTIFIER LES BESOINS EN PROFESSIONNELS EN ETABLISSEMENT DE SANTE VIA DES RATIOS DE PERSONNEL ?

Les ratios de personnel, par type de service à rendre à la population, constituent la clé de passage de ces services au nombre de professionnels nécessaires. Les études de cas sur les soins de proximité et sur la périnatalité illustrent la façon d'appréhender de tels ratios pour les exercices prospectifs.

Dans quelques cas, la pratique des soins est elle-même régie par des ratios, qui peuvent alors être utilisés pour les travaux prospectifs.

En France, depuis le début des années 2000, des ratios sécuritaires d'équipe médicale et non médicale, fixés par décrets¹²⁰, doivent être respectés pour certaines activités (réanimation et soins intensifs adultes et pédiatriques, néonatalité, obstétrique, dialyse, grands brûlés, radiothérapie externe en cancérologie). En cas de manque de personnels, des lits sont alors fermés. Ainsi, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation adulte doit comprendre au minimum 2 infirmiers pour 5 lits ouverts et 1 aide-soignant pour 4 lits ouverts, un masseur kinésithérapeute 7j/7, un psychologue et en tant que de besoin un diététicien, un ergothérapeute et du personnel à compétence biomédicale.

Les liens entre les ratios (de fait) de personnel, la qualité des services et la sécurité des patients en établissement de santé sont étayés par de nombreuses études à l'international¹²¹.

Un rapport¹²² de 2020 propose une synthèse des preuves scientifiques sur les effets des législations imposant des ratios minimaux d'infirmiers. Des ratios minimaux obligatoires ont été utilisés, depuis 30 ans, dans les établissements de soins de longue durée aux États-Unis, au Canada et en Allemagne. Ils ont aussi été mis en place, depuis une vingtaine d'année, dans les établissements hospitaliers de soins généraux et spécialisés en Californie (seul État américain où ces ratios existent pour l'ensemble du secteur hospitalier), au Massachusetts (soins intensifs) et dans plusieurs États australiens. Ils ciblent principalement le nombre d'infirmiers :

- un nombre inadéquat d'infirmiers est associé à une augmentation d'évènements indésirables (ex : erreurs d'administration des médicaments, infections nosocomiales, etc.) ;

¹¹⁹ ticpharma.com

¹²⁰ Dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins critiques, le décret n° 2002-694 du 26 avril 2022 précise la constitution de l'équipe médicale, les conditions de la permanence ainsi que celle de l'équipe non médicale. Il indique également les différents secteurs du service (accueil, hospitalisation, technique, administratif, etc), les équipements de soins et administratifs nécessaires à la mise en œuvre et à l'organisation des soins, un plan de flexibilité capacitaire, ainsi qu'un nombre de lits minimal.

¹²¹ [HAS. Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Novembre 2022.](#)

¹²² Carl-Ardy Dubois, Roxane Borgès Da Silva, Mélanie Lavoie-Tremblay, Sean Clarke. Effets des législations imposant des ratios minimaux obligatoires de personnel infirmier. Une synthèse des preuves scientifiques. Juin 2020.

- l'adoption de ratios minimaux obligatoires entraîne constamment une amélioration des effectifs en personnel infirmier dans les services (notamment pour ceux dont les effectifs étaient les plus faibles avant l'obligation) ;
- quelques études attestent d'une amélioration des conditions de travail (satisfaction accrue, diminution des accidents, etc.) sans pour autant augmenter l'attrait des infirmiers vers ces postes hospitaliers ;
- en ce qui concerne la qualité des soins et la sécurité des patients, les conclusions des études sont mitigées et parfois contradictoires. Les ratios minimaux obligatoires apparaissent ainsi comme une condition utile mais non suffisante pour garantir des soins infirmiers de qualité. La sévérité des patients, variable dans les services et dans le temps, nécessiterait une approche flexible des ratios afin d'assurer non pas des effectifs minimum mais des effectifs optimums, c'est-à-dire en nombre suffisant pour assurer des soins adaptés aux besoins des patients plus ou moins complexes ;
- la mise en œuvre de ratios minimaux obligatoires induit des coûts additionnels.

Les travaux de prospective proposés dans ce rapport visent à une meilleure adéquation de la main d'œuvre en santé à la demande de soins, contexte dans lequel l'impact de ratios obligatoires sur la qualité et la sécurité des soins peut se manifester. En période de tension sur les recrutements, l'introduction de ratios peut cependant être préjudiciable à l'accès aux soins, si elle se traduit par une diminution de l'offre de soins, dans les cas où son impact positif sur l'attractivité des services concernés ne suffit pas pour permettre les recrutements nécessaires et fidéliser le personnel en place. La question se pose dans des termes comparables dans d'autres secteurs comme les EHPAD ou les crèches qui peuvent fermer des places parce qu'ils n'atteignent pas les ratios en personnels nécessaires.

2.1.5. Une approche globale des ressources humaines

En complément d'une meilleure planification stratégique du personnel de santé, la déclaration de Bucarest de 2023¹²³ appelle à envisager les besoins en professionnels de santé dans une approche globale des ressources humaines prenant en compte de multiples paramètres : attractivité des métiers, qualité de vie et conditions de travail, évolution du rôle et des compétences de chaque profession et du travail ensemble, évolutions des carrières, utilisation des outils numériques, attractivité dans les territoires, etc. La question de la formation, initiale et continue, joue ici un rôle central : développement des formations pluriprofessionnelles¹²⁴ et en sciences humaines pour apprendre à travailler ensemble, de l'apprentissage, des passerelles entre les métiers, simplification de la validation des acquis de l'expérience (VAE), redéploiements possibles entre les formation initiale et continue (y compris la re-certification) pour tenir compte des évolutions rapides des métiers, travail sur les modalités de sélection pour réduire les choix par défaut de certaines spécialités ou professions...

L'estimation du nombre de professionnels de santé à former chaque année n'a de sens que dans une approche globale et stratégique des RH au service de la politique de santé et de ses déclinaisons régionales. En effet, compte tenu des déséquilibres territoriaux actuels, se fixer comme unique objectif un nombre de professionnels de santé adéquat au niveau national pour répondre aux besoins de santé de la population dans 20 ans ne suffira pas pour assurer un accès équitable partout sur le territoire.

Seule une vision stratégique large des RH, co-construite dans un cadre partenarial et interministériel (avec en première ligne, pour le ministère de la santé, la Direction générale

¹²³ Op cit.

¹²⁴ [Les ressources humaines en santé, levier de transformation du système de santé | France Stratégie \(strategie.gouv.fr\)](#)
Actes des séminaires Hcaam 2019-2020.

de l'offre de soins (DGOS), assortie d'un plan d'action à court, moyen et long terme – *a minima* durant les 10 ans de la prochaine stratégie nationale de santé (SNS) - permettra d'appréhender et de dépasser les contraintes qui rendent difficiles les modèles de prospective RH fondés sur la prolongation des tendances et leur seule traduction chiffrée en nombre de professionnels à former.

Ce n'est que par un suivi de l'impact des mesures prises et leur intégration régulière dans les modèles de planification que les exercices de prospective – véritable outil de pilotage de la stratégie des ressources humaines en santé - rempliront pleinement leur rôle d'appui efficace aux décisions politiques.

Plusieurs pays ont fait ce choix aujourd'hui :

- le NHS anglais a publié en juin 2023 un Long Term Workforce Plan : [NHS England, NHS Long Term Workforce Plan, 2023](#) ;
- l'Irlande s'est dotée dès 2017 d'un National Strategic Framework for Health and Social Care Workforce ;
- la Commission du personnel de santé en Norvège a produit en mars 2023 un rapport avec 31 propositions ;
- La Nouvelle-Zélande a intégré les éléments de son plan de développement des ressources humaines en santé (Health Workforce engagement) publié fin 2022 dans sa nouvelle stratégie de santé publiée en 2023 ;
- la National Medical Workforce Strategy 2021–2031 en Australie qui recommande la création d'un organe conjoint de planification et de conseil en matière de main-d'œuvre médicale.

De même la Commission de planification de l'approvisionnement médical de Belgique dans son avis de janvier 2023 va au-delà du nombre de professionnels à autoriser en formation¹²⁵.

¹²⁵ Avis formel 2023/01 de la Commission de planification - Offre médicale :

« Afin de veiller à garantir la plus large accessibilité aux soins médicaux de première ligne à la population belge, les membres ont délibérément choisi de renforcer prioritairement le nombre de médecins généralistes. Cette augmentation est complétée de différentes recommandations : optimiser la façon de travailler en première ligne de soins, mesures de soutien et d'encadrement de la médecine générale, une répartition territoriale équilibrée et une attention particulière à la situation bruxelloise (activité morcelée, soins non répertoriés dans les bases de données notamment les migrants et le personnel lié aux institutions européennes...).

Les membres de la Commission rappellent que les spécialités qui s'exercent hors cadre de l'assurance maladie (la médecine du travail, la médecine d'assurance et d'expertise médicale, la médecine légale et la médecine en gestion de données de santé) et les fonctions de l'administration qui nécessitent une expérience clinique (médecins inspecteurs,...) répondent également à des besoins de santé publique. Ceux-ci sont principalement recrutés parmi les médecins ayant une pratique clinique en médecine générale. Aujourd'hui ces professionnels peinent à être recrutés et les besoins augmentent. Ils sont déjà pris en compte dans les scénarios (actifs hors santé) selon les tendances historiques observées. Pour autant ces évolutions doivent être suivies avec attention. ».

Proposition 2 :

La prospective des ressources humaines en santé doit s'inscrire dans une stratégie globale des ressources humaines adossée à des plans d'actions à court et moyen terme, mobilisant l'ensemble des leviers affectant la quantité et la qualité du travail des professionnels de santé ainsi que leur répartition sur le territoire pour assurer une réponse équitable aux besoins de santé de la population.

Elle doit également s'inscrire dans une stratégie de transformation du système de santé visant à soutenir les évolutions des missions et des métiers et à développer les organisations les plus à même de fournir efficacement les services que la population est en droit d'attendre et d'accompagner ses parcours de santé.

Les recommandations concernant la construction du modèle de prospective de l'offre et de la demande sont détaillées dans la partie suivante.

2.2. Des projections macroscopiques nationales cohérentes avec les spécificités des régions

2.2.1. Le champ des professions de santé à retenir pour les projections

Les professions de santé sont définies en quatrième partie du code de la santé publique (CSP), qui en distingue trois types :

- les professions médicales : médecins généralistes, spécialistes, sages-femmes et chirurgiens-dentistes ;
- les professions de la pharmacie et de la physique médicale : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, physicien médical ;
- les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésistes, opticien-lunetier, prothésistes-orthésistes, diététiciens et les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires et assistants de régulation médicale.

Toutes jouent évidemment un rôle crucial dans les soins. Cependant les exercices « macro » de projection de l'ensemble de ces professions nécessiteraient des moyens humains et en systèmes d'information très importants. Les professions devant faire l'objet d'une projection doivent être priorisées, en fonction notamment de leur effectif, de la durée des études et des tensions existantes ; en première approche, on pourrait proposer les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les aides-soignants.

Comme indiqué précédemment, dans ce rapport, concentrer dans un premier temps les travaux de prospective RH sur un nombre restreint de professions de santé relève d'un choix opérationnel. L'articulation avec les professionnels des secteurs médico-sociaux et les besoins sociaux des usagers devront être pris en considération à terme. Cette priorisation ne doit pas conduire à négliger les besoins en ressources humaines des secteurs sociaux et médico-sociaux, ne serait-ce que parce que la non-couverture de ces besoins accroît la demande adressée au secteur sanitaire (cf. *supra*).

Les autres professions ont vocation à faire, en tant que de besoin, l'objet d'analyses prospectives dans le cadre des exercices par domaines de soins décrits dans les parties suivantes.

Par ailleurs, la plupart des exercices de prospective RH en santé sont élaborés profession par profession, sans prendre en compte les interactions entre elles et leurs évolutions. C'est notamment le cas en France (cf ENCADRÉ 11). Une telle approche risque notamment de surestimer l'ampleur des pénuries de médecins car elle ne prend pas en compte le partage croissant de leurs tâches avec d'autres professionnels¹²⁶. Une approche pluri-professionnelle est donc aujourd'hui absolument nécessaire dans les exercices de planification. Il faut pour cela considérer, pour chacune des professions de santé faisant l'objet d'un exercice de projection macro, avec quels autres professionnels elles ont des interactions importantes, et si ces interactions sont amenées à évoluer significativement dans le temps. Pour ces professions en interactions fortes et évolutives, il convient de tenir compte des évolutions de leurs tâches. L'exercice est évidemment complexe techniquement et politiquement. Il nécessite notamment d'analyser la productivité comparée des différents professionnels pour exercer une tâche donnée. Par exemple, si une tâche peut être faite par un médecin ou par une infirmière, estimera-t-on que tous les deux mettront le même temps pour la réaliser ?

Aux Pays-Bas, lors des premiers travaux de prospective, les experts ont considéré qu'une infirmière spécialisée était 40% moins productive qu'un généraliste pour réaliser la même activité. Actuellement, ce n'est plus le cas, la valeur est de 1 pour 1. Le coefficient a ainsi évolué avec le temps. Des études pour évaluer les effets de la substitution verticale en France (des médecins généralistes vers les professions paramédicales ou les assistants médicaux) en termes de qualité et de charge de travail seraient à mener.

L'auto-soin, assuré par les personnes concernées et leur entourage, est également amené à se développer. Le progrès technique a considérablement accru son champ : des dispositifs très accessibles permettent de surveiller sa tension, son rythme cardiaque ou sa saturation en oxygène,... ; on peut également citer les autotests Covid. Certaines évolutions socioculturelles peuvent à l'inverse conduire à une augmentation de la demande de services de santé et, par conséquent, à une expansion de l'offre. Ainsi des soins centrés sur la personne dans sa globalité, avec davantage de place pour la prévention, ou d'une approche partenariale de la relation soignant-soigné, dans laquelle les patients s'expriment davantage, sont plus exigeants, posent des questions dans le cadre d'une prise de décision partagée : ces évolutions peuvent justifier des consultations plus longues. C'est le cas aussi pour l'attention particulière à apporter à certaines personnes ayant une plus faible littéracie en santé. Ceci même si ces évolutions peuvent à terme permettre, *via* une meilleure adaptation des services aux besoins des usagers, de réduire le recours à ces services.

2.2.2. Une démarche intégrée de planification

Cette partie et la suivante portent sur les modèles visant l'adéquation entre nombre de professionnels et services à rendre à la population, au niveau national. La résolution des déséquilibres territoriaux fait l'objet de la partie 2.2.4.

¹²⁶ Maier C B. et al. Health workforce planning : which countries include nurse practioners and physician assistants and to what effect? Health Policy 122 (2018) 1085-1092.

La non prise en compte de l'offre et de la demande de soins constitue l'une des six principales limites des exercices de projection actuels identifiées par les travaux européens¹²⁷.

La démarche peut se schématiser en 4 étapes (FIGURE 10) :

- Comment apprécier les « besoins » en matière de santé, les services à rendre à la population ?
 - Quelles sont les caractéristiques actuelles de l'offre de professionnels de santé et de l'organisation du système de santé ?
 - Quelles sont les évolutions prévisibles en termes démographique, épidémiologique, économique, organisationnel, technologique, sociologique, environnemental à la fois du côté de l'offre en professionnels et du côté de la demande de soins ? Sur quelle cible se mettre d'accord en termes de services à rendre à l'avenir, compte tenu des contraintes financière et budgétaire ?
- À partir de tous ces éléments, quels modèles de projection des RH peut-on construire ? Quel scénario de base, de référence, et quels scénarios alternatifs ?

FIGURE 10 : LA DEMANDE PROSPECTIVE



Un modèle prospectif comprenant à la fois des données d'offre et de demande peut être plus ou moins sophistiqué et complexe selon les variables qu'il intègre, et notamment selon qu'il utilise des données quantitatives et/ou qualitatives pour caractériser et estimer certaines évolutions.

¹²⁷ Les travaux européens ont permis d'identifier 6 principaux obstacles dans la planification des ressources humaines dans les différents pays :

- le manque de ressources consacrées (financières, humaines et techniques)
- l'absence de suivi de la pénurie et de l'excédent de personnel de santé (par exemple en lien avec la mobilité)
- une structuration compliquée et peu claire de la planification des RH en santé
- un manque de définition du rôle et des responsabilités des parties prenantes impliquées
- une non prise en compte de l'offre et de la demande dans les modèles de prospective
- des lacunes dans les différentes sources d'informations et les bases de données.

[Final guide of the joint action on health workforce Planning and forecasting](#) : fiche 5.

Plutôt que de commencer d'emblée avec un haut degré de complexité, et donc un nombre élevé de variables, un scénario de référence tenant compte uniquement des évolutions démographiques, avant d'introduire en variante d'autres facteurs d'évolution, est le plus souvent envisagé dans les pays dont les modèles sont les plus aboutis.

Les différentes étapes pour construire les scénarios sont les suivantes :

1. **Evaluation de la situation actuelle** (point de départ de l'année n) à la fois du côté de l'offre - nombre de professionnels et volume de soin - et de la demande - consommation de soins.
Détermination d'éventuels déséquilibres¹²⁸ entre offre et demande dans cette situation initiale (cf. les indicateurs de demande non satisfaite (TABLEAU 8); en théorie, on peut également introduire des problèmes de pertinence et des facteurs d'excès d'offre tels que le taux de chômage ou de sous-activité des professionnels) ;
2. Elaboration du scénario de référence intégrant les évolutions démographiques :
Calcul de l'offre disponible pour l'année cible de la projection et les années intermédiaires, en prenant en compte les évolutions des paramètres de l'offre (chaque année : effectifs formés, départs en retraite, flux migratoires, etc. TABLEAU 4) ;
Calcul de la demande en année cible fondée sur les évolutions démographiques (taille et structure par âge de la population) – et notamment le vieillissement de la population ;
Calcul de l'écart entre l'offre disponible et celle requise en année cible pour satisfaire aux évolutions de la demande. Ajustement avec identification des leviers à mobiliser et notamment du nombre de PS à former en supplément chaque année ;
3. Pour les scénarios alternatifs, tels ou tels facteurs côté offre ou demande sont intégrés au modèle de base (cf. partie suivante).

Proposition 3 :

Mettre en place une démarche de prospective de l'offre et de la demande pour chacune des professions de santé sélectionnées. Le champ inclut idéalement l'ensemble de l'offre de soins et d'accompagnement, des champs sanitaire et médico-social, voire social, y compris des non professionnels de santé (psychologues, médiateurs en santé, pairs aidants...). Prioriser des professions qui interviennent en première ligne dans le champ sanitaire apparaît toutefois nécessaire dans un premier temps, compte tenu de l'ampleur des travaux à mener. Les professions sont à sélectionner notamment en fonction de leur effectif, de la durée des études et des tensions existantes, et en première approche les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et aides-soignants. Elle doit permettre d'élaborer les modèles de projection et de collecter les données nécessaires pour établir :

- **des scénarios démographiques (côté offre et demande)** de base : tendanciel et variantes ;
- **plusieurs scénarios alternatifs prenant en compte d'autres facteurs** (à prioriser), du côté de l'offre (évolution du temps de travail, de l'activité des professionnels, du partage des activités et de la collaboration entre eux...) et de la demande (évolutions épidémiologiques, impact des changements environnementaux,

¹²⁸ Aux Pays-Bas, l'écart entre l'offre et la demande au cours de l'année de référence n « Demande non satisfaite » est estimé par des experts et sert à calculer le nombre d'ETP requis de professionnels de la santé au cours de cette année. [Health workforce planning in the Netherlands: how a projection model informs policy regarding the general practitioner and oral health care workforces. \(nivel.nl\)](https://www.nivel.nl/en/publications/health-workforce-planning-in-the-netherlands-how-a-projection-model-informs-policy-regarding-the-general-practitioner-and-oral-health-care-workforces)

évolutions socioculturelles : autonomisation des patients, prise de décision partagée...)

- **les valeurs des paramètres permettant d'assurer l'adéquation entre offre et demande** de services, en fonction des scénarios : résorption des déséquilibres actuels et adaptation aux évolutions anticipées.

En capitalisant sur les travaux de la Drees et de l'ONDPS et en collaboration avec la DGOS, la Cnam, l'ATIH, l'Insee, les Ordres professionnels et l'ensemble des parties prenantes, au niveau national et local. En particulier, **la participation des représentants de la population et des professionnels de santé est nécessaire pour bien identifier les services à rendre à la population et les formes d'organisation à même de garantir l'accès de tous à des soins de qualité tout en étant attractives pour les professionnels.**

2.2.3. Les variables à collecter et à intégrer dans la démarche de prospective

2.2.3.1. Les variables quantitatives

Les défaillances et les lacunes concernant le recueil des données et les bases de données alimentant les modèles prospectifs constituent une des principales limites observées dans les travaux européens¹²⁹. Connaître la situation actuelle des professionnels de santé représente le premier défi. Une des recommandations les plus importantes concerne la disponibilité, la qualité et l'exhaustivité des données. La collecte des données peut s'effectuer à partir de différentes sources en établissant clairement les articulations et les règles de mise à disposition des données entre les gestionnaires des données et les institutions en charge de l'exploitation et de l'analyse.

Proposition 4 : Pour chacune des professions retenues, identifier les données nécessaires, les sources disponibles, les éventuelles lacunes et problèmes de qualité des données, sur la base des propositions présentées dans le TABLEAU 4 et le TABLEAU 5 en réunissant l'ensemble des producteurs de données (Drees, Cnam, Ordres professionnels, Insee, Enseignement Supérieur, ONDPS, DGOS, ATIH etc.).

Organiser la collecte annuelle de données fiables pour l'ensemble des variables identifiées comme nécessaires. Disposer pour chaque profession, d'un registre des professionnels de santé opérationnel et mobilisable pour la prospective des ressources humaines. Définir précisément, avec les principaux producteurs et utilisateurs de données, leurs modalités de mise à disposition (format, dates de mise à jour...).

Un premier travail d'identification des données à intégrer dans le modèle et de leurs sources a été réalisé pour ce rapport.

¹²⁹ www.healthworkforce.eu. fiche 5, op cit.

TABLEAU 4 : LES FACTEURS¹³⁰ QUANTITATIFS INTÉGRÉS DU CÔTÉ DE L'OFFRE

Facteurs	
Formation	
Durée de la formation	
Durée effective moyenne de la formation	
Nombre d'étudiants entrant dans le parcours de formation	
Nombre d'étudiants dans chaque année que dure la formation	
Taux d'obtention du diplôme	
Entrées sur le marché	
Nombre de nouveaux professionnels pouvant exercer (inscription à l'Ordre)	
Délai entre la fin d'études et l'entrée dans le métier	
Immigration	
Nombre de nouveaux professionnels étrangers (Europe et hors Europe)	
Mobilités géographiques	
Mobilité géographique des professionnels tout au long de leur carrière	
Offre de soins	
Nombre de professionnels en activité de soins ¹³¹	
Mode d'exercice (libéral, salarié, mixte)	
Accessibilité potentielle localisée aux soins de premier recours (APL)	
Nombre d'ETP ¹³²	
Structure par âge	
Répartition par spécialisation	
Sorties de la profession	
% de professionnels quittant (retraite, changement de carrière, émigration...) leur profession	

TABLEAU 5 : LES FACTEURS QUANTITATIFS INTÉGRÉS DU CÔTÉ DE LA DEMANDE

Paramètres/facteurs/variables/indicateur	Sources / fréquence de mise à jour
Démographie	
Structure actuelle par âge et par sexe	Insee Données annuelles
Consommation de soins actuelle par âge et par sexe	Sniiram ¹³³ Données annuelles
Facteur démographique effet dans X années	Insee (projections démographiques) Exercices mis-à-jour tous les 5 ans
Epidémiologie	
État de santé / morbidité	Enquête santé européenne : EHIS - Données sexennales Cartographie médicalisée de l'assurance maladie - Données annuelles

¹³⁰ Ces propositions sont le résultat d'une sélection des facteurs proposés :

- dans les rapports méthodologiques de la Drees ;
- dans les recommandations du guide final de l'action européenne the Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting. 2016 qui propose des données minimales nécessaires pour réaliser un processus de planification ;
- dans le modèle de planification des Pays Bas ;
- dans les travaux réalisés en Belgique.

¹³¹ Aujourd'hui il n'est pas toujours possible de connaître la part des professionnels inscrits comme étant « en activité » qui exercent une activité de soins.

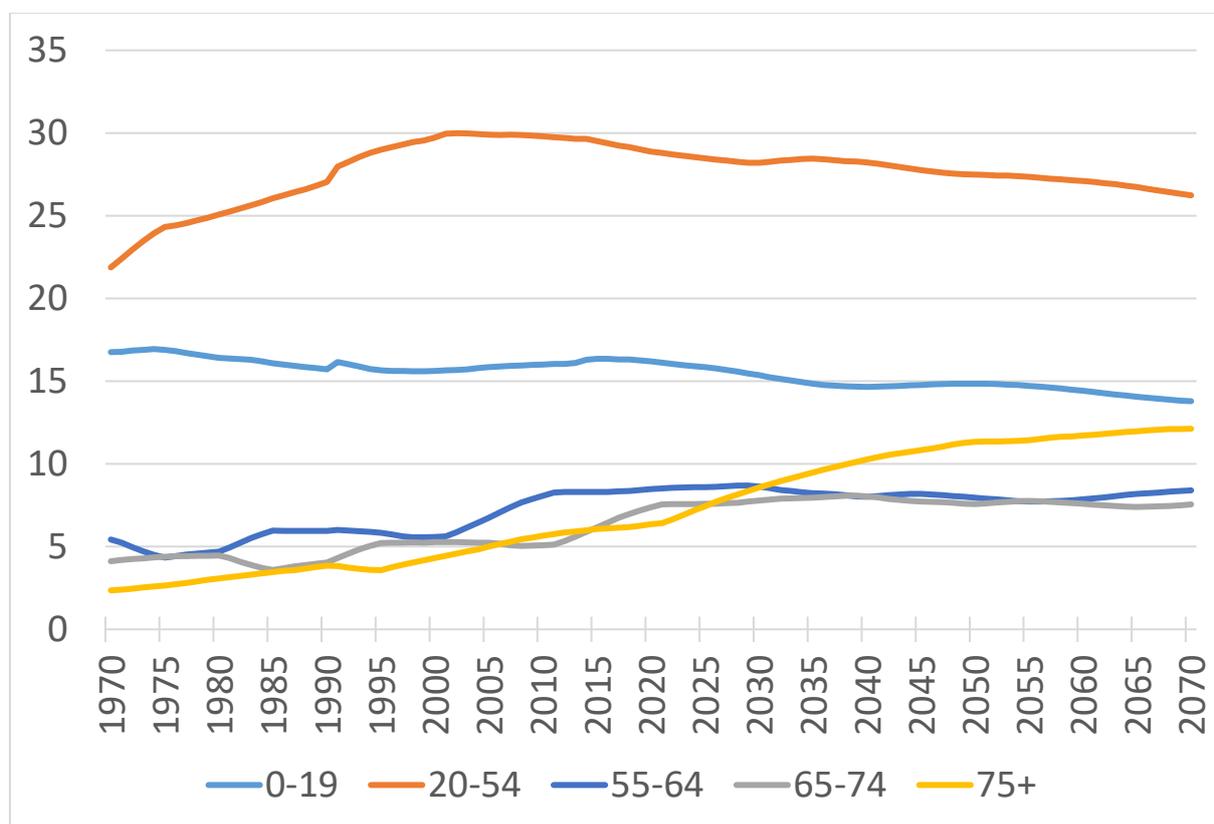
¹³² Calculer un nombre d'ETP est moins évident pour les libéraux que pour les salariés.

¹³³ Pour les soins fournis par des professionnels salariés, le lien entre mesure de la consommation de soins et effectifs de professionnels est plus compliqué que pour les soins fournis par des professionnels libéraux. En revanche, les données sur l'activité libérale contiennent peu d'information clinique ; des travaux sont en cours pour y remédier, notamment la [Platform For Data in Primary care \(P4DP\)](#), entrepôt national de données de santé de médecine de ville.

ENCADRE 14 : LES EVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES

Le vieillissement de la population française devrait se poursuivre, avec une augmentation de la part des personnes âgées de 75 ans et plus (FIGURE 11).

FIGURE 11 : PROJECTION DE POPULATION PAR CLASSES D'ÂGE

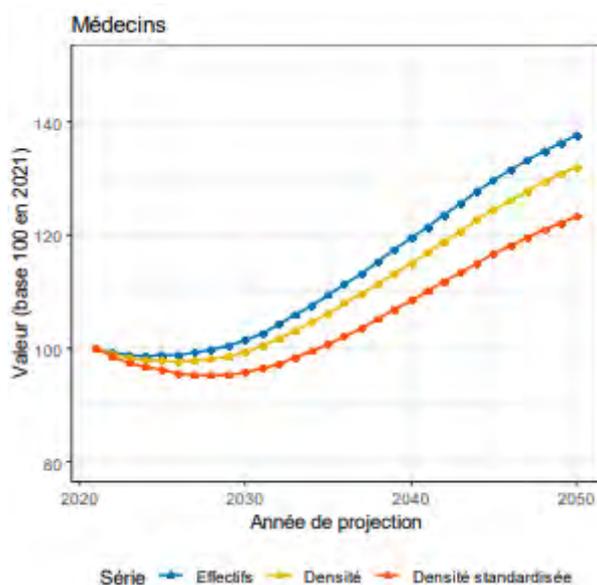


Champ : France métropolitaine jusqu'en 1990, France hors Mayotte de 1991 à 2013, France à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population, projections de population 2021-2070. Scénario central

Si l'on combine l'évolution des effectifs de la population et l'évolution de la structure d'âge, on peut ainsi calculer une « densité standardisée », qui rapporte le nombre de professionnels non pas au nombre d'habitants (densité simple), mais au nombre pondéré par les consommations de soins relatives aux différents âges, ce qui reflète mieux les besoins. La densité standardisée connaît des évolutions plus défavorables que la densité simple, et a fortiori que les effectifs de médecins (FIGURE 12). Les écarts sont encore plus marqués pour les infirmières, pour lesquelles le recours augmente plus fortement en fonction de l'âge que pour les médecins.

FIGURE 12 : EFFECTIF, DENSITE ET DENSITE STANDARDISEE PROJETES POUR LES MEDECINS ¹³⁴



Champ : Professionnels actifs de moins de 70 ans, inscrits à l'Ordre, France entière.

Sources : Modèles de projection Drees, alimentés par les données sur les professionnels de santé inscrits à l'Ordre (RPPS). Projections de population de l'Insee. Consommations de soins calculées à partir des données de l'Assurance maladie (EGB 2018).

Lecture : les effectifs sont en nombre de personnes en non pas en équivalents temps-plein. Ils ne tiennent donc pas compte de la diminution du temps de travail par médecin.

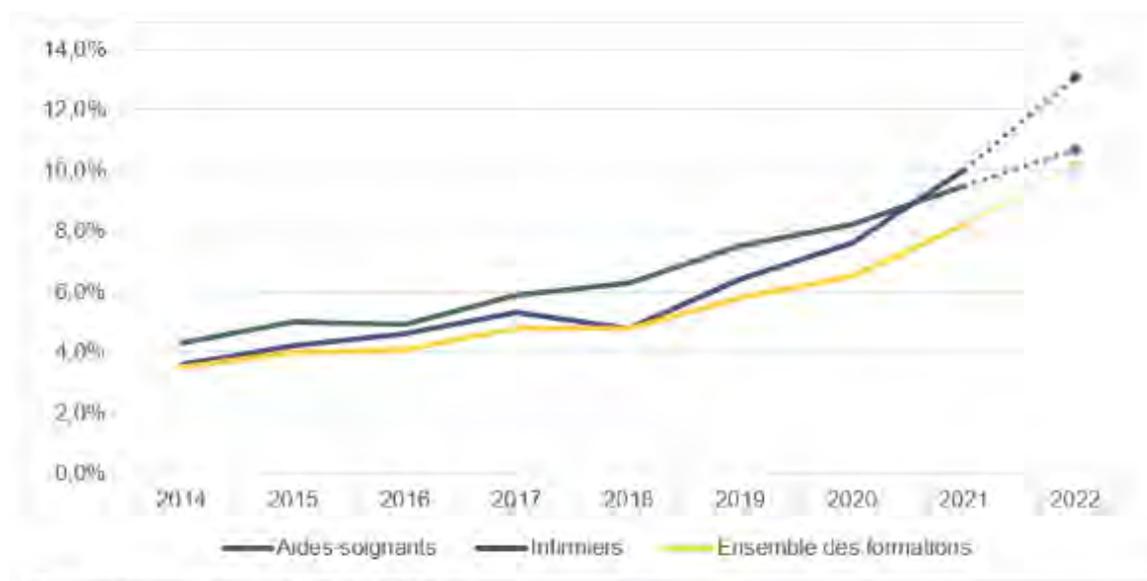
La densité standardisée permet de prendre en compte l'effectif projeté de la population ainsi que la déformation de la structure d'âge. Ce faisant, on suppose implicitement qu'à chaque âge, la prévalence des pathologies reste identique, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Il convient donc d'ajouter à ces perspectives démographiques une réflexion sur les tendances purement épidémiologiques, c'est-à-dire l'évolution de la prévalence standardisée (à structure d'âge constante) pour les différentes pathologies.

¹³⁴ [Anguis M., Bergeat M., Pisarik J., Vergier N., Chaput H. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques », Les Dossiers de la DREES n°76, 2021.](#)

ENCADRE 15 : TAUX D'ABANDON DES INFIRMIERS DURANT LES ETUDES ET LA CARRIERE : DES FACTEURS A PRENDRE EN COMPTE DANS LES MODELES DE PROSPECTIVE

Le nombre d'infirmiers diplômés poursuit sa baisse en 2022 (-1%) malgré une augmentation de 6% du nombre d'inscrits trois ans auparavant, en 2019, et un taux de réussite stable (95%), compte tenu de l'augmentation des abandons tout au long de la scolarité¹³⁵. Le rapport entre diplômés et inscrits en première année continue de baisser pour atteindre 76% en 2022 (contre 81% en 2021). Le taux d'abandon en première année de formation en 2022 est de 13%.

FIGURE 13 : TAUX D'ABANDON EN PREMIERE ANNEE DE FORMATION AUX PROFESSIONS DE SANTE, DE 2014 À 2022



Champ : France métropolitaine et DROM.

Note : Pour la collecte 2022, les écoles ont dû distinguer le type d'interruption de scolarité : interruption provisoire (avec intention de revenir) et interruption définitive (sans intention de revenir) ; le taux d'abandon représenté correspond au total des deux.

Source : DREES, enquête Écoles 2014-2022

Une publication¹³⁶ de la Drees analyse les parcours professionnels des infirmières hospitalières à partir d'un début en carrière dans le secteur hospitalier public ou privé durant la période 1989 et 2019. Après un premier poste d'infirmière hospitalière, à peine plus de la moitié (54%) exercent toujours à l'hôpital après 10 ans de carrière (sachant que l'exercice en qualité d'infirmière libérale nécessite 24 mois d'expérience professionnelle en qualité d'infirmière dans une structure hospitalière ou en institution). 11% sont toujours infirmières salariées mais pour un autre type d'employeur (par exemple en Ehpad, dans une administration publique ou en intérim), 7% ont changé de métier tout en restant dans le secteur hospitalier, 10% exercent en libéral exclusif et 11% d'entre elles sont sans aucun emploi.

¹³⁵ Enquête Ecoles : [Les formations aux professions de santé : progression modérée du nombre d'inscrits en 2022, après une nette hausse en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
[Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

¹³⁶ [Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

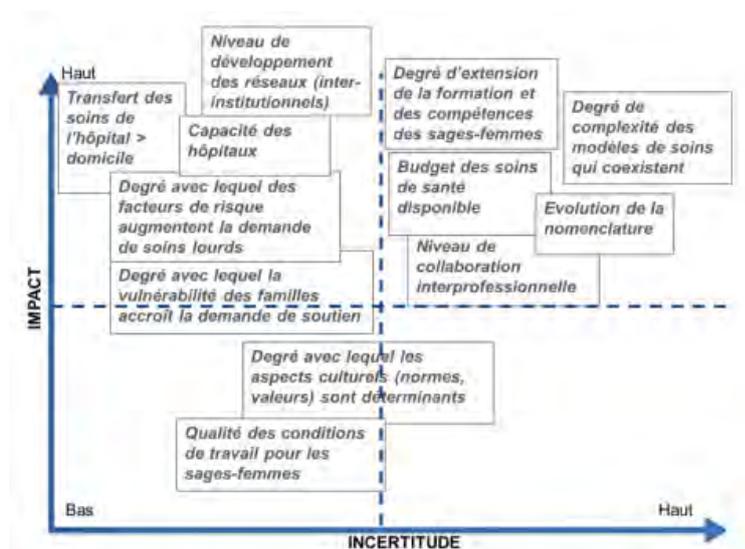
2.2.3.2. Les variables qualitatives

Au-delà du scénario de référence reposant sur les variables démographiques, pour plusieurs facteurs importants susceptibles d'impacter l'offre et la demande de santé dans 15 à 20 ans, les identifier, mieux en comprendre les composantes et les quantifier pour les inclure dans le modèle macro de prospective nécessite l'utilisation d'approches et de méthodes qualitatives. Une large palette de techniques issues des sciences humaines et sociales peut être utilisée : mener des entretiens semi-directifs approfondis avec les différents acteurs concernés, organiser des focus group, mener des études exploratoires pour éclairer une problématique spécifique, élaborer des consensus en utilisant la méthode Delphi, investir dans des recherches en sciences humaines, en sociologie pour mieux comprendre les changements des comportements et des attentes des professionnels dans le travail, ainsi que des patients, etc.

L'élaboration de scénarios pour estimer l'offre et la demande futures vont donc aussi reposer sur des techniques qualitatives structurées, mises en place par des professionnels experts de ce type de méthodologie permettant in fine de sélectionner quelques facteurs clés des changements dans le futur. La quantification, dans un second temps, de l'impact de ces facteurs fait également partie des travaux à mener par ces mêmes équipes en associant les parties prenantes.

Les travaux décrits dans la partie 1 montrent la charge que représentent la définition de la méthodologie utilisée et l'identification des facteurs d'évolution à l'avenir, surtout au début de la mise en œuvre d'une nouvelle méthode de prospective qui s'appuie sur une large concertation. A partir de méthodes permettant le recueil des points de vue des parties prenantes (questionnaire en ligne, ateliers de travail), les facteurs identifiés sont regroupés thématiquement en groupes de facteurs (clusters) supposés avoir un impact sur l'exercice futur de la profession. Ces clusters sont ensuite appréciés sur des échelles numériques en termes de degré de certitude et d'impacts plus ou moins élevés, afin de n'en retenir qu'un nombre limité (FIGURE 14) Leurs impacts sont ensuite quantifiés en vue de leur intégration au modèle de planification.

FIGURE 14 : POSITIONNEMENT DES 12 GROUPES DE FACTEURS SUR UNE MATRICE D'IMPACT/INCERTITUDE DANS LE MODELE DE PLANIFICATION DES SAGES-FEMMES EN BELGIQUE



Source : KCE, 2019. (Identique à la figure 5).

Mutualiser les bonnes pratiques face aux défis partagés par tous les pays sur la planification des ressources humaines en santé est extrêmement utile. Le renouvellement du financement par la Commission européenne pour la conduite de travaux dans ce champ à travers une seconde action conjointe « Heroes » pour 3 ans (2023-2026), offre l'opportunité de le faire. Certains pays d'Europe intègrent depuis plusieurs années, dans leurs modèles macroscopiques de planification RH, des données fondées sur des avis d'experts via l'utilisation de méthodes qualitatives, dont on pourrait s'inspirer pour la France, le temps de mener nos propres travaux. De manière générale, la littérature existante et les rapports très détaillés de certains pays sont précieux pour éclairer ces exercices et aider à quantifier les évolutions futures notamment sur les thématiques de partage de tâches et d'évolution du temps de travail. Ceci justifie d'autant la participation de la France à des travaux internationaux.

Proposition 5 :

La prospective des ressources humaines en santé doit recourir à des méthodes quantitatives et qualitatives.

Afin d'intégrer progressivement dans les scénarios alternatifs du modèle macro de prospective des ressources humaines une quantification de facteurs plus qualitatifs, on pourra au moins dans un premier temps s'appuyer sur les principaux paramètres déjà identifiés à l'étranger (notamment aux Pays-Bas et en Belgique). Il s'agit par exemple de la diminution du temps de travail notamment pour les professionnels entrant sur le marché du travail, de la substitution horizontale (entre médecins, par exemple des médecins hospitaliers vers les médecins exerçant en ville), de la substitution verticale (des médecins généralistes vers les professions paramédicales ou les assistants médicaux). Ceci nécessite une étude de la transposabilité au cas français des paramètres retenus dans ces pays (comparaison des situations initiales, etc.).

En parallèle, des études qualitatives en sciences humaines pourront être menées sur des facteurs particulièrement impactants, comme les attentes des professionnels en termes de qualité de vie au travail, les attentes et comportements des usagers.

La Drees et/ou l'ONDPS contribueront pour la France, aux côtés de la DGOS, aux travaux de la Joint Action européenne Heroes, et pourront notamment mettre en place des échanges rapprochés avec quelques pays ayant davantage avancé sur les démarches de prospective prenant en compte des variables fondées sur des avis d'experts.

TABLEAU 6 : LES FACTEURS QUALITATIFS INTEGRES DU COTE DE L'OFFRE

Paramètres/facteurs/variables/indicateur	Sources / hypothèses / valeurs
Processus de travail (en % annuel)	
Changement du temps de travail Effets d'âge et de génération	Avis d'experts, études dédiées et données empiriques
Changements dans l'organisation du travail Substitution horizontale - Ex : transfert des tâches des médecins exerçant à l'hôpital vers les MG de ville Substitution verticale - Ex : transferts de tâches des médecins vers les infirmières, assistants médicaux ou pharmaciens	Avis d'experts, études dédiées et données empiriques Expérimentations dans le cadre de l'article 51 LFSS 2018 : certaines incluent des modèles de forfaits décrivant les temps que les professionnels consacrent à une prise en charge, le plus souvent pluriprofessionnelle, en fonction des caractéristiques des patients ; analyses quantitatives utilisant le SNDS (Cellule d'évaluation (CELEVAL) – le SNDS ne contient pas d'informations sur le temps passé)
Evolution technologique Prise en compte des innovations dans différents domaines (diagnostic, thérapie, etc.) définis en fonction de la profession / de la pathologie : télésanté, demande croissante d'examen complémentaires dans le suivi des patients...	Avis d'experts, études dédiées et données empiriques
Evolution et mobilisation de nouveaux métiers (médiateurs, travailleurs sociaux)	
Efficiences Diminution du temps consacré aux tâches administratives vs aux patients	Avis d'experts, études dédiées et données empiriques

Ces données sont recueillies principalement par le biais de méthodes qualitatives, puis intégrées dans le modèle prospectif quantitatif, en impliquant largement toutes les parties prenantes.

Pour anticiper au mieux les évolutions dans les prises en charge, le Hcaam préconisait dans son rapport de 2021 sur la régulation du système de santé de mettre en place un « dispositif de veille prospective (...) sur les innovations en matière de produits de santé, technologiques et organisationnelles ». ¹³⁷

¹³⁷ Proposition 6 : [Avis et rapport sur la régulation du système de santé, HCAAM, 2021.](#)

L'Agence de l'innovation en santé (AIS), créée en octobre 2022, constitue la tête¹³⁸ de réseau pour identifier les principales évolutions technologiques et leurs conséquences en termes d'organisation des soins. L'Agence dispose en effet d'un volet « prospective », amené à se développer, afin d'anticiper l'arrivée des innovations (cf.ENCADRE 16). L'Agence a également pour mission d'accompagner les projets innovants en facilitant et accélérant les étapes administratives et réglementaires. En se dotant d'une forte capacité d'anticipation stratégique, scientifique et opérationnelle, l'AIS permettra de mieux préparer le système de santé à intégrer ces innovations.

ENCADRE 16 : LA MISSION DE VEILLE ET PROSPECTIVE DE L'AGENCE DE L'INNOVATION EN SANTÉ (AIS)

L'Agence de l'innovation en Santé (AIS) a présenté le 27 novembre 2023 [sa feuille de route 2023-2025](#).

Sa mission première consiste à promouvoir plus rapidement les innovations ayant un impact sur la santé des patients ou l'organisation des soins. Anticiper les innovations et les besoins médicaux pour orienter les politiques publiques figure parmi les douze chantiers prioritaires de l'agence.

Un système de veille prospective (horizon scanning) interministériel, structuré et partagé, dans le cadre d'un large collectif des parties prenantes, sera mis en place afin d'identifier, de prioriser et d'apprécier l'intérêt des innovations technologiques susceptibles d'intégrer le système de santé à un horizon temporel défini.

Des premières études seront rapidement lancées sur :

- les médicaments de thérapie innovante (thérapies géniques, thérapies cellulaires et ingénierie tissulaire) et leurs impacts en termes d'organisation et de financement majeurs ;
- le bloc opératoire de demain (chirurgie mini-invasive, chirurgie interventionnelle, etc.) et ses enjeux d'investissement à l'hôpital ;
- les organes sur puces permettant de reproduire les caractéristiques d'un ou de plusieurs organes en alternative notamment à l'expérimentation animale.

« La rapidité des innovations scientifiques et techniques et les progrès spectaculaires des thérapeutiques contrastent avec la lenteur de la transformation globale de notre système et de sa capacité à intégrer ces innovations »¹³⁹. La LFSS a créé en 2018, à son article 51, un fonds d'innovation pour le système de santé (FISS) pluriannuel permettant de financer des expérimentations d'organisations de soins innovantes, s'appuyant sur de nouveaux modes de rémunération, et de les évaluer en vue de leur généralisation.

¹³⁸ Il n'existe pas en France de dispositif de veille technologique intégré au niveau national. Des dispositifs, qui interviennent à des stades divers de l'innovation, existent néanmoins dans les différentes institutions en charge de la recherche : INSERM, Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), CHU, Institut national du cancer (INCa), de l'évaluation (HAS), ou encore du pilotage du système de soins (Caisse nationale de l'Assurance maladie, Comité économique des produits de santé (CEPS)).

¹³⁹ Hcaam, Avis et Rapport sur la *Stratégie de transformation du système de santé* (2018).

ENCADRE 17 : LES INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES EXPERIMENTEES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 51 DE LA LFSS 2018

Après cinq ans d'existence, 144 expérimentations avaient été autorisées au 30 septembre 2023 (dont 14 terminées).

Toutes les expérimentations sont soumises à une évaluation externe et à l'avis favorable du comité technique de l'innovation (CTIS) et du conseil stratégique de l'innovation en Santé (CSIS) avant de pouvoir entrer dans le droit commun.

Sept expérimentations sont actuellement dans la période transitoire, de statut « post expérimental et pré-généralisation », prévue par la LFSS 2022 :

- Prise en charge du diabète gestationnel par télésurveillance, niveau national : myDiabby;
- Prise en charge du diabète gestationnel par télésurveillance, niveau régional : Candiss ;
- Centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) ;
- EQUILIBRES (EQUIpes d'Infirmières LIBRes REsponsables et Solidaires) ;
- Equip'Addict (Développement harmonisé de microstructures médicales addictions);
- Occitan'air (Programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile);
- Et ADMR – Vigilance sénior (démarches préventives de la perte d'autonomie).

L'expérimentation EQUILIBRES par exemple, propose un mode d'exercice facilité pour les soins infirmiers au domicile, qui bénéficie particulièrement aux personnes avec un handicap, une maladie chronique ou une perte d'autonomie liée à l'âge.

Sur la base des différentes évaluations disponibles, il est apparu pertinent de capitaliser sur les enseignements transversaux afin de contribuer à l'identification de pistes de transformation du système de santé. La réflexion a par exemple été menée sur le rôle des infirmiers sur la base des expérimentations pour lesquelles le rôle des IDE était majeur.

TABLEAU 7 : LES FACTEURS QUALITATIFS INTEGRES DU COTE DE LA DEMANDE

Paramètres/facteurs/variables/indicateur	Sources / hypothèses / valeurs
Socio-culturels	
Opinions et attentes prioritaires de la population (niveau national et disparités territoriales)	Consultations, enquêtes quantitatives et qualitatives
Autonomisation des patients vis-à-vis de leur santé, prise de décision partagée	Avis d'experts, études dédiées et données empiriques
Comportements en matière de consommation de soins selon certaines caractéristiques socio-culturelles (extension de la médicalisation à des champs nouveaux, soins à toute heure...), impact des inégalités sociales	Avis d'experts, études dédiées et données empiriques
Evolution des recommandations professionnelles	HAS, sociétés savantes, publications scientifiques
Nouvelles priorités de santé publique	Stratégies nationale et régionales de santé, plans de santé publique

Evolution de la prévention et évolution des comportements (addiction, nutrition) selon les caractéristiques socio-culturelles	Avis d'experts, études dédiées et données empiriques
Impact des crises (migratoire, événements climatiques extrêmes...)	
Non recours aux soins dans certaines régions ou pour certaines populations	

TABLEAU 8 : LES FACTEURS TRADUISANT UN DÉSÉQUILIBRE ENTRE L'OFFRE ET LE BESOIN DE SOINS

Facteurs	
Tensions sur le recrutement de professionnels	
Difficultés de recrutement	Données du Centre national de gestion pour les praticiens hospitaliers
Taux d'encadrement	SAE ATIH
Offre de soins excédentaire	
Difficultés d'insertion des professionnels de santé sur le marché du travail : taux de chômage, temps partiel subi...	DARES Enquêtes sur l'insertion professionnelle
Poids des activités sous-qualifiées par rapport aux compétences des professionnels...	
Soins non pertinents	
Disparités territoriales de recours aux soins	
Duplication d'examens	
Soins inappropriés	
Besoins non couverts	
Part de la population sans médecin traitant ; sous-indicateurs pour les populations en ALD et âgée	CNAM Données annuelles
Taux de renoncement aux soins	L'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) Données annuelles Enquête santé européenne : EHIS Données sexennales
Estimation des besoins non couverts de certaines populations éloignées du soin	Avis d'experts, études dédiées et données empiriques
Délai d'obtention d'un RDV (si pertinent en termes de pertes de chance)	
Distance d'accès à certains soins dans certains territoires	SNDS
Ecart aux recommandations ou aux taux de participation à des programmes de santé publique, pathologies non diagnostiquées	Avis d'experts, études dédiées et données empiriques

Concernant les délais d'attente, en 2022 le délai médian pour un rendez-vous chez un généraliste est estimé à 4 jours et le délai moyen à 8 jours¹⁴⁰ ; ces chiffres sont de 38 et 58 jours pour les ophtalmologues et de 16 et 28 jours pour les pédiatres¹⁴¹. Pour que l'exercice de projection permette de proposer des modalités de suppression des déséquilibres en matière de délais d'attente, il convient de se mettre d'accord collectivement, notamment avec les représentants des usagers, sur des délais acceptables.

ENCADRE 18 : LA PRISE EN COMPTE DES EFFETS DE LA CRISE COVID DANS LES PROJECTIONS BELGES

A la suite d'une demande du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de fixer de nouveaux contingentements de médecins formés à partir de 2029, tenant davantage compte de l'effet de la crise Covid et des éventuelles futures crises, notamment sur la médecine générale, la Commission de planification – Offre médicale belge a émis un avis¹⁴² pour les années 2029 à 2033. Elle a pour cela réalisé de nouveaux scénarios alternatifs d'évolution de la force de travail des médecins, développés à l'aide d'un modèle de projection, en prenant les hypothèses suivantes :

« Le groupe de travail a défini de nouvelles hypothèses à la fois pour l'offre de médecins généralistes et les besoins en soins. Elles se sont traduites par la modification de deux paramètres :

- Le taux d'activité avec la réduction rapide des ETP de -20% d'ici 2031 à l'exception des générations actuelles âgées de 60 ans et plus ;

- Le taux de consommation en soins avec une augmentation linéaire spécifique à chaque groupe d'âge d'ici 2041 (0-14 ans : faible augmentation, 15-74 ans : autour de 7% d'augmentation et 75 ans et plus : autour de 13% d'augmentation).

La modification du taux d'activité prend en compte plusieurs facteurs qui pourront avoir ou auront un effet sur le niveau d'activité actuel des médecins généralistes : un meilleur équilibre vie professionnelle-vie privée, l'augmentation des pratiques de groupe, la technologie et l'intelligence artificielle, la délégation de tâches à d'autres professionnels de la santé, la délégation de tâches à des professionnels extérieurs aux soins de santé, la coordination des soins, la subsidiarité entre spécialités, le relèvement de l'âge légal de la pension et l'augmentation des téléconsultations.

L'augmentation des besoins en soins généralistes de la population belge est ou sera influencé par : le raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital, la prévention et les soins auto-administrés/l'autonomie des patients, les inégalités sociales et l'accès aux soins (légère augmentation des bénéficiaires de l'intervention majorée – BIM c'est-à-dire les personnes à faibles revenus), les soins de santé mentale, le maintien du patient à domicile (télémonitoring) et la coordination par un médecin généraliste, une plus longue espérance de vie en bonne santé et l'échelonnement des soins (DMG) - référence à la deuxième ligne de soins ».

¹⁴⁰ [Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État \(solidarites-sante.gouv.fr\).](https://solidarites-sante.gouv.fr/)

¹⁴¹ Avec une méthodologie différente, le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez le généraliste était estimé en 2016 à 2 jours (52 jours pour l'ophtalmologue et 8 jours pour le pédiatre).

[La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\).](https://solidarites-sante.gouv.fr/)

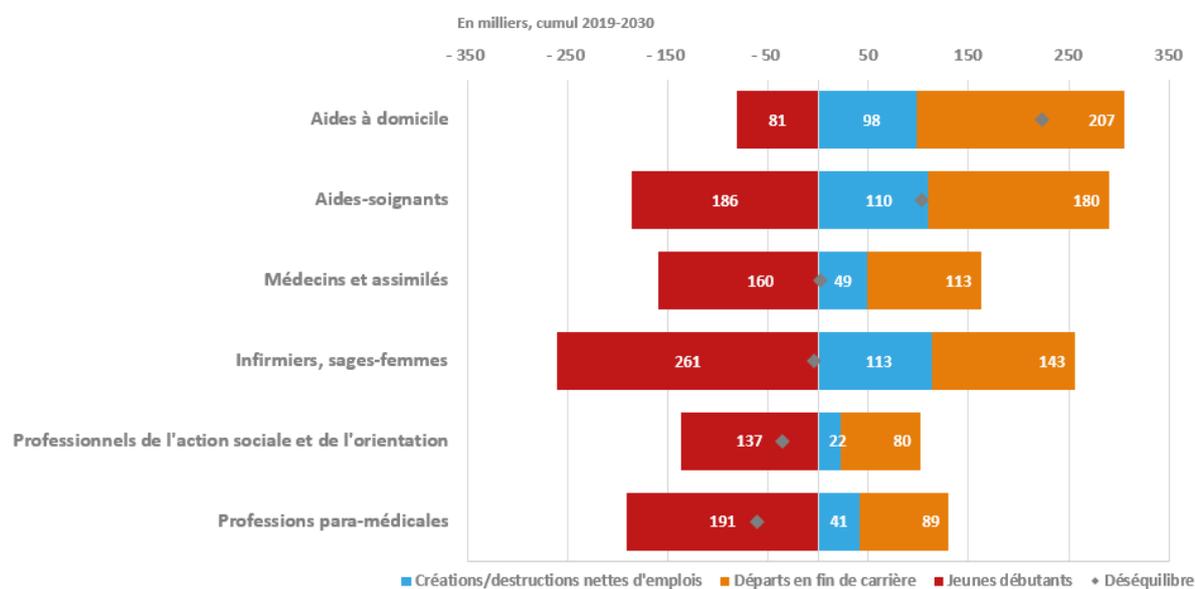
¹⁴² Avis formel 2023/01 de la Commission de planification - Offre médicale

Les Métiers en 2030 dresse un panorama chiffré de l'évolution des besoins et des difficultés de recrutement, pour les salariés, par métier à l'horizon 2030 qui intègre à la fois les grandes tendances observées par le passé et les évolutions attendues sur les plans démographiques, économiques, technologiques et environnementaux. Le rapport, coréalisé par France Stratégie et la Dares, vise à anticiper dans chaque métier les déséquilibres potentiels entre offre et demande d'emploi, afin de guider les politiques publiques.

Les infirmiers, sages-femmes, les aides-soignants, les aides à domicile, les médecins et les professions paramédicales font partie des quinze métiers pour lesquels le plus de créations nettes d'emplois est anticipé à l'horizon 2030, principalement sous l'effet du vieillissement démographique. Si on ajoute à ces créations nettes d'emplois les postes à remplacer du fait des départs en fin de carrière des seniors, les besoins de recrutement d'aides à domicile seront très importants. Les déficits de main d'œuvre projetés (FIGURE 15) sont potentiels : ils seront réduits en faisant appel à des travailleurs déjà en poste, des immigrés, des chômeurs et des inactifs. Pour les attirer, cela suppose de recourir à des actions permettant d'améliorer l'attractivité de ces professions.

La prospective des métiers et des qualifications (PMQ) englobe l'ensemble des métiers, pour lesquels elle retient par construction une démarche homogène, alors que les travaux de la Drees sont centrés sur les professions de santé et modélisent donc plus finement les évolutions dans ce domaine. D'où quelques divergences entre les diagnostics qui ressortent des deux exercices, notamment pour les professions médicales. Pour ces professions, la Drees évalue les besoins de la population à partir de la structure de consommation observée aujourd'hui et des évolutions de la structure par âge et sexe de la population. Leur croissance ainsi projetée est significativement inférieure à celle projetée pour PMQ. Toujours pour les professions médicales, les départs à la retraite sont plus importants dans les projections de la Drees que dans PMQ, et PMQ ne tient pas compte des flux internationaux de médecins.

FIGURE 15 : DES DESEQUILIBRES VARIABLES DANS LES PROFESSIONS DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



Champ : France métropolitaine. La catégorie médecins et assimilés inclut les dentistes, pharmaciens, ainsi que les vétérinaires, qui représentent 34 % du total (respectivement 10%, 19% et 5% du total) – le choix de ce large agrégat est lié au fait que l'exercice porte sur l'ensemble de la population et pas seulement sur le secteur de la santé. *Source : projections France Stratégie/Dares*

¹⁴³ [France stratégie, Dares, Les métiers en 2030, 2022.](#)

2.2.4. L'adéquation entre offre et demande de soins au niveau local

Avoir « suffisamment de professionnels de santé » au niveau national ne garantit pas que les besoins sont couverts si ces professionnels ne sont pas répartis en fonction des besoins de la population. L'exercice de prospective proposé ici a peu d'intérêt opérationnel si des mesures efficaces ne sont pas mises en œuvre pour améliorer la répartition des professionnels sur le territoire et l'efficacité des organisations. Les outils statistiques ne peuvent résoudre à eux seuls les problèmes auxquels sont confrontés les politiques publiques, même s'ils sont indispensables pour les éclairer. Ces mesures peuvent être nationales mais sont aussi locales, c'est pourquoi il est important de construire des outils statistiques prenant en compte les différents niveaux du territoire pour éclairer les décisions politiques.

Cette question de la répartition géographique des professionnels de santé revêt une acuité particulière en période de tensions généralisées au niveau national, dans laquelle améliorer la situation des plus mal lotis signifie souvent diminuer une ressource déjà perçue comme insuffisante dans d'autres territoires, compte tenu des organisations en place. Concernant les réponses pour améliorer la répartition géographique et assurer une présence médicale sur tout le territoire, les avis sont partagés. Parmi les pistes portées par les uns et les autres, les membres du Hcaam s'étaient accordés, pour le rapport de 2022 sur l'organisation de soins de proximité, sur le compromis suivant¹⁴⁴ : *« des exemples de solidarité entre territoires mis en place spontanément pour apporter de l'aide aux populations en grande difficulté. Cette solidarité, essentielle, doit être organisée à plus large échelle. La mission de service à la population doit être une responsabilité partagée par l'ensemble des professionnels, et il faut imaginer de nouveaux mécanismes qui permettent de concrétiser cet engagement collectif de la communauté des professionnels à contribuer, sous des formes qui restent à définir de façon concertée, à la couverture des besoins de soins partout et pour tous (engagement qui concerne les soins primaires mais aussi les soins spécialisés). Il pourrait s'agir de donner une partie de son temps, quand on exerce dans une zone qui n'est pas déficitaire, pour garantir le service dans les territoires insuffisamment couverts. Ce pourrait être en début de carrière ou au cours de l'exercice, à temps plein pendant une courte période ou à temps partiel sur une période plus longue, et les modalités pratiques seraient bien sûr à définir. Certaines existent déjà aujourd'hui (consultations avancées [dans des cabinets secondaires ou lieux de soins temporaires]).*

En tout état de cause, cet engagement suppose trois conditions :

- une valorisation significative, y compris en termes de déroulement de carrière, et des conditions matérielles facilitées, en particulier sur le plan de l'immobilier : mise à disposition des professionnels de lieux de soins, mais aussi de logements personnels (les collectivités locales ont ici un rôle important à jouer) ;*
- une équité intergénérationnelle (cet engagement ne peut pas reposer uniquement sur les jeunes) ;*
- que les universités soient engagées dans cette responsabilité collective. Car elles ont, elles aussi, une responsabilité sociale et une contribution à apporter à l'objectif d'une répartition équitable de l'offre de soins.*

Au-delà de l'aide à court terme qu'elle peut apporter (si des dispositifs sont mis en place suffisamment rapidement), cette responsabilité collective constitue aussi une transformation structurelle, dessinant une mission de service public à laquelle l'ensemble des professionnels contribue. »

¹⁴⁴ Op cit.

Les nouveaux Schémas régionaux de santé (SRS) 2023-2028, qui s'inscrivent dans le cadre des Projets régionaux de santé (PRS) et de leur Cadre d'orientation stratégique (COS) à 10 ans (2018-2028), illustrent le caractère central des ressources humaines pour les ARS et la nécessité de se doter d'outils de prospective nationaux déclinés régionalement qui correspondent à leurs besoins (cf. ENCADRE 20).

ENCADRE 20 : EXEMPLES D'OUTILS DE PROSPECTIVE EN RESSOURCES HUMAINES DEVELOPPEES PAR LES ARS

Cinq régions proposent dans leur SRS le renforcement d'études sur les professionnels de santé et du médico-social et expriment leur volonté de disposer d'outil de prospective :

- Ile de France¹⁴⁵ : une fiche spécifique du SRS est consacrée aux ressources humaines avec l'objectif de réaliser des exercices de prospective. L'Observatoire Régional des Ressources Humaines en Santé piloté par l'ARS devra objectiver les besoins de formation des professionnels médicaux et paramédicaux, permettre des actions d'attractivité et de fidélisation (en ville, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux) en incluant différents facteurs d'évolution des métiers et des besoins de la population francilienne. Sa composition sera élargie afin de mener des études quantitatives et qualitatives ;
- Nouvelle Aquitaine¹⁴⁶ : développer le recueil, l'analyse des données, l'évaluation des politiques de santé et la prospective, pendant la durée du PRS, est affiché comme une priorité. Le PRS sera adapté en fonction des résultats de ces travaux. En déclinaison de l'objectif « Adapter les ressources humaines en santé aux besoins des territoires et aux nouveaux enjeux de prise en charge », la région indique qu'un plan d'action régional pour les ressources humaines en santé viendra décliner de manière opérationnelle le PRS. Elle prévoit un pilotage renforcé et une mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs régionaux via l'Observatoire régional de la démographie des professionnels de santé (ORDPS) ;
- Hauts de France¹⁴⁷ : souhaite se doter de moyens de « prédiction » démographique afin de garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires et de pouvoir évaluer de façon continue les actions mises en place. Cet outil devra permettre de disposer, par profession et par territoire, d'une projection de la densité de professionnels de santé à 10, 15 et 20 ans, en intégrant dans le modèle : l'âge des professionnels, le nombre de nouveaux diplômés, le taux de fuite en formation et l'évolution des pratiques professionnelles ;
- Grand-Est¹⁴⁸ : souhaite renforcer la prospective sur les évolutions démographiques de l'offre (prévention, offre ambulatoire en ville, hôpital, médico-social, etc.), afin de favoriser l'utilisation la plus juste des ressources existantes. Prévoit d'élaborer un outil de pilotage prospectif, afin d'anticiper les besoins de formation et de recrutement (analyse de l'impact des réformes ; analyses quantitatives et prospectives ; études ciblées sur des filières prioritaires) ;
- Auvergne-Rhône-Alpes¹⁴⁹ : l'ARS a développé ses propres outils de suivi et d'observation de la démographie des professionnels (analyses statistiques et enquêtes ad hoc).

¹⁴⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/116122/download?inline> (page 196)

¹⁴⁶ <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/116115/download?inline> (page 120)

¹⁴⁷ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/115846/download?inline> (page 110)

¹⁴⁸ <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/115986/download?inline> (page 72)

¹⁴⁹ <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/116042/download?inline> (page 19)

2.2.4.1. Documenter les déséquilibres existants à un niveau géographique fin

Pour définir les besoins actuels de professionnels de santé territoire par territoire, la démarche est la même qu'au niveau national (cf. partie 2.1.2) : partir de la consommation de soins observée, et identifier les déséquilibres existants, qui constituent une entorse aux principes d'équité et de juste soin.

On dispose aujourd'hui de données à un niveau géographique fin, communal voire infra-communal, sur la répartition de l'offre (cf. ENCADRÉ 11) et de la demande de soins sur le territoire¹⁵⁰. Ces données sont de plus en plus utilisées et permettent d'outiller les décisions des professionnels et des régulateurs en matière de répartition et d'organisation territoriale (l'étude de cas sur les soins de proximité fournit des exemples d'utilisation, notamment dans le cadre des CPTS)¹⁵¹. Les ARS travaillent notamment avec la Drees, l'Assurance maladie, les Observatoires régionaux de la santé (ORS et Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)), les Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) pilotées par Santé publique France. Elles souhaitent renforcer le suivi de la démographie des professionnels de santé et du médico-social afin notamment de nourrir les diagnostics territoriaux actuels préalables à la définition des orientations stratégiques des PRS et de pouvoir évaluer de façon continue leurs actions avec plus de fiabilité et de réactivité.

En particulier, une réflexion est à mener sur le développement d'indicateurs de déséquilibre au niveau régional. Aux indicateurs recensés dans le TABLEAU 8, utiles à tous les niveaux géographiques, pourraient s'ajouter des indicateurs plus spécifiques aux territoires, sur les conditions et temps d'accès géographique par exemple.

Mesurer les tensions en ressources humaines dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (difficultés de recrutement) représente à ce jour, pour toutes les régions, un enjeu de connaissance majeur. Ces travaux à l'échelle régionale sont à mener, pour des raisons d'efficacité et de cohérence, par une instance nationale, en collaboration avec les acteurs régionaux.

2.2.4.2. Les évolutions futures de la demande de soins

Les projections nationales de la demande soins présentées dans les parties précédentes peuvent être déclinées localement, notamment en ce qui concerne les évolutions démographiques.

Le modèle Omphale de l'Insee permet en effet des projections de population à l'échelle locale (cf. ENCADRE 21). De la même manière que ce modèle est utilisé pour des estimations départementales du nombre de personnes âgées dépendantes et de la quantité de recours aux services d'aide à la personne, il peut être utilisé pour projeter les besoins locaux en professionnels de santé¹⁵².

¹⁵⁰ Les données sont moins précises pour la consommation hospitalière (taux de recours à l'hôpital par catégorie d'âge) que pour les soins de ville – cf. étude de cas sur les soins de proximité.

¹⁵¹ Il convient de renforcer les efforts pour permettre la diffusion et l'appropriation de ces outils. Comme le Haut conseil l'indiquait dans son rapport de 2022 sur l'organisation des soins de proximité : « *Il faut communiquer largement sur les services que les citoyens sont en droit d'attendre et sur l'organisation des parcours, qui doit être compréhensible. La communication devrait être très concrète sur la démarche à suivre, en fonction du contexte local, dans telle ou telle situation, par exemple si son enfant a de la fièvre, ou la consigne de contacter la régulation avant de se rendre dans un service d'accueil des urgences (SAU). Cette communication doit aussi permettre aux patients de connaître leurs droits et de vérifier leur effectivité.* ».

¹⁵² Cf par exemple Hilary S., Moineau A., Pen L., Le recours aux services à la personne augmenterait fortement d'ici 2050, Insee Analyses Hauts-de-France, No 128, 2021, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5425751>. Pour les taux de recours aux

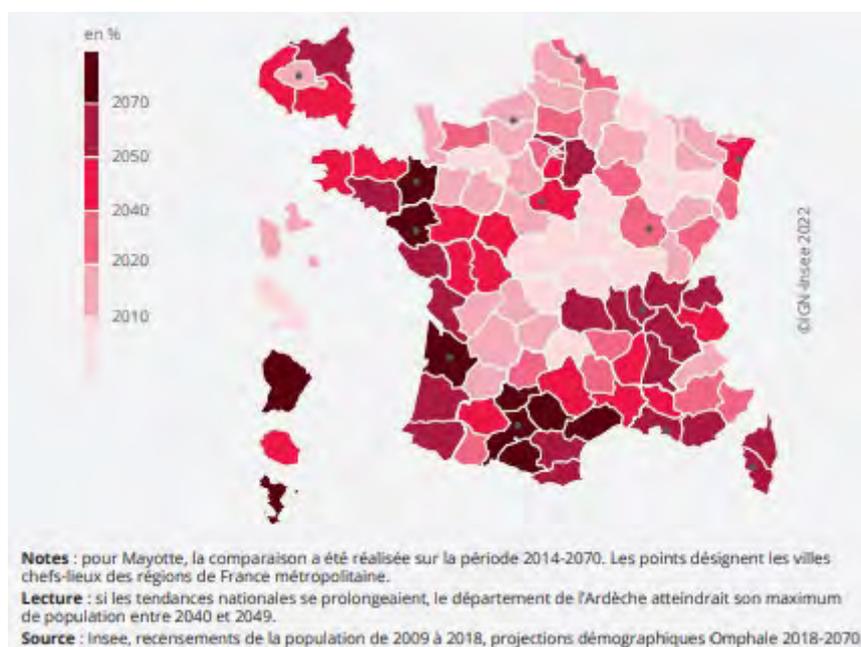
Les déclinaisons locales des projections nationales, qui seraient produites de façon centralisée et standardisée, pourraient être affinées par des travaux visant à mieux prendre en compte les spécificités locales. Omphale a ainsi été mobilisé dans le cadre d'un partenariat entre l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) et l'Observatoire régional de la santé (ORS) Paca pour l'élaboration du Projet régional de santé (PRS). Il a permis de construire, à partir de projections démographiques et épidémiologiques, des indicateurs sur l'évolution de certaines pathologies chroniques à l'horizon 2028, permettant d'anticiper le dimensionnement de l'offre de services de santé nécessaire pour répondre aux besoins des populations et des territoires de la région, ainsi que les coûts associés à ces différentes pathologies chroniques (cf.ENCADRE 21).

professionnels de santé par sexe et âge on s'appuierait principalement, pour des raisons de disponibilité des données, sur les données relatives aux professionnels libéraux – cf. études de cas sur les soins de proximité.

ENCADRE 21 : LE MODELE OMPHALE DE L'INSEE¹⁵³

L'Insee réalise des projections de population à l'échelle locale¹⁵⁴ à l'aide du modèle *Omphale* ; elles s'appuient sur les projections nationales. Elles sont diffusées par différents canaux : insee.fr, prestations sur mesures, études en partenariat entre les Directions Régionales de l'Insee et des collectivités locales ou des services déconcentrés de l'État. Les projections peuvent servir de base à l'évaluation de besoins sur des populations spécifiques (personnes âgées, personnes âgées dépendantes ...). La méthodologie retenue est la méthode des composantes : la population d'une zone varie d'une année sur l'autre en fonction de la fécondité, de la mortalité et des migrations sur le territoire. Toutes les projections issues d'un scénario standardisé dans *Omphale* tiennent compte des spécificités démographiques du territoire l'année de départ de la projection ; en revanche, les évolutions des quotients sont semblables quel que soit le territoire. La différence essentielle entre les projections nationales et le modèle *Omphale* vient de la prise en compte des flux migratoires internes. Pour les études locales en partenariat entre l'Insee et un acteur public en région il est possible d'élaborer des scénarios spécifiques.

FIGURE 16 : ANNEE AU COURS DE LAQUELLE LA POPULATION DEPARTEMENTALE SERAIT MAXIMALE SELON LE SCENARIO CENTRAL¹⁵⁵



Omphale a notamment été utilisé dans le cadre d'un partenariat entre l'ARS Paca et l'ORS Paca pour l'élaboration du PRS. Il a permis de construire, à partir de projections démographiques et épidémiologiques, des indicateurs sur l'évolution de certaines pathologies chroniques à l'horizon 2028, permettant d'anticiper le dimensionnement de l'offre de services de santé nécessaire pour répondre aux besoins des populations et des territoires de la région, ainsi que les coûts associés à ces différentes pathologies chroniques. Une hausse de 20 à 30% des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires est attendue d'ici 2028, soit un effectif total de patients à soigner allant de 480 000 à 523 000¹⁵⁶. La dépense totale de soins pourrait passer de 4,4 à 5,6 milliards

¹⁵³ [Crusson L. et Fabre J., Des projections nationales aux projections locales, Insee, Documents de travail n°H2021-01, 2021.](#)

¹⁵⁴ Omphale fonctionne sur n'importe quel zonage dont la population est supérieure à 50 000 habitants. Les projections en libre accès sont restreintes au niveau départemental, mais des travaux ad hoc sont possibles à un niveau plus fin, en partenariat avec l'Insee et ses directions régionales pour s'assurer de la robustesse des données à ces niveaux géographiques.

¹⁵⁵ Cazaubiel A., El Guendouz A., D'ici 2070, un tiers des régions perdraient des habitants, Insee Première n°1930, 2022

¹⁵⁶ Projections des maladies chroniques en région Provence-Alpes-Côte d'Azur à l'horizon 2028, Rapport de l'ORS Paca - Tome I 2017, Tome II 2019.

d'euros, sous l'effet des soins infirmiers, des dépenses de transports et des hospitalisations en SSR (soins de suite et réadaptation).

Près de 300 000 habitants en région Paca pourraient souffrir de cancers à l'horizon 2028. Le montant des soins liés aux cancers pourrait atteindre 4,5 milliards d'euros, soit une hausse de 45%, sous l'effet des consultations de médecins spécialistes, des soins infirmiers, des médicaments, des dépenses de transports et des hospitalisations en MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique).

Une personne de 75 ans et plus sur dix pourrait souffrir de démence en 2028. Les dépenses de soins pour cette maladie pourraient passer de 880 millions d'euros à 1,2 milliard d'euros, du fait des hospitalisations en psychiatrie et en SSR¹⁵⁷.

Un exemple d'outil pour accompagner les démarches de planification en matière de logement : Otelo

Omphale est notamment utilisé pour accompagner les collectivités locales dans leurs démarches de planification (Programme local de l'habitat (PLH), Schéma de cohérence territoriale (SCoT), Plan local d'urbanisme (PLU) etc.), via l'outil Otelo¹⁵⁸ d'estimation des besoins en logements dans les territoires créé par le ministère de la Transition écologique et le Cerema (Centre d'études et d'expertise sur les risques, la mobilité et l'aménagement). Otelo permet d'estimer deux types de besoins en logement :

- les besoins à venir, dits « en flux », induits par l'évolution du nombre de ménages durant la période de projection. Pour cela, Otelo utilise les projections d'Omphale, proposées à l'échelle du bassin d'habitat et de l'Établissements public de coopération intercommunale (EPCI) ;
- les besoins actuels, dits « en stock », relatifs à diverses situations de mal logement (hébergement subi, logements de mauvaise qualité, logements trop petits, taux d'effort trop élevé, etc.), à l'échelle de l'EPCI.

À travers son interface en ligne, Otelo permet à ses utilisateurs (collectivités locales, services déconcentrés de l'Etat, organismes publics et parapublics (agences d'urbanisme, établissements publics fonciers, etc.) :

- d'établir divers scénarios prospectifs et d'analyser leur impact sur le besoin en logement sur leur territoire (démographie, vacance, renouvellement etc.) ;
- de choisir différents indicateurs correspondant à des normes alternatives de mal-logement.

2.2.4.3. Les évolutions futures de l'offre de soins

Le degré de finesse des territoires pour lesquels on peut élaborer des projections pour chaque profession dépend des effectifs de cette profession ainsi que de la fiabilité et du niveau de détail des données qui la concernent (nombre, lieu(x) d'exercice, mobilité...). Tout comme pour le volet national de l'exercice de projection, la première étape consiste à élaborer des bases de données fiables et partagées pour caractériser la situation actuelle. Un des objectifs est d'homogénéiser les méthodes utilisées pour cet exercice (cf. les problèmes actuels sur les répertoires des professionnels de santé). Par ailleurs, pour les professions les moins nombreuses, il ne sera pas possible d'aller en-deçà du niveau régional pour les projections.

Le degré de finesse géographique des projections doit être cohérent avec les politiques qu'elles visent à éclairer. Concernant la formation, il est probable que le périmètre

¹⁵⁷ Principales pathologies chez les personnes âgées. Projections et coûts associés à l'horizon 2028 chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ORS Paca [principales-pathologies-personnes-agees-paca.pdf \(orspaca.org\)](https://orspaca.org/principales-pathologies-personnes-agees-paca.pdf).

¹⁵⁸ [OTELO, l'outil logement des territoires | Ministères Écologie Énergie Territoires \(ecologie.gouv.fr\)](https://ecologie.gouv.fr/OTELO,l'outil-logement-des-territoires).

géographique de formation d'un professionnel soit inférieur pour une aide-soignante que pour une infirmière, et a fortiori pour un médecin. Une réflexion sur le vivier d'entrants potentiels dans les métiers de la santé (pour un premier emploi ou une réorientation en cours de carrière), pour une zone géographique donnée, serait à mener. Des travaux sur la mobilité géographique des professionnels tout au long de leur carrière, et sur l'impact des évolutions en cours telles que la progression de la contractualisation à l'hôpital et du salariat en ville, seraient très utiles.

Au niveau géographique fin (la CPTS par exemple) les projections sont très dépendantes de l'évolution des conditions locales d'exercice, de l'action des professionnels et des politiques mises en œuvre. C'est donc au niveau local, avec la connaissance du terrain, que ces éléments doivent être analysés, à l'aide d'outils mis à disposition des acteurs y compris les professionnels et les usagers (comme indiqué précédemment, l'étude de cas sur les soins de proximité fournit des exemples d'utilisation, notamment dans le cadre des CPTS). Un cadre de mutualisation et d'animation de ces travaux pilotés par les ARS, de partage des bonnes pratiques pour élaborer des méthodes communes pour les travaux infra départementaux serait à développer.

La démarche de prospective de l'offre et de la demande proposée dans ce rapport est une aide précieuse au pilotage d'une stratégie large des ressources humaines en santé structurante au service de chaque territoire. Les objectifs par territoire en termes de professionnels de santé doivent permettre *in fine* l'équité. Identifier le nombre de professionnels disponibles dans chaque région et mettre en regard les besoins de la population actuelle et future structure les réflexions et permet de déployer des mesures nationales et que chaque région propose des mesures spécifiques et originales permettant de combler les écarts. Le Hcaam recommandait ainsi, dans son rapport de 2022 sur l'organisation des soins de proximité, « *de mettre en œuvre très rapidement, dans chaque département, une table de concertation départementale rassemblant les différents acteurs^[159] et devant définir, sur la base d'une identification fine des situations et de l'anticipation de l'évolution de l'offre sur les prochaines années, un plan d'action à court terme par territoire de vie-santé. (...) On pourra s'appuyer sur les conseils territoriaux de santé (CTS) dont les missions de démocratie sanitaire et d'organisation du système seraient renouvelées, et auxquels un rôle plus actif serait confié. (...) Il s'agit ici de co-construire des modalités d'organisation de la solidarité et de responsabilité collective pour garantir l'accès aux soins pour tous et partout.* »

Le nombre de professionnels en formation ne sera qu'un des volets de ces mesures.

¹⁵⁹ élus, autres représentants des usagers et des assurés sociaux, Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé, caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) et Mutualité Sociale Agricole (MSA), représentants des professionnels des secteurs sanitaire (CPTS, établissements, équipes de soins, Union régionales des professionnels de santé (URPS), syndicats, Ordres...), médico-social et social, représentants des universités

ENCADRE 22 : LES MODALITES DE CONCERTATION REGIONALE DE L'ONDPS

Pour remplir ses missions, l'ONDPS travaille au niveau national avec un conseil d'orientation et au niveau régional avec des comités régionaux. Le décret n°2010-804 précise la composition de chaque comité régional, présidé et animé par la direction générale de l'ARS¹⁶⁰.

La concertation avec les acteurs régionaux intervient dans différentes phases :

- Détermination concertée par les comités régionaux des besoins régionaux en postes pour différentes formations (neuf formations sont concernées dont les entrées en études de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie et les internats de médecine, pharmacie et odontologie) ; les objectifs nationaux de professionnels à former correspondent à la somme des objectifs qui ont été remontés des régions¹⁶¹ ;
- Recueil annuel par l'ONDPS de l'expression des besoins de formation pour l'année n+1 de chaque ARS, des éléments de bilan de l'année n et d'un argumentaire à l'appui de la demande. L'ONDPS organise l'analyse et la concertation sur ces expressions de besoins au sein de son conseil d'orientation, qui comprend un représentant des ARS et de Régions de France ;
- Suivi des formations dans chaque ARS : sur la base des éléments de bilan recueillis auprès des ARS, l'ONDPS élabore un bilan consolidé des différentes formations, transmis aux ARS ;
- Auditions régionales : en fonction de ses missions, l'ONDPS peut organiser des auditions avec les directions d'ARS. Pour préparer les propositions sur la démographie des professions infirmière et aide-soignante, l'ONDPS a organisé une audition avec chaque région, représentée par l'ARS et Régions de France.
- Plusieurs réunions annuelles des coordonnateurs ARS sont organisées par l'ONDPS pour partager résultats, informations, méthodes et calendriers.

Les ARS sont conviées aux réunions préparatoires aux conférences nationales sur la démographie des professions médicales comme paramédicales.

Proposition 6 :

La couverture des besoins de la population suppose des mesures efficaces pour améliorer la répartition des professionnels sur le territoire national. Les outils statistiques ne peuvent résoudre à eux seuls les problèmes auxquels sont confrontés les politiques publiques, mais ils sont indispensables pour les éclairer.

Concernant la situation actuelle, la richesse, la fiabilité et la réactivité des données et des outils disponibles pour nourrir les diagnostics territoriaux et évaluer les actions mises en place se sont améliorées et ces améliorations doivent se poursuivre, dans un cadre qui permette les mutualisations utiles ainsi que la prise en compte des connaissances des acteurs locaux. Une réflexion doit être menée sur le développement d'indicateurs de déséquilibre au niveau local, en particulier les tensions sur les ressources humaines (difficultés de recrutement) dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

¹⁶⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022481406>. Les comités regroupent les directeurs d'unités de formation de chaque filière médicale (médecine, pharmacie, odontologie et directeurs d'écoles de sages-femmes) ainsi que les présidents d'université de la région, les ordres régionaux des professions de santé, les fédérations hospitalières, le conseil régional, le rectorat, les étudiants en études de santé, des associations de patients, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

¹⁶¹ [Conférence Nationale du 26 mars 2021](#)

Concernant les évolutions futures de la demande de soins, le modèle Omphale de l'Insee pourrait être utilisé pour projeter des besoins locaux en professionnels de santé. Concernant l'évolution de l'offre de soins, le degré de finesse des territoires pour lesquels on peut élaborer des projections pour chaque profession dépend des effectifs de cette profession ainsi que de la fiabilité et du niveau de détail des données qui la concernent. Pour les professions les moins nombreuses, il ne sera pas possible de travailler à un niveau infra-régional. Au niveau géographique fin (une CPTS par exemple) les projections dépendent de l'évolution des conditions locales d'exercice, de l'action des professionnels et des politiques mises en œuvre. C'est donc au niveau local, avec la connaissance du terrain, et en associant les collectivités locales et les travaux menés dans le cadre des schémas régionaux de formation sanitaire et sociale, que ces éléments doivent être analysés, à l'aide d'outils mis à disposition de ces acteurs.

Un cadre de mutualisation et d'animation de ces travaux pilotés par les ARS, de partage des bonnes pratiques pour élaborer des méthodes communes pour les travaux infra départementaux serait à développer.

2.2.5. L'horizon temporel et les mises à jour régulières des exercices de planification

Les exercices de prospective en RH s'inscrivent dans la durée et dans la régularité de leurs mises à jour. Se fixer des objectifs à long terme permet de construire une méthodologie solide et d'y consacrer des moyens dans la durée.

2.2.5.1. Les projections d'effectifs de professionnels de santé

L'horizon de projection

Selon les travaux de l'action conjointe de la Commission européenne, il convient de prendre en compte non seulement la période de formation des professionnels (de 4 à 12 ans) mais aussi le temps législatif afin que les politiques puissent mettre en place de nouvelles actions. Une période de 6 à 7 ans est généralement considérée comme réaliste pour qu'une politique s'implante. Ensuite il faudrait compter de 5 à 12 ans de plus pour que les changements dans les pratiques professionnelles s'accomplissent. Le délai total est donc généralement de 12 ans (pour les infirmières) à 18 ans (pour les médecins) à partir de la période actuelle.

La Belgique s'est dotée d'une prospective pour 2041 pour les médecins, tandis que les réflexions du NHS s'inscrivent dans les 15 prochaines années, jusqu'en 2036/37.

Les exercices de projection d'effectifs de professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) conduits régulièrement par la Drees portent sur un horizon de 25 à 30 ans. Un tel horizon est très utile pour anticiper d'éventuels retournements, notamment vérifier que l'effort massif de formation pour répondre à la pénurie actuelle ne finit pas par produire une offre excédentaire et des difficultés d'insertion des professionnels sur le marché du travail. L'incertitude augmente évidemment à mesure que l'horizon s'éloigne ; on peut dès lors prévoir un moindre raffinement des hypothèses pour les périodes plus lointaines. Ainsi, dans le modèle des Pays-Bas, des hypothèses sont faites sur l'évolution des facteurs pendant les 10 premières années de la projection puis leur valeur reste constante jusqu'à la fin de l'exercice.

Le suivi annuel des évolutions

L'absence de suivi régulier de certaines données constitue, parmi les six principales limites observées dans les travaux européens¹⁶², la seconde qui concerne spécifiquement le modèle de projection. Un suivi très régulier des facteurs affectant l'équilibre entre offre et demande (par exemple : l'augmentation du taux d'abandon au cours de la formation des infirmiers¹⁶³ ou au cours de la carrière¹⁶⁴) est indispensable pour améliorer cet équilibre à court terme. Il est également rendu nécessaire par l'inertie des facteurs relatifs à la formation, inertie qui implique de bien anticiper.

La mise à jour des modèles

La fréquence des mises à jour du modèle est également fondamentale. Le plus souvent dans les expériences internationales les plus performantes, elles ont lieu tous les 2 ou 3 ans afin de comparer les changements observés avec les changements attendus et permettre si besoin des changements de valeurs de certains facteurs du modèle. Ceci permet de confronter le réel aux projections réalisées et surtout de proposer des plans d'actions pour remédier aux écarts constatés et ainsi d'éclairer les décisions politiques¹⁶⁵.

Les projections des Pays-Bas sont répétées tous les 3 ans pour parvenir à un équilibre entre l'offre et la demande dans 18 ans.

2.2.5.2. Les projections de la demande de services de santé

Les projections de la démographie de la population réalisées par l'Insee constituent la référence en la matière pour la France ; elles sont utilisées par l'ensemble des administrations pour leurs exercices de prospective et de prévision. Elles sont actualisées tous les 5 ans, et disponibles à un horizon d'une cinquantaine d'années (ENCADRE 21)¹⁶⁶. Donc les projections de la demande dans le modèle de base, qui repose uniquement sur des variables démographiques, sont théoriquement possibles jusqu'à cet horizon, pour le scénario central comme pour les variantes, même si en pratique un horizon aussi lointain apparaît peu pertinent pour cet exercice.

Pour le modèle enrichi par d'autres facteurs déterminant la demande de santé, les évolutions futures de ces facteurs sont très incertaines. Ainsi, pour les projections d'évolution de la population atteinte de diabète, la Cnam a retenu un horizon de 5 ans

¹⁶² www.healthworkforce.eu. [Final guide of the joint action on health workforce Planning and forecasting](#) : fiche 5

¹⁶³ DREES, « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 », *Études et Résultats*, mai 2023, n° 1266

¹⁶⁴ DREES, « Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière », *Études et Résultats*, juillet 2023, n° 1277

¹⁶⁵ Plusieurs niveaux de mise à jour sont possibles :

- simplement changer les valeurs de paramètres d'entrée au vu des données constatées, par exemple le nombre d'étudiants réellement entrés en formation, le nombre de professionnels à diplômes étrangers ;
- modifier des valeurs de paramètres d'entrée non fondées sur des données objectives, ce qui impliquent une concertation ;
- repenser le modèle en profondeur.

Idéalement, l'ampleur des mises à jour devrait dépendre de celle des écarts entre les dernières projections et les données observées. Mais cela suppose d'importantes marges de flexibilité dans l'organisation des travaux sur le modèle.

¹⁶⁶ E. Algava et N. Blanpain, « 8,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée », Insee Première, 2021, n°1881.

(cf.ENCADRE 23), comme pour le précédent exercice qui portait sur un ensemble plus large de pathologies¹⁶⁷.

Pour les projections de la demande intégrant l'ensemble des variables du modèle complet, un horizon de 10 ans semble un maximum ; au-delà, les évolutions doivent être prolongées avec des hypothèses plus simples. Entre deux exercices de projection, un suivi très rapproché des écarts entre évolutions épidémiologiques prévues et observées apparaît moins pertinent que pour l'offre de soins, compte tenu des systèmes de veille sanitaire existants qui permettent de prendre des mesures d'urgence face aux problèmes de santé émergents.

ENCADRE 23 : L'EXEMPLE DES PROJECTIONS DU DIABETE PAR LA CNAM

En 2023, la Cnam a réalisé un exercice de projection¹⁶⁸ des effectifs de patients diabétiques à l'horizon 2027.

Deux facteurs d'évolution ont été pris en compte :

- l'augmentation de la taille de la population française et le vieillissement de la population, qualifiés d'effet démographique
- l'évolution de la fréquence du diabète à âge donné, qualifiée d'effet épidémiologique. Cette évolution est estimée en reportant sur la période de projection 2022-2027 la croissance annuelle moyenne observée sur la période 2015-2021.

« (...) si les tendances observées entre 2015 et 2021 se poursuivent, on peut s'attendre à compter en 2027 environ 520 000 diabétiques supplémentaires par rapport à 2021, dont 500 000 de type 2 et 20 000 de type 1. Pour le diabète de type 2, cette augmentation s'explique principalement (à 65 %) par un effet démographique – augmentation de la taille de la population et déformation de la structure d'âge – responsable de près de 300 000 diabétiques de type 2 supplémentaires parmi les personnes âgées de 75 à 84 ans, soit les deux tiers de l'effectif supplémentaire en 2027. »

2.2.5.3. Propositions

Proposition 7 :

La planification en ressources humaines doit faire l'objet d'une programmation à long terme, d'au minimum 12 ans pour les infirmières (horizon 2035) et 18 ans pour les médecins (horizon 2041). Les évolutions doivent être prolongées, avec des hypothèses plus simples, jusqu'à un horizon de 25 à 30 ans, pour anticiper d'éventuels retournements, et notamment vérifier que l'effort massif de formation pour répondre à la pénurie actuelle ne finit pas par produire une offre excédentaire et des difficultés d'insertion des professionnels sur le marché du travail.

Les projections doivent intégrer un scénario tendanciel et des variantes, dont des scénarios dans lesquels différents leviers sont activés pour parvenir à un équilibre entre l'offre et la demande lors d'une année cible à déterminer, permettant ainsi, en lien avec les organismes en charge de la gestion des ressources humaines en santé :

- de définir le nombre de professionnels de santé à former ;

¹⁶⁷ [Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 \(ameli.fr\)](#) tableau p. 38.

¹⁶⁸ [2023-07 rapport-propositions-pour-2024 assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](#) (page 79)

- d'actionner les autres leviers pertinents, touchant notamment aux organisations de soins, à la répartition géographique des professionnels, à l'attractivité, pour parvenir à cet équilibre.

Proposition 8 :

L'équilibre entre offre et demande de soins doit faire l'objet d'un suivi rapproché, prenant la forme suivante :

- un suivi annuel d'indicateurs (à sélectionner dans les **TABLEAU 4, TABLEAU 5, TABLEAU 6, TABLEAU 7, TABLEAU 8**) aux niveaux national et local, permettant de s'assurer (1) que les effectifs de professionnels observés sont bien conformes aux effectifs projetés et donc à la trajectoire d'équilibre entre offre et demande et (2) que n'apparaissent pas des déséquilibres (au sens de besoins non couverts) imprévus ;
- une confrontation détaillée des données observées aux dernières projections, pouvant éventuellement amener à changer les valeurs de certains paramètres du modèle de projection, tous les trois ans ;
- une mise à jour complète des projections en tant que de besoin.

Proposition 9 :

Le modèle de projection sera décrit dans une publication méthodologique, expliquant les choix de quantification des paramètres pour le futur.

Les projections et la comparaison, entre chaque exercice de projection, entre les évolutions réellement observées et les projections du modèle, feront l'objet d'une publication et de données mises en ligne sur internet (sur le modèle de Dataviz de la Drees) et d'outils de simulation permettant de faire varier les paramètres. Ceci afin d'éclairer efficacement l'action politique, l'ensemble des parties prenantes.

La mise en œuvre de l'ensemble des propositions de ce rapport nécessite des investissements méthodologiques dans les bases de données et les outils de projection, et la mise en place d'une comitologie, détaillés dans la partie 2.4. Les moyens aujourd'hui consacrés à ces exercices ne permettent pas d'atteindre cette ambition et impliquent dans l'immédiat des horizons de projection plus courts, un suivi et des réévaluations moins fréquents et larges, une approche plus restreinte des leviers mobilisables.

2.2.6. Les parties prenantes

Impliquer les parties prenantes et des experts tout au long du processus est un gage de réussite des systèmes de planification. Les principes sur lesquels se fondent le modèle et les objectifs doivent être partagés avec eux. Leur rôle consultatif est fondamental pour déterminer les variables pertinentes pour le modèle de projection, réfléchir aux hypothèses et obtenir certaines informations relevant de leur expertise.

Il convient d'associer étroitement l'ensemble des parties prenantes dont plusieurs représentants des régions à toutes les étapes de la démarche prospective : dans la définition des objectifs du modèle, sur la méthode, sur les hypothèses retenues d'évolution de certaines variables, notamment de l'offre : par ex : que prendre comme valeur du taux d'abandon durant la formation pour les 10 ou 20 ans à venir ? pour la durée dans la carrière ? pour le souhait des jeunes générations dans la diminution et l'organisation du temps de travail ?... Ces éléments méthodologiques et les valeurs retenues doivent être co-

construites avec les régions et les territoires afin d'être directement en prise avec les attentes de la population et des professionnels.

L'ensemble des travaux présentés dans ce rapport, les échanges avec les parties prenantes prennent du temps : il faut surmonter les intérêts divergents, résoudre les points critiques et arriver à les atténuer afin de proposer des scénarios partagés. Le Hcaam a prévu de poursuivre ses travaux sur le rôle et l'articulation des différentes formes de démocratie en santé.

Proposition 10 :

Les principes et l'élaboration de la démarche prospective, les objectifs, les hypothèses notamment en ce qui concerne les facteurs qualitatifs et les résultats doivent être co-construits et partagés avec les parties prenantes.

Il convient de :

- identifier précisément tous les acteurs concernés. Les représentants des parties prenantes doivent à la fois être de niveaux national et local, du secteur public et du secteur privé : des ministères (en charge de la santé, de l'enseignement supérieur, des finances, du travail) ; des structures en charge des statistiques ; des autorités sanitaires locales ; des offreurs de soins (publics et privés) ; des professionnels de santé (Ordres professionnels, organisations représentatives, sociétés savantes) ; des universités et écoles de formation ; des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires ; des parlementaires ; des représentants des collectivités territoriales, des représentants d'usagers/de patients, les partenaires sociaux, etc. ;
- prévoir un processus de nomination des représentants et de déclaration des conflits d'intérêt ;
- organiser une concertation continue : définir le rôle consultatif des parties prenantes, les instances de travail par profession, les modalités de leur implication régulière ainsi que les modalités d'échanges en pluri professionnel.

2.3. Des analyses plus spécifiques pour certains secteurs du système de santé

L'approche macroscopique présentée dans la partie précédente doit être complétée par une approche meso, par domaines de soins, ces domaines pouvant être une pathologie (par exemple le cancer), un secteur du système de santé (par exemple les soins de proximité, la santé mentale), une population (par exemple les femmes enceintes, les jeunes enfants ou les personnes âgées).

C'est en effet uniquement à ce niveau désagrégé qu'il est envisageable de relier de façon fine les prospectives relatives aux dimensions suivantes, qui doivent être mises en cohérence pour assurer un fonctionnement efficace et satisfaisant du système de santé :

- les évolutions épidémiologiques (par exemple, nombre de malades atteints des différents types de cancer à l'horizon de 15 ans) ;
- les services à rendre à la population, dont la facilitation des parcours (dans l'exemple du cancer, ces services pourraient être définis avec les parties prenantes sur la base des recommandations de bonne pratique telles qu'on peut les anticiper compte tenu des innovations existantes) ;
- les moyens nécessaires pour rendre ces services (à périmètre inchangé des compétences des professionnels ou selon des évolutions dans leurs missions et les

modalités du travail en équipe), en particulier les ressources humaines (dans l'exemple du cancer, nombre d'oncologues, de chirurgiens, d'anatomo-pathologistes, d'infirmières spécialisées...).

Ces travaux sont utiles pour les domaines de soins auxquels ils s'appliquent, pour lesquels ils permettent de définir une ou plusieurs trajectoires ; ils devraient être systématiquement menés pour éclairer les plans de santé publique et améliorer l'efficacité du système. Ils sont également utiles pour la prospective macroscopique, dont ils permettent d'étayer les paramètres. Ils ne peuvent cependant pas se substituer à cette approche macro, car il est impossible de définir les domaines de soins de façon à établir et à projeter dans l'avenir une partition totale du système de santé : les recoupements entre domaines sont inévitables du fait notamment des polyopathologies. Ces travaux permettent également des analyses prospectives pour des professions pour lesquelles un exercice de projection macro n'a pas pu être réalisé.

La lettre de mission d'Agnès Firmin le Bodo (cf. annexe 1) demande de « *déterminer les domaines pour lesquels cet exercice de prospective est pertinent : domaines importants pour les politiques de santé (du fait de leur poids dans la morbidité, de leur poids dans les dépenses et les ressources humaines...) et pour lesquels cet exercice est techniquement faisable.* »

Le Hcaam préconisait dans son rapport sur la régulation du système de santé publié de 2021¹⁶⁹ de retenir des secteurs et pathologies dont « *les paramètres sont bien maîtrisés* », c'est-à-dire avec « *la possibilité de circonscrire précisément les patients concernés (nombre et typologie), les professionnels et structures impliqués, les dépenses associées et leurs facteurs d'évolution (prix, démographie, épidémiologie, pratiques médicales, types et lieux de prise en charge, innovations), ainsi que l'existence de recommandations.* »

Une planification des ressources humaines par champ de pathologie(s) ou de population sera d'autant plus faisable que :

- le périmètre du champ est définissable sans recoupement majeur avec d'autres champs ;
- les données épidémiologiques sont connues ;
- les professionnels assurant la prise en charge et leurs rôles respectifs sont définis (même si les tâches des uns et des autres peuvent évoluer) et il existe une façon de recueillir leurs activités ;
- il existe des recommandations de prise en charge précisant les soins/actes à réaliser et les professionnels concernés, en fonction des profils des patients et/ou les stades évolutifs des pathologies concernées ainsi que des éléments permettant d'avoir une vision assez claire des principales évolutions thérapeutiques ;
- les préférences des patients ont été explorées et prises en compte dans les soins ;
- un accompagnement des personnes les plus éloignées du système de santé est prévu pour permettre un accès aux soins recommandés ;
- conséquence des points précédents, la consommation de soins par type de professionnel de santé est mesurable et anticipable.

Et cette prospective sera d'autant plus utile que la pathologie concerne un nombre important de patients ou consomme une part importante de la ressource humaine.

La cartographie médicalisée de l'assurance maladie, qui caractérise les principales pathologies pour la population française, fournit des informations quantitatives précieuses. La mise en place d'une concertation avec les parties prenantes permettrait d'éclairer sur le plan qualitatif les besoins des patients, en s'appuyant, lorsqu'elles existent, sur les recommandations de la HAS. Celles-ci sont disponibles pour un peu plus d'une quinzaine

¹⁶⁹ Op cit.

de pathologies ou populations¹⁷⁰ (Cf Annexe 2). Elles décrivent précisément le parcours de soins : le rythme des consultations, les examens à réaliser selon les stades de la pathologie. Parfois ces recommandations n'apportent aucune précision sur le type de professionnel en charge des consultations et examens de suivi : le médecin est nommé sans préciser s'il s'agit du généraliste ou d'une autre spécialité ; parfois la seule mention de « suivi » est indiquée. Cette absence de précision peut être considérée comme une difficulté pour identifier les acteurs impliqués dans le parcours, ou, de façon complémentaire, comme reflétant le fait que plusieurs types de professionnels sont habilités à les prendre en charge, ce qui permet une plus grande souplesse, la possibilité de faire varier le partage des tâches entre différents professionnels selon les ressources et besoins locaux.

Aucune recommandation à ce jour ne concerne des secteurs de soins telles que les soins de proximité, la santé mentale globalement, ni des approches populationnelles comme les personnes âgées. Un parcours « Prise en charge des personnes âgées » était prévu dans le cadre du chantier « Qualité et pertinence » de la Stratégie de transformation du système de santé (Ma Santé 2022). Il permettrait d'apporter des éléments très structurants afin d'identifier les services à rendre à cette population. Les approches globales populationnelles permettent également de rendre compte des parcours de soins pour les personnes souffrant de polypathologie.

En effet, entre 45 et 64 ans : 10 % des hommes et 8% des femmes cumulent au moins 2 pathologies¹⁷¹ ; au-delà de 75 ans, ces chiffres atteignent 47% pour les hommes et 36% des femmes (et 21% pour le cumul de 3 pathologies ou plus). Le nombre de consultations prévu dans le cadre des recommandations de bonne pratique thématiques ne sera pas multiplié par trois pour un patient porteur de trois maladies chroniques. Il en est de même pour la prise en compte de nombreux facteurs de risques (tabac, alcool, obésité, hypertension artérielle, hyperlipidémie, diabète, sédentarité, etc) qui sont communs aux maladies neuro-cardiovasculaires et aux cancers et qui feront l'objet d'une seule prise en charge (cf.ENCADRE 24).

ENCADRE 24 : LA PRÉVENTION

Les exercices de prospective qualitatifs sur les services à rendre à la personne dans les champs de la prévention, de l'accompagnement et de l'éducation thérapeutique du patient, tels que ceux du Hcaam sur la prévention de l'obésité (conçus comme modélisateurs de la prévention des pathologies chroniques en général)¹⁷², devraient être poursuivis et approfondis. Ceci permettrait notamment d'éclairer comment sont pris en charge certains facteurs de risque, communs à de nombreuses pathologies chroniques comme le tabac, l'alcool, le surpoids, etc. et par quels professionnels. En tenant compte du fait que les services à rendre relèvent tout à la fois de demandes individuelles et d'objectifs de santé publique collectifs, et devraient être proposés si nécessaire dans le cadre de démarches « d'aller vers » proactives, pédagogiques et d'aides au choix, pour faire bénéficier de ces services ceux qui en ont le plus besoin et qui souvent n'expriment aucune demande de soins ou ont des difficultés pour accéder aux services.

Un décloisonnement entre les secteurs médical, social et médico-social est nécessaire pour rendre ces services à la population, pour des raisons économiques mais aussi pragmatiques. Le secteur sanitaire ne pourra assurer l'ensemble de ces services, au risque

¹⁷⁰ Surpoids/obésité, maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire chronique, insuffisance rénale chronique, maladie neurologique, suivi de la maternité, etc.

¹⁷¹ [L'état de santé de la population en France \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/).

¹⁷² [Prevention-avis-hcaam-12-02-2019.pdf \(strategie.gouv.fr\)](https://strategie.gouv.fr/prevention-avis-hcaam-12-02-2019.pdf).

de faire réaliser par des professionnels sur-diplômés - voire moins compétents - des activités pour lesquelles d'autres professions des secteurs médico-social ou éducatif seraient plus pertinentes et efficaces. D'autres pays ont clairement choisi de confier certaines de ces activités à ces acteurs : professionnels de l'éducation, agents de santé communautaires, médiateurs en santé, spécialistes de l'éducation pour la santé, assistants sociaux, pairs aidants, etc.

Pour ce qui concerne le suivi des enfants, une autre façon de paramétrer le parcours peut aussi consister à se caler sur les 20 examens de suivi de l'enfant et de l'adolescent.

Les principaux domaines qui pourraient faire l'objet d'une telle démarche sont décrits dans le TABLEAU 9, avec pour chacun les avantages et inconvénients identifiés – sachant que cette liste est évolutive.

TABLEAU 9 : PRINCIPAUX DOMAINES QUI POURRAIENT FAIRE L'OBJET D'UNE DÉMARCHÉ PROSPECTIVE

Domaines	Avantages	Inconvénients
Insuffisance rénale chronique (IRC)	- Pathologie intégrant des enjeux de prévention primaire, de dépistage, d'actions sur les déterminants de santé et de suivi au long cours - Outils et analyses déjà disponibles	- Fréquence des comorbidités qui complexifie l'exercice
Diabète*	- Pathologie fréquente ; nombreux travaux de l'Assurance maladie et à l'étranger - Prise en charge impliquant de nombreux paramédicaux, en ambulatoire et nécessité de recours hospitalier pour certaines formes	- Champ très vaste - De nombreux spécialistes imbriqués
Insuffisance respiratoire chronique (BPCO)	- Parcours déjà modélisé - Intègre toutes les dimensions dont parcours de prévention	
Santé mentale*	- Pathologies fréquentes - Feuille de route santé mentale et de la psychiatrie	- Complexité
Approche populationnelle personnes âgées*	- Importance quantitative et qualitative des recours - Travaux de l'ONDPS personnes âgées poly-pathologiques de 2019	- Complexité ; absence de recommandation
Femme enceinte*	- Parcours très bien défini - Travaux en Belgique concernant les sages-femmes	
Suivi du Jeune enfant*	- Parcours très bien défini : les 20 examens obligatoires de l'enfant	- Absence d'outils communs PMI, médecine scolaire et ville - Répartition MG/pédiatre
Cancer - Stratégie décennale 2021-2030	- Présence d'objectifs quantifiés à atteindre - Expertise et travaux de l'Inca et d'Unicancer	- Nombreuses professions impliquées
Prévention Notamment Obésité - Feuille de route 2019-2022	- Guide parcours surpoids et obésité HAS 2022 adultes et enfants - Rapport Prévention-Promotion de la santé du HCAAM - Plusieurs expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018	- Prise en charge difficilement traçable dans les bases de l'AM
Soins de proximité	- Perspectives définies par le rapport Organisation des soins de proximité – Garantir l'accès à des soins de qualité pour tous du Hcaam (2022)	- Transversalités des besoins pris en charge - Nombreuses professions impliquées - Grande variabilité des organisations

* Domaines d'étude retenus en Nouvelle Zélande

Deux études de cas ont été menées, l'une sur les soins de proximité, l'autre sur la prise en charge des femmes enceintes. Elles sont présentées dans les parties 3 et 4.

L'étude sur la prise en charge des femmes enceintes illustre un champ relativement aisé pour un tel exercice de prospective, puisque facile à circonscrire. Il montre l'intérêt mais aussi les limites des recommandations de bonne pratique pour la prospective des ressources humaines en santé, compte tenu des décalages observés entre les pratiques professionnelles, l'utilisation des services par la population et les recommandations. En outre, les recommandations sont parfois anciennes et il peut être nécessaire de faire appel à des experts pour identifier les innovations technologiques, thérapeutiques, organisationnelles, amenées à se généraliser sur l'horizon de la projection. C'est notamment l'expertise qu'avait organisée Unicancer pour ses travaux de prospective en cancérologie.

Les soins de proximité constituent à l'inverse un champ particulièrement complexe pour un tel exercice de prospective. L'étude de cas illustre la difficulté à travailler sur un domaine aussi transversal, une des conséquences de cette transversalité étant l'absence de recommandations de bonne pratique utilisables. Il confirme néanmoins l'intérêt de la démarche, pour inciter à clarifier les services à rendre à la population, sous forme de service minimum garanti ainsi que les organisations et moyens le permettant, et les leviers à mobiliser en fonction des territoires.

Ces exercices ont une valeur purement illustrative et n'ont pu être menés jusqu'au bout dans les délais impartis et avec les moyens disponibles pour cette mission. Il faudrait les poursuivre, ce qui nécessiterait des travaux complémentaires notamment de recherche sur le terrain pour mieux évaluer les besoins et les organisations entre professionnels permettant de couvrir ces besoins.

ENCADRE 25 : LA STRATEGIE DECENNALE CANCER

A titre d'exemple, la stratégie décennale Cancer prévoit de réaliser un million de dépistages en plus à l'horizon 2025, sur le périmètre des dépistages existants (aujourd'hui, environ 9 millions de dépistages sont réalisés par an). Une étude prospective de l'Inca sur le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR)¹⁷³ dont le taux de participation pour 2016-2017 est de 34%, a pour objectif d'évaluer l'impact d'un taux de DOCCR atteignant 1/ le taux européen de 45% (taux du référentiel européen permettant au programme d'être coût-efficace et objectif du Plan cancer 2009-2013) et 2/ le taux recommandé de 65% pour optimiser l'impact sur l'incidence et la mortalité par cancer colorectal. Cette étude a également simulé l'augmentation du nombre de coloscopies au regard de l'augmentation de la participation (TABLEAU 10).

¹⁷³ [Barré S, Leleu H, Vimont A, Kaufmanis A, Gendre J, Taleb S, De Bels F. Estimation de l'impact du programme actuel de dépistage organisé du cancer colorectal \[Estimated impact of the current colorectal screening program in France\]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2020 Jun;68\(3\):171-177. French. doi: 10.1016/j.respe.2020.04.053. Epub 2020 May 13. PMID: 32417153.](#)

TABLEAU 10 : EVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER COLORECTAL SELON LE TAUX DE PARTICIPATION ET SES CONSÉQUENCES EN TERME DE COLOSCOPIES RÉALISÉES

Participation DOCCR	Incidence	Nombre de décès	Coloscopie/an
	43 000	17 000	
34%	- 5%: - 2200	-14% : - 2600	
45%	+ 3% additionnel	(+8% add) + (-1400)	+ 54%
65%	+ 8% additionnel	(+ 22% add) + (-4000)	+ 130%

Comme attendu, les résultats de l'étude confirment une efficacité du dépistage proportionnelle à la participation. Cette augmentation de la participation nécessiterait par ailleurs une forte adaptation des capacités de l'offre en coloscopie (de + 54% à + 130%). Sachant que, par ailleurs, le délai médian de réalisation de la coloscopie suite à un test positif augmente de façon importante depuis quelques années : de 62 jours en 2013-2014 à 80 jours en 2018-2019. En 2020, le délai médian de réalisation de la coloscopie suite à un test positif est de 87 jours (impacts de la pandémie de Covid 19) ; il conviendrait de suivre attentivement la capacité de cette offre en cas d'augmentation de la participation comme souhaité dans la stratégie décennale afin de ne pas mettre à mal la pertinence et la qualité globale du programme de dépistage du CCR.

Proposition 11 :

L'approche macroscopique doit être complétée par une approche meso, par domaines de soins, ces domaines pouvant être une pathologie (par exemple le cancer ou la santé mentale), un secteur de l'offre de soins (par exemple les soins de proximité), une population (par exemple les femmes enceintes ou les personnes âgées).

Ces exercices permettent d'établir une trajectoire pour ces domaines, en clarifiant plus facilement que sur l'ensemble du système de santé, les services à rendre à la population, les organisations et moyens humains le permettant. Ces travaux permettent également des analyses prospectives pour des professions pour lesquelles un exercice de projection macro n'a pas pu être réalisé. Elles permettent d'intégrer les professionnels du secteur médico-social alors que les projections macro devront dans un premier temps, pour des raisons méthodologiques compte tenu de l'importance des travaux à mener, se centrer sur des professions majoritairement du secteur sanitaire. Cette approche transversale aux champs sanitaire, médico-social et social est particulièrement importante pour les personnes âgées ainsi que pour la prévention. Chaque futur plan thématique dans le champ de la santé (certains étant parfois alternativement nommés programmes, stratégies, feuilles de route, politiques) doit faire l'objet d'un document prospectif liant objectifs de santé et d'accès aux soins (assortis de cibles) et moyens humains et financiers pour les atteindre - ce qui nécessite de promouvoir les organisations efficaces.

Une réflexion collective sur la priorisation des services à rendre est nécessaire afin de concrétiser le principe d'égal accès aux soins pour tous.

Utiles pour les domaines de soins auxquels ils s'appliquent, ces travaux le sont également pour la prospective macroscopique, dont ils permettent d'étayer les paramètres. Ils ne peuvent cependant pas se substituer à cette approche macro, car il est impossible de définir les domaines de soins de façon à établir et à projeter dans l'avenir une partition totale du système de santé : les recoupements entre domaines sont inévitables du fait notamment des polyopathologies.

2.4. L'organisation cible : un pilotage et des moyens à la hauteur des enjeux

Le pilotage de la politique RH dans le champ de la santé afin de mieux répondre aux services à rendre à la population demande un engagement politique sur le long terme. Les travaux et les outils de prospective RH constituent la base de toute réflexion stratégique. Ils nécessitent une organisation clairement identifiée afin de garantir un processus permanent avec des ressources financières, humaines et techniques adéquates.

La clé du succès de ces travaux de prospective réside en outre dans l'engagement des parties prenantes, tant dans le processus de construction des modèles de projection démographique de l'offre et de la demande que dans l'élaboration du scénario de base et des scénarios alternatifs, pour répondre à la demande de services de santé.

2.4.1. Les exemples d'organisations étrangères

Les organisations à l'international se caractérisent le plus souvent par l'existence :

- **d'un organisme** ¹⁷⁴ **en charge du pilotage des données, du suivi statistique, de la construction des modèles de projection** (de l'offre et de la demande) et de leur mise à jour, de l'élaboration du scénario de base et des scénarios alternatifs ;
- **d'une instance** ¹⁷⁵ **chargée d'élaborer des propositions pour le niveau politique au niveau national** (de type commission ou comité). Cette instance produit un avis sur le nombre de professionnels à former. Elle s'appuie sur les données et les scénarios de la structure précédente. Elle est notamment en charge de la concertation avec tous les acteurs et de la définition des enjeux stratégiques permettant de contribuer à la construction des modèles de projection (identification et quantification des facteurs d'évolution à prendre en compte). Elle est également chargée de l'analyse et du suivi des principaux facteurs d'évolution, intégrant l'évaluation de l'impact des décisions politiques prises et de leurs effets sur l'adéquation entre l'offre et la demande, et travaillant en étroite collaboration avec le premier organisme pour l'intégration de ces paramètres dans les modèles. Au sein de cette instance, les travaux sont souvent confiés à des groupes de travail par profession - comme en Belgique,

¹⁷⁴ En Belgique la cellule de planification de l'offre des professions des soins de santé qui joue ce rôle auprès de la Commission de planification de l'offre médicale est constituée de 6,5 personnes et mobilise 1 personne extérieure. Et le travail sur les bases de données est énormément simplifié par rapport à la France par un « cadastre » (équivalent du RPPS) opérationnel. Dans les différents pays, la constitution des bases de données s'appuie par ailleurs sur plusieurs autres producteurs de données en charge des suivis statistiques de la population et des professionnels.

¹⁷⁵ Aux Pays-Bas, le Comité consultatif sur la planification de la main-d'œuvre médicale, organe consultatif indépendant créé en 1999 (the Advisory Committee for Medical Manpower Planning (ACMMP) ou Stichting Capaciteitsorgaan voor (vervolg)opleidingen van professionals in de zorg en charge des propositions sur la formation est une agence composée de 12 personnes.

en Angleterre ou aux Pays-Bas ; elle peut aussi mener des études ou approches spécifiques plus transversales.

Cette instance peut par ailleurs proposer des mesures pour les années à venir dans le cadre d'une stratégie globale des RH, selon les choix politiques qui définissent son périmètre. Ces mesures ou plans d'actions vont concerner notamment l'attractivité des métiers, les évolutions des contenus des formations initiale et continue et des modes d'organisation (comme en Angleterre, en Norvège, en Australie).

TABLEAU 11 : EXEMPLES D'ORGANISATION ET DE RESSOURCES CONSACRÉES À LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Pays	Structure ¹⁷⁶ de planification	Structure produisant le modèle
Pays-Bas	Le Comité consultatif sur la planification de la main-d'œuvre ¹⁷⁷ : agence indépendante composée de 12 personnes Publie un rapport général et neuf rapports correspondant aux recommandations et estimations détaillées pour neuf groupes de professions : Capaciteitsorgaan Utrecht - Capaciteitsorgaan	l'Institut néerlandais de recherche sur les services de santé (NIVEL) (3 personnes) qui s'appuie par ailleurs sur le service des Statistique des Pays-Bas (4-5 personnes en charge de la collecte et production des effectifs sur les PS).
Belgique	La Commission de planification de l'approvisionnement médical examine les besoins en matière d'offre de professionnels de santé pour notamment les médecins, les dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers, les sages-femmes et les orthophonistes. Elle produit un avis sur le nombre de professionnels à autoriser en formation.	Les données et des scénarios d'avenir sont fournies par la Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de santé, instituée au sein du Service public fédéral Santé publique, Sécurité alimentaire et Environnement. (7,5 personnes). De nombreux travaux de prospective ont été réalisés avec l'appui du KCE, le Centre Fédéral d'expertise des Soins de Santé.
Angleterre	The Centre for Workforce Intelligence est en charge de la planification des ressources humaines de santé. Ses missions ont été intégrées au NHS en 2016. 10 à 20 personnes	Depuis 2019 The Health Foundation's REAL Centre (Research and Economic Analysis for the Long term) (15 personnes) fournit des analyses et des recherches indépendantes. Ils ont été en charge des projections de 2022 du NHS.
Norvège	<u>La Commission des professionnels de santé</u> de 16 membres (professionnels de santé, universitaires, partenaires sociaux, élus locaux) a été dissoute après sa mission en 2021. <u>Le Ministère de la santé et de l'enseignement supérieur est en charge de la planification</u> : environ 7 équivalents temps plein (ETP)	<u>Statistiques Norvège</u> : 3 - 4 ETP pour la collecte et la production de données sur les effectifs de professionnels de santé
Nouvelle Zélande	Le Health Workforce New Zealand (17 personnes) a été dissous avec une reprise des missions en ressources humaines en santé par le ministère de la santé.	

¹⁷⁶ Lorsque les structures sont indépendantes, il convient d'ajouter des effectifs travaillant au niveau du ministère en charge de la santé (en lien avec le ministère de l'enseignement supérieur) qui représentent aux Pays-Bas : 4 à 5 personnes au sein d'un bureau sur les RH en santé, en charge des prises de décisions concernant le nombre de professionnels à former.

¹⁷⁷ Stichting Capaciteitsorgaan voor (vervolg)opleidingen van professionals in de zorg

Les travaux de prospective s'appuient sur des professionnels de compétences variées : statisticiens, démographes, informaticiens, épidémiologistes, économistes de la santé, sociologues, professionnels de santé, chefs de projets, avec également la nécessité de développer une recherche spécifique, multidisciplinaire.

2.4.2. Un modèle français de prospective de l'offre et de la demande composé de plusieurs briques

Aujourd'hui les travaux sur les bases de données et sur le modèle de prospective RH en santé sont réalisés principalement par la Drees et l'estimation du nombre de professionnels à former par l'ONDPS, dont le secrétariat est assuré par la Drees (cf.ENCADRÉ 11). Pour mettre en œuvre le modèle global de prospective de l'offre et de la demande décrit dans ce rapport et afin de professionnaliser et consolider l'activité de prospective RH dans la durée, des investissements importants humains et financiers sont à prévoir. Ces investissements sont primordiaux pour garantir un système de santé efficient, permettant un accès aux soins de qualité partout et pour tous.

On retranscrit ci-dessous par briques ou étapes, les différentes tâches à mettre en œuvre pour progresser dans l'élaboration d'un modèle de l'offre et de la demande.

Des moyens supplémentaires sont nécessaires dès le démarrage du projet pour permettre les investissements nécessaires dans les bases de données, les outils, la définition des paramètres du modèle, la comitologie, les travaux sur les différentes professions, etc¹⁷⁸.

Une instance de pilotage de l'ensemble du processus de planification, associant toutes les parties prenantes, aux niveaux national et local, est mise en place. Elle comporte des sous-groupes par profession et mène des travaux spécifiques de concertation avec les régions. Elle est en charge :

- de proposer un programme de travail pluriannuel (calendrier politique et opérationnel, prévoyant les travaux à mener, leur organisation, les méthodologies), en lien avec les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ;
- de solliciter et coordonner les contributeurs (données, analyses, études spécifiques, projections...) qui feront aussi partie de l'instance ;
- d'organiser la concertation : identification des parties prenantes et des modalités de travail ;
- d'identifier et de recueillir via la littérature, des groupes d'experts, des études spécifiques, etc. les principaux facteurs d'évolution (côté offre et demande) qui pourront alimenter le modèle macro de projection (cf. partie 2.2.3.).

Du côté de l'offre :

- des répertoires pour les professions concernées par la prospective sont disponibles, mis à jour annuellement et correctement renseignés (exhaustifs et de qualité - TABLEAU 4). Pour certaines professions, prendre les actions nécessaires voire les

¹⁷⁸ Les effectifs de l'ONDPS sont de 3 ETP : 1 poste de chargé de mission statistique, 1 poste de chargée d'études documentaires, 1 poste de secrétaire générale. Une collaboratrice extérieure accompagne l'ONDPS sur une de ses missions en cours.

La DREES consacre actuellement 0,5 ETP aux modèles de projection démographique des professionnels de santé, ce qui lui permet de réaliser un exercice de projection pour une profession tous les 1 à 2 ans. Les travaux statistiques et les études sur les professions de santé, l'état de santé de la population et les dépenses de santé dans leur ensemble apportent des informations qualitatives nécessaires à la prospective RH en santé, sans couvrir à ce stade tous les besoins de la démarche proposée ici.

textes réglementaires à la constitution et complétude de ces répertoires¹⁷⁹. Ils constituent le socle indispensable pour appréhender correctement la situation actuelle et modéliser l'offre de soins ;

- les paramètres de la modélisation, pour les scénarios démographiques de base (tendanciel et variantes) sont identifiés (cf. partie 2.2.2).

Du côté de la demande de soins, des travaux et des données sont produits pour l'évaluer et rendre ses évolutions commensurables à celle des effectifs de professionnels afin de pouvoir les confronter, l'idéal étant de pouvoir convertir la demande en effectifs de professionnels, tout en sachant que les outils de mesure sont plus complexes à appréhender :

- les besoins de soins sont souvent mesurés, dans les modèles de planification, par la demande exprimée ayant donné effectivement lieu à une consommation de soins (cf. partie 2.1.2) ;
- cette consommation variant selon la taille et la structure par âge de la population, l'évolution future de ces variables donne lieu à une projection démographique ;
- l'évolution quantitative des variables épidémiologiques peut venir compléter ce premier modèle en prenant en compte par exemple l'augmentation des maladies chroniques à âge donné. Bien que ces variables soient quantitatives, leur intégration dans le modèle de projection relève d'appréciations qualitatives. Il est en effet impossible de définir les domaines de soins de façon à établir et à projeter dans l'avenir une partition totale du système de santé. L'analyse est donc centrée sur les grandes tendances à l'œuvre pour les pathologies qui mobilisent le plus gros volume de travail des professionnels de santé ;
- plus difficile est de quantifier les soins non pertinents, les soins non couverts, et leurs évolutions, qui par définition sont peu mesurables. Les écarts aux recommandations ou aux taux de participation à des programmes de santé publique, les inégalités sociales et territoriales de recours sont des indicateurs possibles (TABLEAU 8).

Des échanges à l'international permettent de mutualiser les expériences et de favoriser les bonnes pratiques.

Un modèle de projection de l'offre et de la demande est défini pour chacune des professions retenues¹⁸⁰. Il a pour objectif de mettre en adéquation le nombre de professionnels de santé projeté et le nombre requis pour répondre à la demande de soins actuelle et future. Au-delà des scénarios de base s'appuyant uniquement sur les évolutions démographiques (+/- épidémiologique) (cf. ci-dessus), plusieurs scénarios alternatifs (par exemple trois) sont proposés faisant intervenir les facteurs d'évolution susceptibles d'avoir le plus d'impacts à l'avenir.

¹⁷⁹ Le recensement des infirmières souffre de lacunes dans le champ salarié malgré les dispositions réglementaires existantes (Décret n° 2018-596 du 10 juillet 2018 relatif à l'établissement des listes nominatives des infirmiers et des pédicures-podologues salariés en vue de leur inscription au tableau de l'ordre). Une action de communication auprès des infirmières en établissements de santé et de leurs représentants est à mener, et de nouvelles mesures réglementaires sont à prendre le cas échéant. Le recensement des aides-soignantes est inexistant. Une piste pourrait consister à autoriser l'Ordre national des infirmiers (ONI) à recenser également la profession aide-soignant. Un répertoire est aussi à créer pour les auxiliaires de puériculture. De manière générale, toute profession nouvellement créée devrait faire l'objet d'un recensement exhaustif.

¹⁸⁰ Pour mémoire (cf. partie 2.2.1) ces professions doivent être sélectionnées notamment en fonction de leur effectif, de la durée des études et des tensions existantes ; en première approche, ce pourraient être les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et aides-soignants.

Pour cela, des approches qualitatives (études dédiées, focus group, entretiens auprès d'experts, etc) ainsi que des recherches sociologiques sont mises en œuvre pour appréhender et quantifier les autres facteurs pertinents : innovations technologiques et organisationnelles, virage ambulatoire, partage des tâches, nouveaux métiers, évolution du temps de travail, place et impact de la prévention, autonomisation des patients, etc.

L'instance de pilotage est chargée de faire des propositions pluriannuelles du nombre de professionnels à former pour assurer l'adéquation entre offre et demande de soins, en mobilisant les résultats des projections qui intégreront l'impact des autres leviers que le nombre de professionnels formés (contenu des formations, organisations de soins, attractivité des métiers...), pour lesquels elle peut également faire des recommandations en lien avec l'exercice de planification, **qui seront éventuellement reprises par les organismes en charge de ces sujets**. Pour cela elle dispose de moyens d'analyse des données.

Confronter annuellement, avec l'appui de l'organisme en charge du modèle de projection, la démographie observée de chaque profession avec les dernières projections. En schématisant la répartition de tâches, l'organisme en charge du modèle constate les écarts entre projeté et réalisé et l'instance de pilotage les interprète, en impliquant les parties prenantes. En pratique, ces travaux sont menés dans le cadre d'un dialogue permanent entre les instances statistiques et de pilotage.

Effectuer une confrontation plus détaillée, avec l'appui de l'organisme en charge du modèle de projection, des données observées aux dernières projections, pouvant éventuellement amener à changer les valeurs de certains paramètres du modèle de projection, tous les trois ans ; faire une mise à jour complète des projections tous les trois à cinq ans – selon la répartition des tâches ci-dessus.

Le champ de ces travaux inclut à terme l'ensemble de l'offre de soins et d'accompagnement, des champs sanitaire et médico-social, voire social. Lors de la période de montée en charge, ils priorisent dans un premier temps les professionnels du champ sanitaire, compte tenu de l'ampleur des travaux à mener.

Réaliser des exercices de prospective RH sur des domaines de soins, pouvant être une pathologie (par exemple le cancer), un secteur du système de santé (par exemple les soins de proximité), une population (par exemple les personnes âgées). Ceci afin de relier plus finement entre elles les prospectives relatives (1) aux évolutions épidémiologiques (2) aux services à rendre à la population (3) aux moyens nécessaires pour rendre ces services, en particulier les ressources humaines, en tenant compte des innovations technologiques et organisationnelles, de l'évolution des rôles des différents professionnels. Les travaux par domaines de soins peuvent reposer sur un champ plus large que celui des modèles de projection : ils peuvent intégrer d'emblée les professionnels des champs du médico-social et du social, et des professions pour lesquelles un exercice de projection macro n'a pas pu être réalisé. **Intégrer dans la planification les travaux prospectifs menés pour l'élaboration de chaque futur plan thématique (programme, stratégie, feuille de route, politique...) dans le champ de la santé (cf. proposition 11)**.

Elaborer le volet territorial de ces travaux conformément à la proposition 6 et le mettre en œuvre selon un calendrier à définir également, dans le cadre d'une approche à la fois ascendante et descendante. Désigner quelques régions pilotes pour

participer à l'élaboration et à la déclinaison locale des outils. Tant que la nouvelle méthode n'est pas opérationnelle, les missions des comités régionaux de l'ONDPS se poursuivent.

Faire le lien entre la prospective des ressources humaines en santé et la stratégie nationale de santé : une fois les investissements méthodologiques nécessaires effectués, la SNS pourra disposer d'un volet RH indiquant quels professionnels de santé sont nécessaires à l'atteinte de ses objectifs ainsi que les mesures à prendre pour y parvenir. Les priorités de santé de la SNS seront pour cela intégrées aux modèles de prospective de la demande en professionnels de santé. **Faire également le lien entre la prospective des ressources humaines en santé et la programmation des moyens financiers nécessaires pour rémunérer ces professionnels.**

Proposition 12 :

La prospective des ressources humaines en santé doit s'articuler selon les étapes suivantes :

Une instance de pilotage de l'ensemble du processus de planification, associant toutes les parties prenantes, aux niveaux national et local, est mise en place. Elle fait des propositions pluriannuelles du nombre de professionnels à former, ainsi que d'autres recommandations permettant d'assurer une meilleure adéquation entre offre et demande qui seront éventuellement reprises par les organismes en charge de ces sujets.

Du côté de l'offre : des répertoires pour les professions concernées sont disponibles, ce qui suppose, pour certaines professions, de prendre les actions nécessaires à la constitution et complétude de ces répertoires. Les paramètres de la modélisation, pour les scénarios démographiques de base (tendanciel et variantes) sont identifiés. Du côté de la demande de soins, des travaux et des données sont produits pour l'évaluer.

Un modèle de projection de l'offre et de la demande est défini pour chaque profession retenue. Il a pour objectif de mettre en adéquation le nombre de professionnels de santé projeté et le nombre requis pour répondre à la demande de soins actuelle et future. Au-delà des scénarios de base s'appuyant uniquement sur les évolutions démographiques (+/- épidémiologique), plusieurs scénarios alternatifs mobilisent des approches qualitatives pour appréhender les autres facteurs pertinents : innovations technologiques et organisationnelles, virage ambulatoire, partage des activités, nouveaux métiers, évolution du temps de travail, place et impact de la prévention, autonomisation des patients, etc. Ces travaux s'appuient sur des échanges internationaux.

La démographie observée de chaque profession est confrontée annuellement avec les projections. Une confrontation plus détaillée est effectuée tous les trois ans, pouvant éventuellement amener à revoir les projections, qui sont mises à jour tous les trois à cinq ans.

Ces exercices sont complétés par des exercices de prospective des ressources humaines sur des domaines de soins, pouvant être une pathologie, un secteur du système de santé, une population.

Elaborer le volet territorial de ces travaux conformément à la proposition 6 et le mettre en œuvre selon un calendrier à définir également, dans le cadre d'une approche à la fois ascendante et descendante. Tant que la nouvelle méthode n'est pas opérationnelle, les missions des comités régionaux de l'ONDPS se poursuivent.

Le lien est effectué entre la prospective des ressources humaines en santé et la stratégie nationale de santé d'une part, la programmation des moyens financiers nécessaires pour rémunérer ces professionnels d'autre part.

Proposition 13 :

Les activités de prospective des ressources humaines en santé en France décrites dans ce rapport reposeront sur deux structures dotées des ressources financières, humaines et techniques pérennes en adéquation avec l'enjeu stratégique que représente la prospective des ressources humaines en santé :

La Drees devra être renforcée afin d'être en charge des projections de l'offre et de la demande : pilotage de (et contribution à) la collecte des données et leur mise à disposition, suivi statistique, construction du modèle de projection (de l'offre et de la demande) pour les professions retenues et mises à jour, production du scénario de base et des scénarios alternatifs. Elle travaillera en étroite collaboration avec les autres structures qui fournissent des données, notamment la Cnam pour ce qui concerne les projections de la demande de soins. Elle sera la structure d'appui de l'instance de pilotage en charge de produire des propositions pour le niveau politique.

L'ONDPS verra ses missions et ses moyens élargis et renforcés afin de se transformer en une instance indépendante de pilotage de la prospective des ressources humaines en santé et sera en appui au pilotage de la stratégie des ressources humaines en santé. Elle adoptera un nom conforme à ses nouvelles fonctions, par exemple Commission de planification des ressources humaines en santé. Elle sera dotée d'une présidence et d'un secrétariat général, et sa gouvernance sera redéfinie, concernant en particulier le fonctionnement de son Conseil. Elle sera chargée de faire des propositions qui seront éventuellement reprises par les organismes en charge de ces sujets.

Toutes les professions ne pourront pas être étudiées simultanément au début des travaux. Un calendrier de montée en charge est nécessaire. L'ordre de priorité des professions sera proposé par l'instance de pilotage, qui ensuite établira un programme de travail pluriannuel (calendrier politique et opérationnel), en lien avec les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur. Ses missions devront être précisées via un décret.

L'ensemble de ces travaux nécessitent les compétences d'une dizaine de personnes supplémentaires, de profils variés, à répartir entre les deux instances, pour mener des travaux d'analyse, de réflexion, d'animation et de rédaction.

Les liens entre la Drees et l'instance de pilotage seront définis par une convention pluriannuelle établissant un plan partagé d'actions et de productions et précisant la répartition des rôles dans le cadre d'un dialogue permanent entre les deux organismes.

3. Etude de cas : les soins de proximité

Les soins de proximité ont été choisis pour cette étude de cas, pour leur rôle central, et pour tester la faisabilité de l'exercice sur un domaine particulièrement complexe. Ce travail se situe dans le prolongement du rapport du Hcaam de 2022¹⁸¹, qui propose, pour améliorer l'accès de tous à des soins de proximité de qualité, des solutions immédiates à la crise cohérentes avec une stratégie pour construire l'organisation des soins de proximité de demain. Celle-ci repose sur les équipes de soins primaires structurées, au sein desquelles les professionnels se connaissent, travaillent quotidiennement ensemble, partagent un projet de santé et les données utiles à leur activité. Ces équipes ont démontré leur pouvoir de transformation du système : elles permettent de suivre plus de patients, d'améliorer la qualité des soins, d'enrichir l'éventail des services proposés à la population. Cette articulation entre mesures de court terme et de long terme est indispensable face au risque que les mesures prises dans l'urgence pour pallier le déficit de médecins freinent les évolutions structurelles que l'on cherche à promouvoir. Ce sera le cas si ces mesures alimentent le sentiment de concurrence entre les différents acteurs, à rebours de l'objectif de progresser vers une vision partagée du système de santé, dans laquelle chacun puisse se projeter et que chacun puisse porter.

Cette étude vise à anticiper l'évolution de l'offre de professionnels de proximité à l'horizon 2035 à partir de la demande de soins, actuelle (besoins couverts et non couverts) et future. Conformément à la lettre de mission, elle propose une méthodologie mais ne constitue pas un exercice de prospective abouti. La démarche proposée suppose d'associer, à chacune de ses étapes, l'ensemble des parties prenantes : représentants des professionnels et des usagers, collectivités territoriales, instances existantes telles notamment que les Conseils territoriaux de santé et Conférences régionales de la santé et de l'autonomie...

3.1. Cadre de la réflexion

3.1.1. Les principes de la réflexion

L'une des orientations proposées dans l'avis du Hcaam de 2022 sur les soins de proximité¹⁸² fournissait le cadre de la présente réflexion : « *Il faut être en mesure de déterminer les effectifs de professionnels à former et les contenus des formations pour répondre aux besoins de la population et ne pas réitérer les erreurs des politiques de stop and go des années passées. Par exemple, le nombre d'infirmières formées doit tenir compte de la proposition de cet avis d'augmenter le nombre d'infirmières travaillant conjointement avec un médecin. Ces travaux prospectifs nécessitent des moyens importants : ceux des institutions qui en ont la charge doivent être renforcés* ». Il s'agit ainsi de développer une véritable « gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) », incluant une dimension territoriale.

Pour les soins de proximité, nous cherchons dans cet esprit à adapter au mieux l'offre de soins et son organisation en fonction de l'évolution de la demande de soins, et donc à dimensionner cette offre en fonction des caractéristiques de la population (démographie, pyramide d'âge, taux de patients atteints de maladies chroniques, déprivation sociale...), compte tenu des missions des différents métiers du soin et des évolutions possibles de ces

¹⁸¹ Avis et rapport du Hcaam : *Organisation des Soins de proximité : Améliorer l'accès de tous à des soins de qualité*, Septembre 2022.

¹⁸² Op cit.

missions, et ce, par territoire, afin de prendre en compte les problèmes de répartition des professionnels.

De fait, l'exercice prospectif a deux objectifs :

- Estimer les besoins nationaux pour chaque profession, à l'horizon 12-18 ans, dans plusieurs scénarios d'évolution de la demande et des paramètres de l'offre (le choix de l'horizon varie selon la profession en fonction de la durée de la formation initiale, mais pour intégrer la dimension pluriprofessionnelle, il est sans doute préférable de retenir le même horizon de temps pour ces projections pour toutes les professions étudiées) ;
- Se doter d'une méthode d'estimation des besoins en effectifs par territoire, en fonction des caractéristiques de ce territoire et de la population, compte tenu des évolutions attendues ou possibles des déterminants de l'exercice des professions de santé et des organisations locales.

3.1.2. Synthèse de la démarche

Nous adoptons un raisonnement en 4 étapes (FIGURE 17) :

- Comment apprécier les « besoins » en matière de soins de proximité ?
- Quelles sont les caractéristiques de l'existant, les grandes tendances et les principaux problèmes rencontrés ?
- Quelles sont les évolutions prévisibles en termes démographique, épidémiologique, économique, organisationnel, technologique, sociologique ?
- A partir de tous ces éléments, quels modèles de projections des RH peut-on construire ?

FIGURE 17 : UN RAISONNEMENT EN 4 ETAPES



3.1.3. Champ de l'analyse

Le champ dépend de la définition donnée aux soins de proximité. Comme dans le rapport du Hcaam sur les soins de proximité¹⁸³, la présente réflexion se concentre sur le périmètre des soins ambulatoires, à la fois soins de proximité et soins spécialisés de proximité. Ils sont assurés par des spécialistes de ville, libéraux ou salariés (incluant notamment les centres de santé) ou par des établissements en consultation externe ou en hospitalisation à domicile.

En conséquence, sont à considérer dans ce champ :

- Médecins généralistes hors exercice particulier (MEP)
- Chirurgiens-dentistes (filière dentaire)
- Ophtalmologistes, orthoptistes (filière visuelle)
- Autres médecins spécialistes pour leur activité en accès direct : pédiatres, gynécologues, psychiatres
- Infirmiers(ères)
- Masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes
- Pharmaciens
- Sages-femmes (en relation avec les travaux sur le suivi de la femme enceinte – cf. partie 4)

Les activités de soins relevant du premier recours au sein des consultations externes hospitalières, pour les spécialités concernées sont moins aisées à cerner, avec la difficulté de distinguer ce qui relève du premier recours et de la seconde ligne. Une étude de faisabilité sera à réaliser avec les équipes de la Cnam.

Pourraient aussi être considérés (en théorie, même s'il peut s'avérer difficilement faisable d'intégrer des structures aussi diverses dans la réflexion, en tout cas dans la première étape de la démarche) :

- les structures de soins dont la mission est la prévention et le dépistage envers des populations spécifiques : centres de protection maternelle et infantile (PMI), Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), centres d'examens de santé de l'assurance-maladie, médecine du travail, médecine scolaire ;
- Les Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) pour la prise en charge des patients à domicile, les Prestataires de service et distributeurs de matériels (PSDM) appelés communément Prestataire de santé à domicile (PSAD) et de façon plus générale les acteurs sociaux et médico-sociaux;
- Les personnels non professionnels de santé venant en appui des professionnels de santé pour certaines tâches : assistants médicaux, médiateurs en santé, travailleurs sociaux...

Les difficultés pour cerner correctement le champ portent aussi sur le secteur libéral. Prenons l'exemple de la médecine générale :

- Il est logique de ne pas prendre en compte les médecins à exercice particulier (MEP), mais on sait que certains médecins généralistes exercent au moins une partie de leur activité en exercice particulier sans être MEP pour autant. Et il est impossible de prendre en compte cette spécificité, l'information n'étant pas disponible dans les bases de données ;

¹⁸³ Op cit.

- Parmi les MEP, sont présents des médecins urgentistes et/ou SOS médecins. Leur mode d'intervention fait partie des missions de premier recours, mais ils n'assurent pas toute la palette du médecin de premier recours, notamment le suivi au long cours de patients atteints de maladie chronique ;
- Les remplaçants représentent un effectif significatif, mais cette catégorie recouvre plusieurs modalités d'exercice : entre le remplaçant occasionnel qui pratique la médecine pendant quelques mois avant de s'installer et le remplaçant régulier qui en fait un véritable mode d'exercice pendant plusieurs années, le spectre est large. Il est impossible, dans les statistiques disponibles, d'opérer la distinction ;
- Les praticiens en exercice mixte, libéral et salarié, peuvent par contre être intégrés dans la réflexion ; certains exercices mixtes sont d'ailleurs assurés par des praticiens exerçant à la fois en secteur libéral et en centre de santé.

3.1.4. L'adéquation entre offre et demande

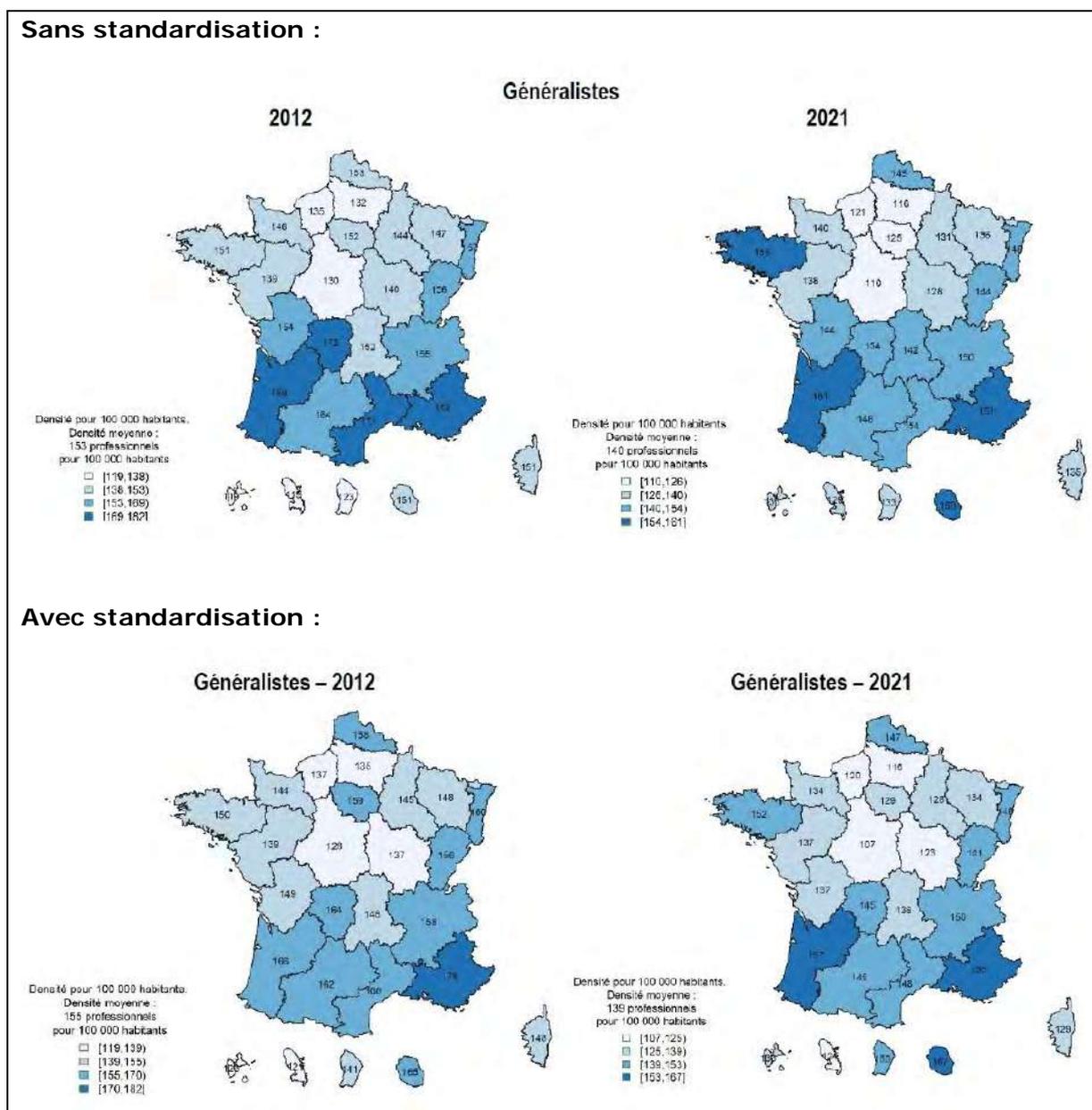
Il ne saurait être question de détailler pathologie par pathologie la quantité de recours aux soins de proximité nécessaires et d'agrèger les résultats pour aboutir à un effectif de professionnels théorique. Notamment parce que ces recours ne font pas l'objet de normes ou de recommandations dans la plupart des cas. Et aussi parce qu'un recours donné peut correspondre à la prise en charge de plusieurs problèmes de santé. Pour les patients polypathologiques, il n'y aurait pas de sens à sommer les recours à chacun des professionnels de santé pour chacune des pathologies.

Il faut donc passer par un indicateur agrégé, traduisant les effectifs des professions en fonction des caractéristiques de la population couverte. Deux indicateurs sont disponibles : la densité standardisée et l'accessibilité potentielle localisée (APL).

- a) La densité par habitants, avec standardisation par âge pour les analyses par territoire ou dans le temps, est un indicateur immédiatement disponible, aisé à comprendre, comparable avec d'autres pays. Il a l'inconvénient de ne pas prendre en compte les niveaux d'activité des professionnels (1 médecin est compté comme 1 ETP quelle que soit son activité, quelle que soit la pertinence des recours et la qualité de l'organisation), ni les temps d'accès. Il n'appréhende pas non plus les paramètres interagissant avec la demande de soins en dehors de l'âge : inégalités sociales, enclavements géographiques, partage des rôles entre la ville et l'hôpital, etc. Un autre inconvénient est l'effet frontière (la densité est considérée comme uniforme à l'intérieur des zones géographiques étudiées et l'offre des zones adjacentes est considérée comme inaccessible alors qu'elle peut être proche du domicile du patient), qui s'atténue lorsqu'on raisonne à un niveau géographique assez large, et disparaît au niveau national.

Les cartes de répartition de densité des généralistes illustrent de manière frappante les inégalités territoriales. La FIGURE 18, au niveau très agrégé qu'est la région, montre bien le gradient Nord-Sud classique de la densité, y compris en densité standardisée (mais atténué dans ce cas) pour les médecins généralistes. On constate aussi qu'en 10 ans, la situation ne n'est pas améliorée.

FIGURE 18 : DENSITES REGIONALES DE MEDECINS GENERALISTES (ANCIENNES REGIONS) EN 2012 ET 2021



Source : Drees¹⁸⁴

¹⁸⁴ M. Anguis et coll. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques » *Les dossiers de la DREES*, n° 76, mars 2021

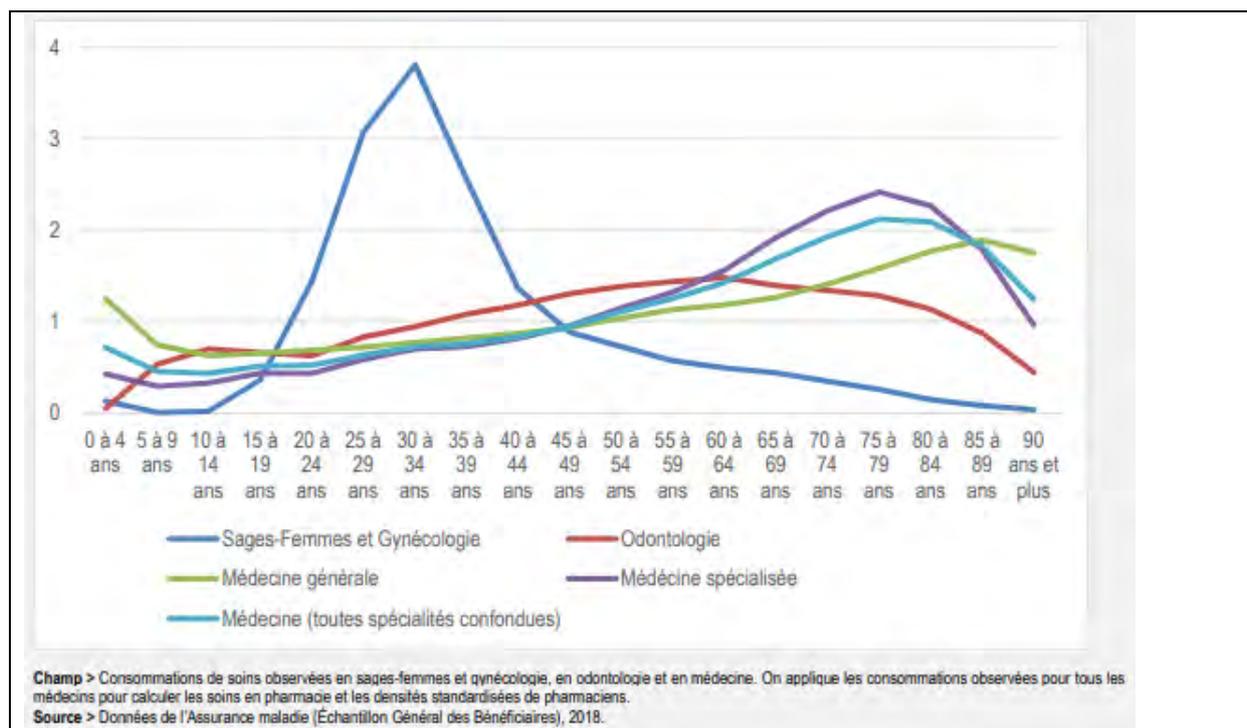
Les densités standardisées permettent de tenir compte des différences de besoins de soins selon l'âge en prenant en compte la déformation de la structure par âge de la population. En analyse territoriale, l'utilisation de la densité standardisée permet de considérer les différences en termes de demandes de soins d'une région à l'autre. Dans l'interprétation des projections d'effectifs de professionnels, on utilise également le concept de densité standardisée afin de prendre en compte la déformation projetée de la structure par âge de la population au cours du temps : en particulier, l'utilisation de la densité standardisée permet de neutraliser l'effet du vieillissement prévu de la population lorsqu'on étudie la tension entre offre et demande de soins.

Pour calculer les densités standardisées, on rapporte le nombre de professionnels en activité à une population dite « standardisée ». Pour calculer les populations standardisées, chaque tranche d'âge est pondérée par sa consommation en soins de la profession considérée (médicaux, de sages-femmes, etc.). Les consommations de soins par tranche d'âge sont estimées à partir des données de l'Assurance maladie en 2018 (échantillon généraliste des bénéficiaires). Ainsi, les populations standardisées sont calculées différemment selon la profession analysée.

Les poids déduits des consommations de soins par tranche d'âge sont représentés dans la FIGURE 19. Pour les sages-femmes et la gynécologie, la consommation de soins est largement plus importante pour les femmes en âge de procréer. Concernant les soins dentaires, la consommation de soins augmente avec l'âge jusqu'à 65 ans, puis décroît fortement. Les patients âgés de 45 à 75 ans ont ainsi une consommation supérieure de plus de 30% à la moyenne de la population. Les territoires dont une large part de la population se situe dans cette tranche d'âge ont ainsi des besoins exprimés de soins dentaires accrus. Enfin, les soins en médecine augmentent jusqu'à la tranche d'âge 75-79 ans (et jusqu'aux octogénaires pour les soins en médecine spécialisée) : les régions avec une population plus âgée ont donc des besoins plus importants en termes de dotation en médecins ; de même le vieillissement de la population implique une augmentation des besoins de soins.

¹⁸⁵ Cette méthode de standardisation, utilisée par la Drees, mobilise les données de recours par âge aux professionnels libéraux. Elle fonctionne donc bien pour les professions dont la contribution aux soins de premier recours se fait de façon majoritaire en libéral, ce qui est le cas particulièrement des médecins généralistes. Pour les autres professions, la standardisation nécessiterait soit de faire certaines hypothèses (par exemple que le recours par âge n'est pas différencié selon le mode et le lieu d'exercice) soit de mobiliser d'autres données et méthodes, beaucoup plus complexes à mettre en œuvre (par exemple pour isoler la contribution de la profession considérée dans les dépenses portées par des structures).

FIGURE 19 : PONDERATIONS ISSUES DES CONSOMMATIONS DE SOINS RELATIVES PAR TRANCHE D'ÂGE EN 2018



b) Pour qualifier plus finement l'accès géographique, la Drees et l'Irdes ont développé l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui constitue un indicateur composite, se présentant comme un nombre de consultations par habitant du territoire, après standardisation de la demande de soins par l'âge, en fonction des densités de professionnels dans le territoire intégrant une pondération par le niveau d'activité de ces professionnels¹⁸⁶, et prise en compte des distances entre domicile du patient et lieu d'exercice des médecins (affectation d'un coefficient de dégressivité en fonction de cette distance).

L'APL est donc un indicateur local d'adéquation entre l'offre de soins et la demande, plus fin que les indicateurs usuels de densité ou de temps d'accès, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande de soins issues des communes environnantes. Il est calculé pour une dizaine de professions et de spécialités médicales. La méthode de calcul a été affinée à plusieurs reprises, 3 versions s'étant succédées, ceci conduit à des résultats différents, mais à chaque modification, les données sont reconstruites sur la plus grande profondeur historique possible.

L'APL opère ainsi plusieurs corrections, mais en fondant l'indicateur sur le niveau d'activité des médecins, considère implicitement (comme pour la densité standardisée) que toute cette activité est pertinente, et ne prend pas en compte la qualité de l'organisation. En outre, on applique à la mesure de l'offre un coefficient de dégressivité, variable avec les temps de trajet du patient, en fonction de conventions (par exemple, accès comptabilisé égal à 0 au-delà de 20 minutes ; ce seuil de 20 minutes peut paraître bas, surtout en zone rurale, où les temps d'accès aux services de la vie quotidienne peuvent atteindre 30-40 minutes ; le problème principal dans certaines de ces zones est d'avoir accès à un professionnel de santé disponible dans le

¹⁸⁶ Le nombre d'actes moyens est utilisé comme standardisation de l'activité des professionnels mais ceux qui travaillent plus qu'un certain seuil ne sont comptabilisés qu'au niveau de ce seuil : cf ENCADRE 27

département quelle que soit la distance de trajet) ; les résultats varient selon les conventions retenues, mais celles-ci sont paramétrables (l'ENCADRE 27 présente les conventions retenues en 2018 après concertation, dans l'exemple des médecins généralistes).

L'APL apporte une information supplémentaire par rapport à la densité à l'échelle des communes ou des zonages fins comme les territoires de vie-santé, car il gomme l'effet « frontière ». Mais il perd en intérêt au fur et à mesure que l'on s'intéresse à des territoires de plus en plus grands (l'effet « frontière » joue de moins en moins). Ainsi, plus l'indicateur d'APL est agrégé sur des mailles larges, plus il se rapproche d'un indicateur de densité.

ENCADRE 27 : PARAMETRES DE L'APL MEDECINS GENERALISTES¹⁸⁷

Champ de l'indicateur :

- Omnipraticiens, certains médecins à exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs, gériatres, médecine physique) et centres de santé
- L'activité des remplaçants est comptabilisée, de façon agrégée à celle des médecins remplacés

Comptabilisation de l'activité

Nombre de consultations et visites effectuées dans l'année d'après les données du SNIIR-AM	Nombre de consultations et visites comptabilisées dans l'indicateur
Moins de 250	0
Entre 251 et 3 600	3 600
Entre 3 601 et 6 000	Nombre de consultations et visites effectués dans l'année d'après les données du SNIIR-AM
Plus de 6 000 (borne non appliquée dans les centres de santé)	6 000

Décroissance de l'accessibilité avec la distance

Temps de trajet entre communes	Accessibilité
Moins de 10 minutes	1
Entre 10 et 15 minutes	2/3
Entre 15 et 20 minutes	1/3
Plus de 20 minutes	0

¹⁸⁷ https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/

3.2. Les « besoins » en matière de soins de proximité

Il n'existe pas de référentiel dans le domaine des soins de proximité permettant de cerner ce qu'il est convenu d'appeler les « besoins »¹⁸⁸, de dimensionner l'offre et de déterminer les types d'organisations à privilégier en raison de leur efficacité (pour prendre en charge les patients mais aussi, et c'est évidemment lié, pour attirer et fidéliser les professionnels de santé). Il n'existe pas de « norme » en termes de densité de professionnels en particulier.

« Les services qui devraient être accessibles en proximité pour toute la population n'ont jamais fait l'objet d'une description explicite et précise »¹⁸⁹. On peut cependant, au regard des évolutions réglementaires de ces dernières années, assumer que les objectifs suivants sont poursuivis :

- Tout patient en faisant la demande doit pouvoir avoir un médecin traitant, à commencer par les patients en ALD ;
- Les délais d'accès aux soins programmés (incluant les examens courants de biologie et d'imagerie, les recours à des soins plus spécialisés ou techniques étant du ressort de la deuxième ligne de soins) doivent être conformes à la situation médicale, et ce, pour l'ensemble des professions de proximité ;
- La réponse à la demande de soins non programmés doit pouvoir être assurée ;
- Des actions de prévention doivent pouvoir être déployées dans tous les territoires, ainsi que des actions d'éducation thérapeutique pour les patients le justifiant ;
- Le patient doit pouvoir être pris en charge à domicile si besoin par une équipe pluridisciplinaire (en cas de difficultés à se déplacer, de perte d'autonomie...) ¹⁹⁰ ;
- Des actions en direction des populations éloignées du soin doivent pouvoir être engagées (« aller vers ») ;
- Et ce, dans une optique d'équité sur l'ensemble du territoire national
 - o A cet égard, il faut insister à nouveau sur les fortes disparités de densités de professionnels de santé en France (cf. chapitre suivant). Le présent exercice de prospective doit en conséquence intégrer une dimension d'amélioration de l'existant.

Cette liste préliminaire constitue une trame des services à rendre de la part de la ligne de premier recours. Une réflexion collaborative serait à mener avec l'ensemble des parties prenantes (institutions, professionnels, usagers, collectivités territoriales) pour approfondir cette notion, et définir l'optimum, comme cela a pu être mené dans d'autres pays (cf. ENCADRE 28 et ENCADRE 29). En période de tension sur les ressources en professionnels de santé, il faudrait également définir collectivement, parmi ces services, ceux qui sont prioritaires, par exemple le renouvellement des ordonnances des personnes âgées¹⁹¹.

¹⁸⁸ il est nécessaire d'être prudent en utilisant ce terme dans la mesure où aucun outil ne permet d'objectiver des besoins précis en matière de premier recours ; on n'a de fait accès qu'à la demande exprimée.

¹⁸⁹ Hcaam, Organisation des Soins de proximité, op cit.

¹⁹⁰ Ceci inclut des visites à domicile, effectuées par le médecin ou par une infirmière avec laquelle il travaille en télémédecine, lorsqu'elles sont justifiées par la situation du patient – elles peuvent dans ce cas permettre d'éviter des passages aux urgences.

¹⁹¹ Le rapport du Hcaam sur l'accès aux soins de proximité indiquait : « Fournir partout l'intégralité des services ainsi définis n'est pas possible aujourd'hui en l'état des pratiques et des capacités d'offre de soins, dans le contexte de crise rappelé précédemment. Une priorisation des services à rendre, et des modalités de régulation de la demande, sont donc nécessaires. En effet, si cette priorisation restait, comme c'est le cas aujourd'hui, implicite, elle bénéficierait alors aux patients déjà les mieux lotis, accroissant ainsi les inégalités. Ainsi par exemple, les nouvelles formes d'accès aux soins non programmés

La question, essentielle, de l'accessibilité financière n'est pas traitée ici car elle fait l'objet de travaux dédiés du Hcaam portant notamment sur les dépassements d'honoraires.

ENCADRE 28 : EXPLICITATION DES SERVICES A RENDRE : EXEMPLE DU CAHIER DES CHARGES DES CENTRES DE SOINS PRIMAIRES DANS LA REGION DE STOCKHOLM EN SUEDE

Les soins de première ligne sont fournis en Suède par des centres de soins primaires. Un centre emploie habituellement 4 à 6 médecins généralistes et d'autres professionnels, infirmiers, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, aides-soignants... Il a la responsabilité de répondre à tous les besoins de santé (prévention, diagnostic, traitement, réhabilitation) qui ne requièrent pas de compétences ou de techniques relevant des soins de spécialistes. La rémunération est mixte, avec une forte proportion de capitation.

Depuis 2010, les patients peuvent choisir le centre auprès duquel ils souhaitent s'inscrire, et les opérateurs privés ont la liberté de créer de tels centres, sous réserve du respect d'un cahier des charges établi par la région. Celui de la région de Stockholm est résumé à grand traits ci-dessous.

Le centre doit prendre en charge la population inscrite sur sa liste, mais a aussi une obligation d'accueil des patients, même non inscrits, pour des besoins de soins urgents ou dans des cas particuliers (patients résidant temporairement dans la région, demandeurs d'asile...). Le cahier des charges prévoit, sur certaines activités (par exemple le contrôle des infections en cas d'épidémie), une responsabilité commune des centres exerçant sur une même zone, avec un partage clair des responsabilités.

Les services que le centre doit rendre font l'objet d'une description assez précise. Le premier est **l'activité de médecine générale**. Outre les soins de première ligne, planifiés ou non (évaluation, diagnostic, traitement et suivi), le cahier des charges stipule qu'en font explicitement partie :

- l'orientation du patient et la coordination de son parcours de soins,
- la promotion de la santé, la prévention des maladies, des interventions précoces de repérage de risques (liés à des comportements de santé, des troubles de santé mentale, des addictions, des maltraitances) avec des propositions de prise en charge.

Le centre a une obligation de prise en charge le jour même des patients ayant une demande de soins non programmée, dès lors qu'elle est médicalement justifiée.

Le cahier des charges spécifie la liste des actes techniques qui doivent pouvoir être effectués dans le centre, à visée diagnostique (électrocardiogramme (ECG), examen spirométrique, examen gynécologique...) ou thérapeutique (traitement par inhalation de l'asthme aigu, de la bronchite obstructive et de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), chirurgie mineure...).

L'activité de médecine générale comprend si nécessaire les visites à domicile, par un médecin ou un infirmier, dès lors que le besoin ne dépasse pas un certain niveau.

Les **soins de santé de base à domicile** constituent une catégorie de service à part, dès lors que le niveau de besoin, mesuré par la durée et la fréquence de ces soins (qui peuvent être fournis par différents professionnels), dépasse un certain seuil. Les patients sont alors enregistrés comme bénéficiant de soins à domicile et le centre bénéficie d'un financement additionnel.

Les **interventions en matière de santé mentale** font partie intégrante de la mission des centres de soins primaires. Un socle obligatoire pour tous les centres est décrit : pour les patients de tous âges, évaluation des symptômes psychiatriques, conseils, soutien en

mentionnées dans la partie 1 (plateformes de téléconsultation notamment), de même que les activités d'homéopathie, d'esthétique... risquent de répondre avant tout aux besoins ponctuels de patients qui sont en bonne santé ou bénéficient par ailleurs d'un bon suivi, détournant la ressource médicale des patients qui en ont le plus besoin. Le Hcaam recommande que cette priorisation des services à rendre soit explicite, pour gérer au mieux, au bénéfice de tous, les moyens disponibles. »

cas de crise et soutien psycho-éducatif, y compris pour les proches ; pour les adultes, évaluation psychiatrique, traitement psychologique et pharmacologique des patients souffrant de troubles ou de problèmes de dépendance légers à modérés.

Une mission additionnelle, sur une base volontaire, concerne les prises en charge renforcées en santé mentale pour enfants et adolescents. Introduite en 2021, elle est financée spécifiquement.

S'ajoutent à ces trois premières missions la **lutte contre les maladies infectieuses** (le centre doit s'inscrire dans un programme de lutte contre les maladies infectieuses établi par les autorités du comté, y compris sur le volet antibiorésistance).

Une mission supplémentaire de **promotion de la santé par des actions auprès de la population** (financée spécifiquement) concerne un nombre limitatif de centres servant des populations très défavorisées socialement.

Au-delà des activités de soins et de prévention, le cahier des charges prévoit également une obligation de participation à un ensemble de registres concernant différentes maladies.

ENCADRE 29 : EXPLICITATION DES SERVICES A RENDRE : EXEMPLE DES CABINETS DE MEDECINE GENERALE ET DES RESEAUX DE SOINS PRIMAIRES EN ANGLETERRE

En Angleterre, **les cabinets de médecine générale** sont des structures indépendantes qui s'engagent (auprès du *National Health Service* – NHS) à rendre des services médicaux ; la zone géographique ou la population que le cabinet prend en charge ainsi que les modalités de gestion de la liste des patients inscrits sont définies dans le contrat.

Ils sont gérés par un ou plusieurs médecins généralistes et emploient d'autres personnels, soignants (médecins, infirmières) ou non (coordonnateurs, secrétaires). Un cabinet couvre en moyenne 10 000 patients.

La loi prévoit que les médecins généralistes sont tenus de rendre des **services essentiels** à la population pendant **les horaires standard d'ouverture des cabinets** (de 8h à 18h30, du lundi au vendredi - hors jours fériés). Chaque cabinet décide quels services sont nécessaires à quel moment, pour répondre aux besoins de santé de ses patients et doit pouvoir justifier qu'il a consulté les représentants des patients (Patients Participation Group - PPG) pour s'assurer de répondre à leurs besoins raisonnables.

Les services essentiels couvrent la prise en charge des patients inscrits auprès du cabinet ou qui se trouvent temporairement dans la zone géographique couverte par le cabinet. Cette prise en charge se compose de :

- la consultation et, le cas échéant, l'examen physique en vue de déterminer la nécessité d'un traitement ou d'un examen plus approfondi ;
- la prescription du traitement ou de l'examen complémentaire lorsque nécessaire, y compris l'orientation du patient vers d'autres services et d'autres professionnels de santé.

Des services avancés peuvent être mis en place à l'initiative d'autres organisations que le NHS, telles que les services de santé publique des autorités locales. Ils sont financés localement et sont optionnels pour les cabinets de médecine générale. Il peut s'agir, par exemple, de services pour les personnes qui dorment dans la rue ou de programmes de soutien en santé mentale.

Les cabinets de médecine générale peuvent se porter volontaires pour assurer des **services médicaux supplémentaires** :

- (i) les services de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- (ii) les services de contraception,
- (iii) les vaccins et immunisations pour les enfants,
- (iv) les vaccins et immunisations pour les adultes,
- (v) les services de surveillance de la santé infantile,
- (vi) les services médicaux de maternité,
- (vii) les interventions chirurgicales mineures.

Les réseaux de soins primaires (Primary Care Networks - PCN) permettent la mutualisation de certains services et ressources de plusieurs cabinets de médecine générale sur un territoire. Ils s'associent avec les autres prestataires de soins du territoire (notamment les services d'aide à domicile, les services sociaux et les associations) pour proposer une plus large gamme de services de soins primaires et des horaires étendus.

Depuis le 1er juillet 2019, tous les cabinets de médecine générale d'Angleterre, à l'exception d'une poignée, se sont regroupés au sein de 1 300 réseaux de soins primaires sur une base géographique. Les PCN couvrent des populations de 30 à 50 000 personnes.

Les PCN s'engagent contractuellement à fournir des services avancés (**Network Contract Directed enhanced services - DES**) dont la liste est proposée à l'échelle nationale. Leurs membres s'organisent collectivement pour rendre ces services.

Leur financement est soumis à la mise en œuvre de 7 grandes missions définies autour de priorités nationales :

- optimiser les prescriptions médicamenteuses,
- améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes en Ehpad,
- soutenir le diagnostic précoce des cancers,
- intensifier la prise en charge des patients à haut risque, notamment en soins palliatifs,
- favoriser la prise en compte du point de vue des patients,
- renforcer la prévention et le diagnostic des maladies cardiovasculaires,
- lutter contre les inégalités sociales de santé.

Les PCN doivent garantir un accès étendu de 18h30 à 20h du lundi au vendredi et de 9h à 17h le samedi.

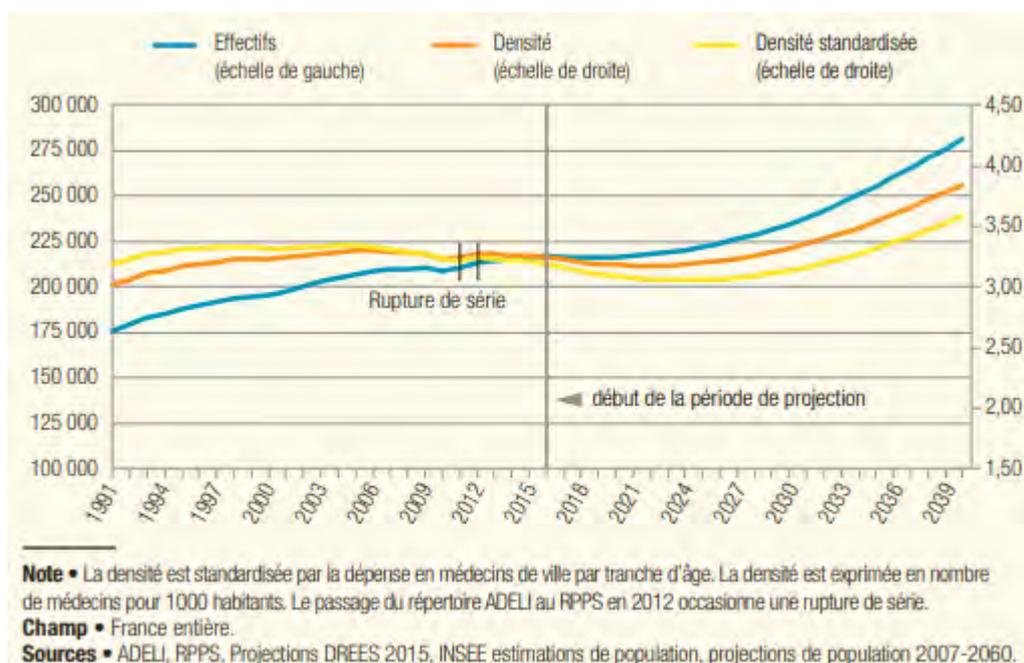
En pratique, comment traduire ces objectifs en termes quantitatifs ? L'objet de cette réflexion prospective sur les ressources humaines du système de santé doit en effet se traduire *in fine* par des orientations en matière d'effectifs ou de densités, ainsi que d'organisation des soins.

Cette interrogation peut se décliner en plusieurs sous-questions :

- Peut-on établir une cible « idéale » en termes de densité standardisée ou d'APL par territoire ? On peut utiliser plusieurs types de référence :
 - a) La première approche serait de retenir l'année où la situation a été la plus satisfaisante, i.e. par exemple le pic historique de la décennie 2000-2010 pour ce qui est des médecins.

La FIGURE 20 reprend l'historique des effectifs et de densités de médecins (toutes spécialités confondues) depuis 1991 et les projections réalisées par la Drees en 2017 à l'horizon 2040 : on constate que la densité standardisée (en jaune, échelle de droite) a atteint son pic en 2003-2006, pour diminuer ensuite régulièrement, les projections anticipant que cette densité retrouverait la valeur du pic en 2036 seulement (sans oublier que la situation est plus dégradée pour les médecins généralistes que pour l'ensemble des médecins).

FIGURE 20 : EFFECTIF ET DENSITE DE MEDECINS EN ACTIVITE A L'HORIZON 2040 D'APRES LE SCENARIO TENDANCIEL



Source : Drees, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée, et plus souvent salariée », mai 2017

- b) Comme il n'est pas assuré que la situation au pic ait été optimale (en termes d'efficacité de l'organisation des soins, de services rendus à la population...), on peut prendre plutôt en compte la situation observée dans les territoires où la réponse à la demande de soins de premier recours est la mieux remplie. Il est plus difficile de se fonder sur l'observation de ce qui se passe dans d'autres pays, même de niveau de vie comparable, car les organisations des soins et les répartitions des activités entre professions diffèrent, parfois fortement, d'un pays à l'autre.
- c) Ou encore il est envisageable de fixer une cible à dire d'experts au regard d'une organisation optimale ; une telle cible serait toutefois difficile à établir dans l'absolu, elle devrait reposer sur des observations de terrain, renvoyant à l'option précédente.
- Si un tel exercice était possible, serait-il légitime de viser une même valeur-cible (de la densité standardisée ou de l'APL) sur l'ensemble du pays ? Au plan local, il existe de multiples raisons pour rendre compte d'une disparité de recours aux soins par territoire (même en tenant compte de la structure par âge, ce que font les deux indicateurs retenus ici) : épidémiologie, organisation des soins en ville (même en ne considérant que les organisations optimales), partage des rôles entre la ville et l'hôpital, sociologie et habitudes de recours aux soins, conditions de vie et de travail, comportements vis-à-vis de sa santé et des attitudes de prévention...

Aussi, la proposition est de raisonner sur deux plans :

- en premier lieu, établir la liste des services à rendre comme indiqué plus haut dans le cadre d'organisations optimales ;
- en second lieu, déterminer une cible minimale (ou une fourchette) requise par territoire pour chaque profession pour délivrer les services indispensables à rendre à la population au sein d'organisations efficaces ayant une responsabilité populationnelle ; ce minimum aurait à prendre en compte plusieurs paramètres de caractérisation de la demande : âge, indice de défavorisation sociale, morbidité (par exemple via les effectifs de patients atteints de maladie chronique et/ou polyopathologiques)...

Ceci étant, il n'existe pas davantage de recommandations ou de normes pour fixer un tel minimum et déterminer ce que serait l'organisation optimale (ou les différentes organisations efficaces possibles) en matière de soins de premier recours. Un tel minimum pourrait être fixé en se fondant sur des observations réalisées dans plusieurs territoires qui ont un fonctionnement jugé satisfaisant ou proche d'un fonctionnement satisfaisant, en intégrant les aspects de pertinence des soins, de formation continue, etc.

Différentes études ou retours d'expériences sont déjà disponibles sur ces questions, de même que les enseignements des expérimentations « article 51 » en soins de proximité, mais il manque des travaux de recherche pour disposer d'une vision d'ensemble, identifier les « meilleures » options d'organisation les plus à même de répondre aux objectifs en fonction des différents contextes, en déduire les conséquences en termes d'effectifs par profession.

Aussi, une première proposition serait d'approfondir de tels travaux avec les ARS, de rassembler les retours d'expériences déjà effectués, d'analyser les territoires où le système en ville fonctionne de façon satisfaisante pour répondre aux objectifs (en termes d'accès au médecin traitant, de délais, de permanence des soins...), en faisant appel aux indicateurs quantitatifs disponibles ainsi qu'à des enquêtes qualitatives auprès des institutions, des professionnels et des usagers. A partir de ces éléments, pourraient être estimés les effectifs minimaux nécessaires de professionnels au sein d'organisations efficaces dans les territoires étudiés.

Le territoire qui pourrait être retenu pour ces analyses pourrait être celui des CPTS¹⁹² (voire, en fonction de leur taille, aujourd'hui très hétérogène, une partie du territoire d'une CPTS, ou un regroupement de CPTS), qui ont une mission populationnelle intégrant la demande sanitaire et médico-sociale (ce qui évite les problèmes liés aux frontières administratives). Ces territoires devraient avoir une diversité suffisante : en termes géographiques (urbain, rural, montagne...) et de caractéristiques de la population (densité, pyramide des âges, caractéristiques sociales et épidémiologiques...). Cette diversité permettrait d'envisager une extrapolation au niveau national de la densité de

¹⁹² Le rapport Hcaam de 2022 sur l'organisation des soins de proximité rappelait que « les CPTS sont des organisations encore très jeunes, très hétérogènes, ne serait-ce que par leur taille, qui doivent s'installer dans le système et faire progressivement leurs preuves. Si certaines donnent à voir des exemples intéressants de ce que cette forme de coopération peut amener à l'échelon du territoire, la plupart en sont à un stade précoce et c'est dans la durée, en capitalisant sur l'expérience acquise, que leur potentiel pourra se développer pour améliorer l'accès aux soins pour la population ».

Le rapport [Tour de France des CPTS](#) (MH Certain, A Lautman, H Gilardi, 2023) fait un constat identique et indique « que le modèle est porteur d'avenir car il contribue déjà à la structuration des soins de proximité autour des besoins de santé d'un territoire. L'ambition initiale qui était de faire émerger progressivement une responsabilité populationnelle paraît atteignable à court terme. Dans une période marquée à la fois par l'augmentation des besoins de santé au plus près des habitants en raison du vieillissement et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, par la nécessité de diffuser la culture de la prévention à une maille très fine mais également par la raréfaction des ressources humaines, la constitution d'une solidarité interprofessionnelle dans les bassins de vie constitue un bien très précieux ».

professionnels nécessaire pour répondre aux « besoins » de soins de proximité actuels. Une telle extrapolation ne pourrait être qu'indicative, prenant la forme d'un minimum ou d'une fourchette, ayant pour simple objectif d'éclairer les projections macroscopiques, qui constituent la référence pour l'estimation globale des besoins de professionnels. Il convient également de sélectionner quelques territoires dans lesquels les liens sont satisfaisants avec les établissements sanitaires et médico-sociaux¹⁹³.

Ces travaux devront bien sûr impliquer l'ensemble des organisations représentant les professionnels, et les autres parties prenantes, en particulier les représentants des usagers et les collectivités territoriales.

Ces travaux pourront par ailleurs éclairer les décisions à prendre en termes réglementaires, financiers, organisationnels, pour aider de façon prioritaire les zones actuellement en-dessous de ce minimum à y parvenir.

3.3. Les caractéristiques de l'existant, les évolutions actuelles

Les publications de la Drees fournissent l'ensemble des données actualisées sur la démographie des professions de santé et leur évolution, ainsi que des éléments de projection¹⁹⁴. Nous n'entrerons donc pas dans le détail. Nous rappelons cependant quelques évolutions importantes pour notre propos.

Les évolutions des effectifs sur la période 2012-2022 sont très contrastées (FIGURE 21) : à la baisse pour les généralistes (-5%), les spécialistes en accès direct (-11,3%), les pharmaciens (-10,4%) ; à la hausse pour les paramédicaux : +42% pour les IDE (jusqu'à 2021) notamment ; doublement des effectifs de sages-femmes (non présenté dans le graphique)¹⁹⁵. Les chirurgiens-dentistes ont des effectifs stables sur la période.

¹⁹³ « Le lien avec l'hôpital que ce soit pour l'accès au 2ème ou 3ème recours, l'accès à l'hospitalisation sans passer par les urgences ou la sécurisation des parcours en aval est très souvent à la fois un axe fort de travail des CPTS et une difficulté. Si certaines CPTS montrent des avancées significatives et un partenariat efficace avec l'hôpital, la plupart éprouvent des difficultés. (...) A l'inverse, il est assez frappant de voir que les hospitaliers rencontrés évoquent quasi systématiquement l'émergence des CPTS comme un facteur positif pour le dialogue avec la ville » (rapport [Tour de France des CPTS](#), op cit).

¹⁹⁴ Voir notamment : M. Anguis et coll. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques ». Les dossiers de la DREES, n° 76, mars 2021.

C. Millien, « 8% de pharmaciens en plus entre 2018 et 2040, et une densité stabilisée », Etudes et Résultats n° 1110, mars 2019.

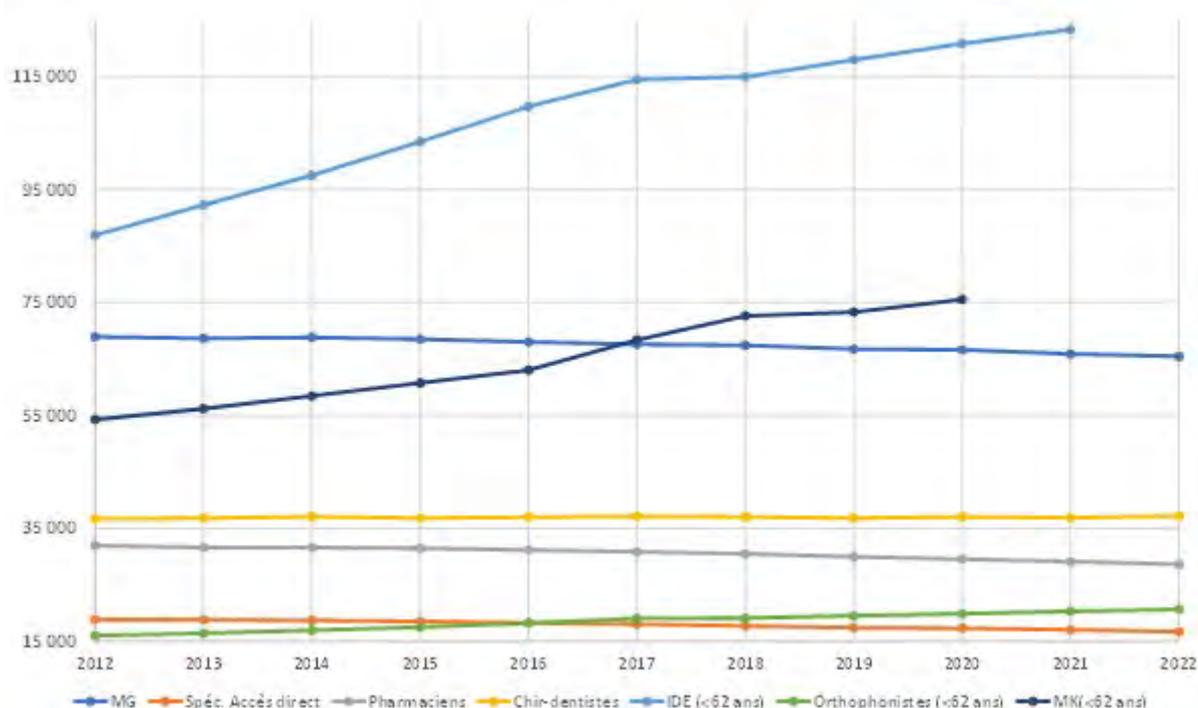
C. Millien, « 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins ». Etudes et Résultats n° 1062, mai 2018.

C. Millien, « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », Etudes et Résultats n° 1075, juillet 2018.

Les données sont disponibles sur : <https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/>.

¹⁹⁵ Pour certaines professions, la bascule entre Adeli et le RPPS est très récente, Adeli posant le problème de « garder » les professionnels ayant arrêté leur activité. Cependant, pour les infirmiers libéraux, par exemple, on considère que l'application de la borne d'âge à 62 ans permet de disposer d'une estimation raisonnable du nombre de professionnels actifs et de leur évolution sur la période considérée.

FIGURE 21 : EVOLUTION DES EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTE (LIBERAUX ET MIXTES)



Source : Drees/RPPS <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/datavisualisation/la-demographie-des-professionnels-de-sante>

Parallèlement, les demandes de consultations complexes et longues augmentent, avec le vieillissement de la patientèle et l'augmentation des morbidités multiples, alors que les effectifs de généralistes sont en baisse (et a fortiori la densité ; elle est passée de 105,6 MG libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants en 2012 à 96,5 en 2022), provoquant un effet ciseau, en plus des problèmes liés à l'inégalité de répartition des professionnels¹⁹⁶.

Pour ces raisons, en l'état actuel, il semble que les soins de premier recours peuvent difficilement assurer davantage d'activités qu'actuellement, dans la plupart des zones, rendant difficile le transfert de certaines activités assurées pour le moment par les établissements de soins pour « désengorger » l'hôpital selon la formule souvent utilisée, sauf à améliorer leurs conditions de travail et engager aussi rapidement que possible les mesures d'allègement des tâches des médecins, via le recours aux assistants médicaux, le travail en coopération avec les infirmières, la montée en compétences d'autres professionnels, etc.

Deuxième caractéristique importante, on observe des problèmes aigus de répartition géographique, différents selon les professions, qui ont tendance à s'aggraver dans la période récente. Même si les médecins généralistes ne sont pas les moins bien répartis

¹⁹⁶ Notons que la standardisation selon l'âge tient compte du nombre de recours mais pas de leurs caractéristiques (consultations et visites longues et complexes plus fréquentes pour les personnes âgées ; consultations « simples » qui durent plus longtemps pour les personnes âgées...) ce qui conduit à sous-estimer la progression des besoins, en termes de temps de travail, liés au vieillissement.

A l'inverse, si l'espérance de vie en bonne santé continue à augmenter, l'hypothèse de taux de recours constant par âge en projection conduit à sur-estimer la progression des besoins.

(par rapport aux médecins spécialistes en accès direct par exemple), cette inégalité d'accès pose des problèmes particuliers en raison de leur position pivot dans les parcours de soins.

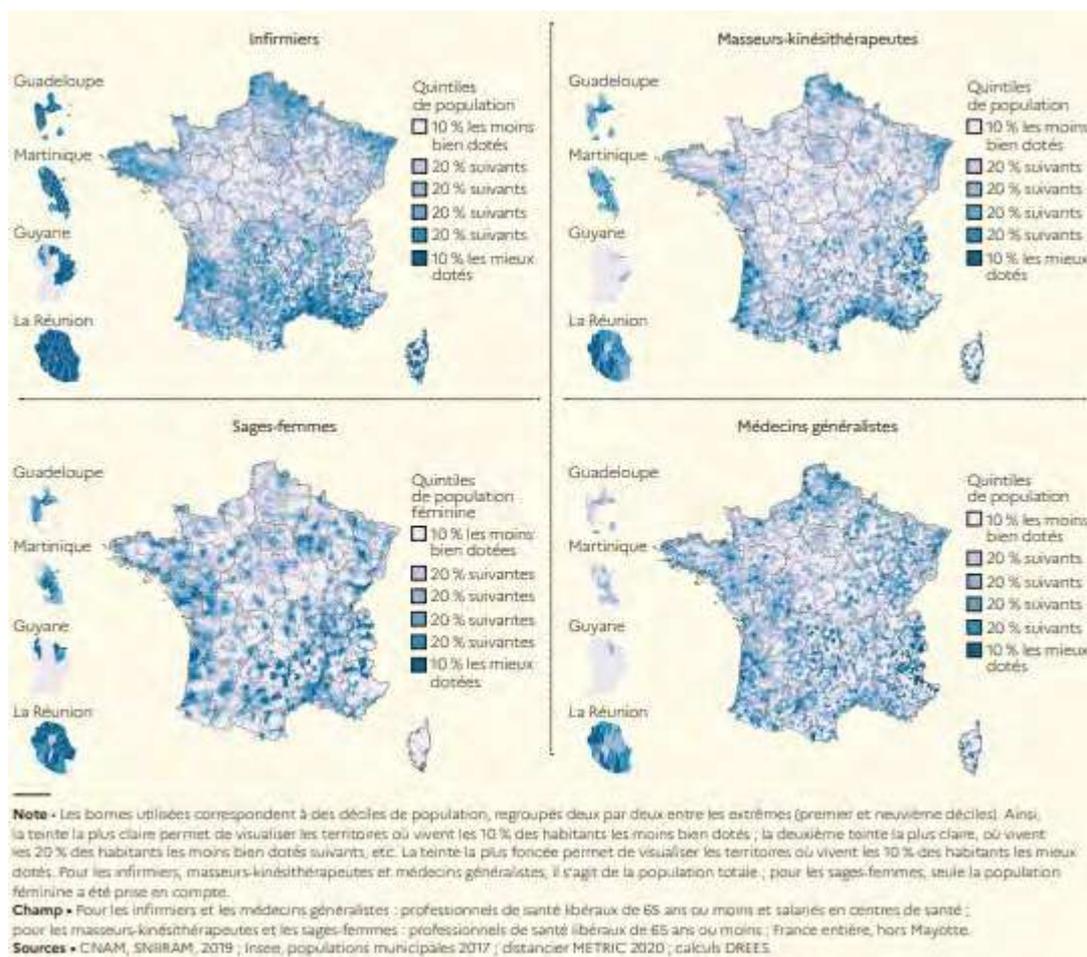
Le fait que dans de nombreux territoires, les densités de médecins de premier recours soient insuffisantes, pose des problèmes multiples :

- 12-14% des patients n'ont pas de médecin traitant ;
- Un nouveau patient sollicitant un rendez-vous en médecine générale a plus d'une chance sur deux de se voir opposer un refus ; en 2022, 65 % des médecins déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant ; ils étaient 53 % en 2019¹⁹⁷ ;
- Des tensions existent dans certaines zones dans la couverture des soins non programmés en ville ;
- ...

Cette situation de crise a largement été développée dans le rapport du Hcaam de 2022.

L'ampleur des disparités géographiques et leur dynamique sont objectivées par des travaux de la Drees utilisant l'APL. La FIGURE 22 présente les APL pour 4 professions, et le TABLEAU 12 précise quelle est la dynamique 2021-2022.

FIGURE 22 : ACCESSIBILITE AUX INFIRMIERS, MASSEURS-KINESITHERAPEUTES, SAGES-FEMMES ET MEDECINS GENERALISTES EN 2019



¹⁹⁷ B. Davin-Casalena et coll. « Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant » *Etudes et Résultats* N° 1267, mai 2023, Drees.

TABLEAU 12 : DYNAMIQUE 2021-2022 DE L'APL AUX PROFESSIONNELS LIBERAUX¹⁹⁸

Profession de santé	Accessibilité moyenne en 2022	Évolution 2021-2022 de l'accessibilité moyenne	Accessibilité moyenne des 10 % de la population les moins bien dotés	Accessibilité moyenne des 10 % de la population les mieux dotés	Rapport entre l'accessibilité moyenne des mieux et des moins bien dotés	Évolution 2021-2022 du rapport entre l'accessibilité moyenne des mieux et des moins bien dotés
Médecins généralistes (consultations, visites et téléconsultations par habitant standardisé)	3,3	-0,8 %	1,5	5,7	3,9	4 %
Infirmières (ETP pour 100 000 habitants standardisés)	157,4	0,8 %	58,4	355,2	6,1	0 %
Sages-femmes (ETP pour 100 000 habitantes standardisées)	20,8	5,5 %	7,0	36,9	5,2	-3 %
Masseuses-kinésithérapeutes (ETP pour 100 000 habitants standardisés)	115,1	3,1 %	35,3	238,1	6,7	1 %
Chirurgiens-dentistes (ETP pour 100 000 habitants standardisés)	59,9	1,6 %	14,7	113,9	7,8	7 %

Lecture : En 2022, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes est de 3,3 consultations par an et par habitant, en décline de 0,8 % depuis 2021. Les 10 % de la population les moins bien dotés ont accès en moyenne à 1,5 consultation par an tandis que les 10 % les mieux dotés accèdent en moyenne à 5,7 consultations par an : ces derniers ont donc une accessibilité 3,9 fois plus forte que les moins bien dotés. Ce rapport augmente de 4 % entre 2021 et 2022.

Champ : Pour les infirmières, les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins et salariés en centres de santé ; pour les masseuses-kinésithérapeutes et les sages-femmes : professionnelles de santé libérales de 65 ans ou moins ; France hors Mayotte.

Sources : CNAM, SNDS 2021 et 2022 ; Insee, populations municipales 2019 et 2020, distancier METRIC 2020 ; calculs DREES.

L'APL des généralistes se dégrade entre 2021 et 2022, à un rythme un peu plus modéré que celui observé les années précédentes (-0,8% contre -1,8% par an en moyenne entre 2015 et 2021). Cette dégradation résulte à la fois de la baisse du nombre de généralistes libéraux et de leur activité moyenne (non compensée par l'augmentation de l'activité de médecine générale réalisée en centres de santé), mais également de la croissance de la population. L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes s'établit ainsi à 3,3 consultations par an et par habitant. Elle était de 3,4 en 2021 et 3,8 en 2015.

Les 10% de la population les moins bien dotés ont accès en moyenne à 1,5 consultations par an tandis que les 10% de la population les mieux dotés accèdent en moyenne à 5,7 consultations par an : les premiers ont ainsi une accessibilité 3,9 fois plus faible que les seconds. Ce ratio augmente de 4% en 2022. Ces inégalités s'accroissent donc, dans la poursuite de la tendance observée les années précédentes.

À la différence des médecins généralistes, les professions de sages-femmes, d'infirmières et de masseurs-kinésithérapeutes suivent une dynamique démographique croissante qui

¹⁹⁸ [Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\).](https://solidarites-sante.gouv.fr/)

se traduit par une augmentation de l'accessibilité dans le secteur libéral, particulièrement marquée dans le cas des sages-femmes (+5,5 % entre 2021 et 2022, faisant suite à plusieurs années de hausse).

Les inégalités de répartition de ces professions sont par contre plus importantes que celles des médecins généralistes : le ratio entre l'accessibilité moyenne des 10% de la population habitant dans les communes les mieux dotées et celle des 10% de la population habitant dans les communes les moins bien dotées est de 5,2 pour les sages-femmes, 6,1 pour les infirmières et 6,7 pour les masseurs-kinésithérapeutes. Mais leur évolution est plus favorable : les inégalités d'accessibilité sont stables pour les infirmières après une diminution entre 2019 et 2021 (-7%) et diminuent pour les sages-femmes (-3%). Elles sont stables pour les masseurs-kinésithérapeutes (+1%).

Les chirurgiens-dentistes représentent aussi une profession mal répartie avec un ratio de 7,8.

Dans ses travaux sur les projections de ces professions, la Drees observe que dans un cadre stable en termes de comportements et de politique, la répartition géographique resterait durablement hétérogène.

Aussi, il n'est pas question dans l'analyse prospective de raisonner sur une seule prolongation de l'existant. Doit entrer en jeu aussi une recherche d'amélioration de la situation actuelle (y compris en tenant compte des projets nécessaires d'amélioration des prises en charge : prévention, dépistages, éducation et promotion de la santé, « aller vers », ...). Des scénarios volontaristes doivent être construits en ce sens.

Si aucune mesure efficace n'est trouvée pour améliorer la répartition des professionnels sur le territoire national (FIGURE 22) l'exercice de prospective mené ici a peu d'intérêt opérationnel. Il faut au contraire se donner pour objectif de lier les besoins de formation et le rétablissement de l'équité territoriale en santé d'ici 10-15 ans.

ENCADRE 30 : REZONE, REZONE CPTS, GéoMSA : DES OUTILS MIS A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS POUR ANALYSER LES BESOINS DES TERRITOIRES

Rézone et Rézone CPTS sont des outils développés par la Cnam. L'outil Rézone identifie les zones éligibles à des aides à l'installation. Il permet de consulter les caractéristiques de la population (classes d'âge, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, etc.), de la démographie des professionnels de santé et de leurs activités ainsi que l'environnement hospitalier, sanitaire, médico-social et les structures et organisations d'exercice coordonnés. Les chiffres clés du territoire sont mis en perspective avec ceux du département et de la région.

Rézone CPTS propose une aide à l'élaboration d'un diagnostic territorial via des données sur la population, la prévalence des ALD ainsi que des indicateurs liés aux missions de CPTS : accès aux soins (nombre d'habitants sans médecin traitant) et 15 indicateurs de prévention (dépistage, vaccination, polymédication,...). Des données sur l'offre de soins sont également disponibles.

GéoMSA est l'outil de cartographie des données localisées de la MSA

GéoMSA permet d'accéder aux données statistiques du régime agricole sur plusieurs thématiques : cotisations, emploi, maladie, accidents du travail/maladies professionnelles, retraite, famille. Les données sont valorisées par des représentations cartographiques. Le maillage géographique s'étend de la commune à la région. Il aide à la réalisation de diagnostic territoriaux avec un focus spécifique sur les bénéficiaires du régime agricole.

3.4. Les évolutions prévisibles

Le principe général de la réflexion est d'anticiper l'évolution de l'offre à partir d'une analyse prospective de la demande de soins. Cela suppose de développer un modèle d'offre et un modèle de demande.

Pour chacun des volets, de nombreux facteurs entrent en jeu, discutés dans cette partie. Comme indiqué dans la partie 2, certains peuvent être rigoureusement mesurés, alors que d'autres doivent être appréhendés de manière plus qualitative, en mobilisant les parties prenantes et experts.

3.4.1. Les paramètres de l'offre

Nous rappelons ici les facteurs à intégrer dans l'analyse prospective de l'offre, ceux concernant les flux étant déjà pris en compte dans les projections démographiques de la Drees et de l'ONDPS :

- les flux à l'entrée, par discipline, par spécialité,
- les flux de professionnels étrangers,
- la répartition de ces flux par mode d'exercice, en incluant la question de la durée passée en remplacement ou en intérim,
- le temps de travail des professionnels (tendancielle en diminution, (cf. ENCADRE 31) et son optimisation possible (par exemple en supprimant les actes inutiles ou peu utiles : certificats divers...),
- les flux de sortie : arrêt de l'exercice, décès, retraite (évolutions de l'âge de départ à la retraite, du cumul emploi-retraite),
- la répartition géographique,
- l'évolution des activités et de la répartition des rôles entre professions, ainsi qu'entre ville et hôpital,
- les impacts des outils numériques sur les organisations et les modalités de travail, notamment la télémédecine, mais aussi les outils émergents d'intelligence artificielle, qui peuvent constituer une assistance et une source de gain de temps,
- les modalités d'organisation, et les innovations organisationnelles (par exemple : chimiothérapies à domicile alors qu'elles étaient réalisées à l'hôpital, essor des actes interventionnels versus la chirurgie...); dans cet esprit, plusieurs expérimentations « article 51 » testent de nouveaux dispositifs d'organisation des soins de ville ; elles sont en cours d'évaluation.

ENCADRE 31 : LE TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS

La Drees peut suivre les modalités d'exercice des médecins généralistes via le panel d'observation des pratiques.

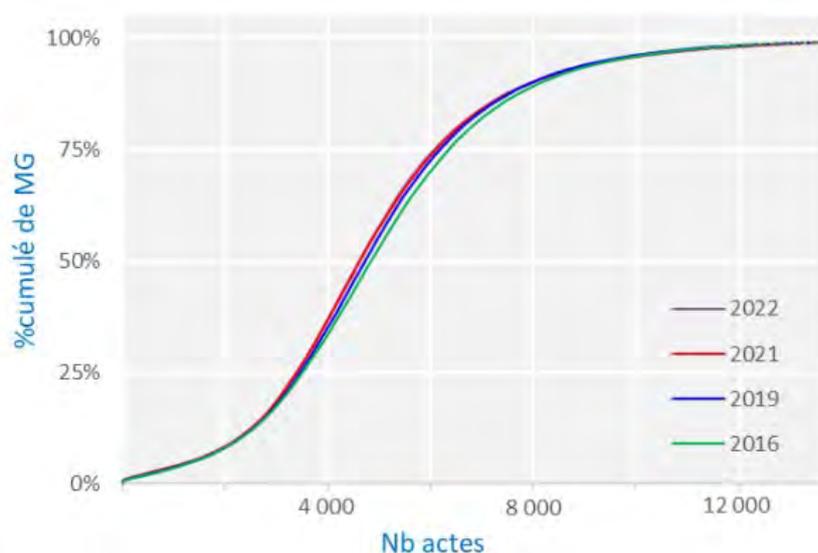
En 2011, l'enquête établissait la durée hebdomadaire de travail moyenne à 57 heures (78% travaillant plus de 50 heures) pour une semaine ordinaire, toutes activités confondues, réparties sur 9,5 demi-journées. Cette durée a baissé entre 2011 et 2014, puis elle est restée stable jusqu'en 2019, à 54 heures (66% travaillant plus de 50 heures en 2019).

En 2019¹⁹⁹, 86% de l'activité libérale était dévolue aux patients, soit 44,5 heures. Les tâches de gestion et coordination totalisaient 5,5 heures, l'actualisation des connaissances 2 heures (hors formation) et l'activité non libérale, 2 heures.

La durée moyenne de travail était de 56 heures dans les marges rurales peu attractives, contre 52 heures dans les centres urbains.

Par ailleurs, le nombre d'actes cliniques par médecin généraliste a baissé de 2,9% entre 2016 et 2022 (FIGURE 23)²⁰⁰. Le nombre d'actes cliniques par médecin généraliste s'élève en moyenne à 4 656 pour les médecins généralistes installés entre 2016 et 2019 contre 5 252 pour les médecins généralistes installés entre 1982-2001. Le nombre d'actes cliniques réalisés dans l'année est supérieur en zone sous-denses (zone d'intervention prioritaire et zone d'action complémentaire, ZIP/ZAC) : 5 345 actes cliniques en moyenne en ZIP, 4 970 en ZAC vs moyenne de 4 754 actes cliniques hors zonage. Les nombres de patients MT et file active sont également plus élevés en ZIP. Le nombre d'actes cliniques réalisés dans l'année est supérieur en zone défavorisée : 5791 actes cliniques en moyenne dans les communes les plus défavorisées regroupant 20% de la population vs 4290 actes cliniques dans les plus favorisées regroupant 20% de la population. Les nombres de patients MT et file active sont également plus élevés en zone défavorisée.

FIGURE 23 : NOMBRES D'ACTES CLINIQUES PAR AN – MEDECINS GENERALISTES



Source : DCIR, FNPS

Champ : MG libéraux (hors MEP) actifs et conventionnés au 31/12 de chaque année, ayant au moins 1 patient médecin traitant adulte, ayant fait au moins un acte clinique dans

¹⁹⁹ Drees, « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine », *Etudes et résultats*, mai 2019.

²⁰⁰ [Données PHMEV S1-2022 \(ameli.fr\)](https://www.ameli.fr/paris/actualites/actualites/Donnees-PHMEV-S1-2022)

l'année, hors PS installés dans l'année. Les remplaçants ne sont pas pris en compte dans les effectifs présentés. Leur activité n'est pas identifiable ni dissociable de celle des médecins qu'ils remplacent et est donc comptabilisée dans l'activité de ces derniers.

Rappelons qu'en outre, la participation à la permanence des soins de ville a diminué. Si bien que pour assurer le même temps de travail qu'un praticien d'il y a trente ans assurant non seulement des journées complètes, samedi inclus, mais aussi des gardes régulières de nuit et de dimanche-jours fériés, il faut davantage qu'un praticien temps plein à l'heure actuelle. Ce phénomène avait été anticipé par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) il y a vingt ans, dans ses études sur la démographie médicale, au regard de la féminisation de la profession, mais il n'avait pas été anticipé que le phénomène de baisse du temps de travail et de volonté d'un partage plus équitable entre vie professionnelle et vie personnelle ne toucherait pas seulement les femmes, mais aussi les hommes. Le rapport au travail a changé et c'est un facteur important de déconnexion entre la quantité d'offre et la demande de soins (qui, elle, augmente).

Enfin, concernant l'ensemble des spécialités médicales, comme rappelé dans la deuxième partie de ce rapport, on connaît mal aujourd'hui la partie non remboursable de l'activité des médecins : activité esthétique des dermatologues, chirurgiens, ou d'autres spécialités médicales ; modes d'exercice particulier (MEP) tels que l'acupuncture ou l'homéopathie...

Entrent en jeu dans ces évolutions les différentes orientations prises pour adapter l'offre aux demandes de soins notamment dans les zones les moins bien dotées. En dehors des réactions d'adaptation observées (refus de nouveaux patients en tant que médecin traitant, augmentation des délais de rendez-vous, diminution de la fréquence de suivi de patients chroniques, réduction du temps de formation...) ²⁰¹, de nombreux types de réponses peuvent être mobilisées et ont (et auront) un impact sur l'adaptation offre/demande de soins (ENCADRE 32).

En fonction de la mise en place efficace de tout ou partie de ces organisations, les besoins en effectifs vont s'avérer différents, globalement et par profession. Comme nous l'avons vu, les évolutions démographiques sont très contrastées d'une profession à l'autre, plus dynamiques pour les professions paramédicales que pour les professions médicales, et cela, déjà, engage à envisager de manière différente la répartition des rôles entre chaque profession dans l'avenir.

Ainsi, le seul indicateur quantitatif représenté par le nombre de professionnels sur le territoire ne donne pas assez d'informations pour déterminer s'il est insuffisant, optimal ou excessif. Il faut, avant même de prendre en compte les facteurs de demande de soins, intégrer l'ensemble des paramètres listés ci-dessus. Il ne s'agit pas de seulement se poser la question de la « bonne » densité au plan national des professionnels et de son évolution, mais aussi de leur répartition, de l'évolution de leurs activités et de leurs modalités d'organisation. *« Ainsi, une fraction de la population a des difficultés à trouver un médecin traitant, et pourtant le nombre moyen de patients par médecin généraliste est sensiblement inférieur en France à ce qu'il est dans d'autres pays, où les soins primaires font appel plus largement à d'autres professionnels : cet exemple illustre bien l'impact du mode d'organisation des soins sur les besoins en ressources humaines »* ²⁰².

²⁰¹ B. Davin-Casalena et coll. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. Drees. *Etudes et Résultats* n° 1267, mai 2023.

²⁰² [ONDPS, Conférence Nationale du 26 mars 2021 Rapport et propositions Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former \(2021-2025\)](#)

ENCADRE 32 : LES REPONSES POUR ADAPTER L'OFFRE AUX DEMANDES DE SOINS

Ces réponses concernent en particulier les organisations regroupées coordonnées, mais aussi l'exercice isolé :

- Diminuer la part des actes peu utiles (certificats...)
- Déport de tâches administratives vers d'autres professionnels (sans omettre la nécessaire réflexion pour alléger ces tâches)
- Renforcer l'éducation des patients dans le bon usage des soins
- Prévoir des plages spécifiques pour les soins non programmés et pour les demandes de nouveaux patients
- Adopter une organisation pluriprofessionnelle dans le cadre d'un exercice coordonné pour gagner du temps médical : préparation de la consultation par une IDE, une IPA ou un assistant médical ; ou encore suivi partagé avec une infirmière pour les malades chroniques stabilisés (notamment pour dispenser l'éducation thérapeutique : cas d'Asalée) ; c'est le modèle de plus en plus fréquemment adopté dans la collaboration entre ophtalmologistes et orthoptistes
- Adopter les organisations spécifiques de régulation des soins non programmés (Service d'accès aux soins (SAS))
- Coupler l'activité de soins classique au cabinet (ou en visite) avec une activité en télémédecine, dans le respect des règles conventionnelles

Le Hcaam donnait dans son rapport de 2022 sur l'organisation de soins de proximité²⁰³ plusieurs exemples issus notamment des expérimentations « article 51 » (comme l'expérimentation Osys en Bretagne qui vise à apporter par des pharmaciens d'officine localisés en zone de sous-densité médicale une réponse aux patients pour des situations de premier recours, de manière à décharger les médecins généralistes situés dans ces zones).

Il rappelait l'importance de faire évoluer la rémunération « pour poursuivre le mouvement engagé vers une mixité des modes de financement et favoriser le partage d'activité ; notamment développement des rémunérations d'équipe, des modèles d'intéressement collectif à la performance (de type IPEP) pour inciter aux coopérations professionnelles, des possibilités de salariat (y compris dans les structures libérales). »

Les propositions de ce rapport sur l'organisation des soins de proximité pour améliorer la répartition géographique et assurer une présence médicale sur tout le territoire sont rappelées dans la deuxième partie du présent rapport.

3.4.2. Les paramètres de la demande

Le premier groupe de facteurs à prendre en compte pour qualifier l'évolution de la demande relève des évolutions démographiques : évolution de la population, par tranche d'âge et de sexe, par région.

Comme nous l'avons vu dans les parties précédentes, ces données seront utilisées pour construire le scénario de base.

Ensuite, doivent être intégrées les évolutions épidémiologiques prévisibles, outre celles mécaniquement liées au vieillissement de la population. Entrent en jeu, parmi d'autres facteurs :

²⁰³ *Op cit.*

- l'évolution de la morbidité à âge donné, liée en grande partie à l'évolution des expositions aux facteurs de risque : tabac, alcool, alimentation, etc. ainsi que les risques environnementaux et climatiques, qui vont prendre plus d'importance dans l'avenir ;
- l'impact des actions de prévention, qui, si elles s'avèrent efficaces dans certains domaines, peuvent contribuer à diminuer la morbidité à âge donné ;
- l'impact des innovations des technologies diagnostiques et thérapeutiques : leur impact sur les ressources humaines en santé peut être variable selon leurs effets : diminution de la morbidité en cas de guérison d'une affection par de nouvelles thérapeutiques, amélioration de la qualité de vie des patients et allègement des traitements, ou à l'inverse alourdissement des traitements (avec le plus souvent des coûts élevés) pour améliorer la survie.

Tous ces facteurs peuvent jouer à la hausse ou à la baisse, ils peuvent cependant rentrer dans la construction de scénarios prospectifs pour en apprécier les impacts potentiels de moyen terme. Par exemple, pourraient être construits des scénarios comme « effort massif sur la prévention », ou « aggravation des risques environnementaux », ou encore « découverte d'un traitement contre la maladie d'Alzheimer » ...

Parallèlement, sont à considérer les évolutions des demandes sociétales, de l'implication et l'engagement des patients, de la littératie en santé. Les années récentes montrent des tendances à des demandes accrues envers le système de santé : extension de la médicalisation à des champs nouveaux (reproduction, alimentation, mal-être, esthétique, calvitie,...), demande de soins accessibles rapidement à toute heure. Ce mouvement s'accompagne d'une autre tendance en faveur de médecines dites alternatives accompagnée d'une méfiance envers les soins classiques. Aussi bien l'un que l'autre phénomène demanderait que soient engagées des actions plus intenses en faveur d'une éducation pour la santé et d'un bon usage des soins, et ce dès l'âge scolaire. De telles actions de la régulation de la demande, cherchant à renforcer la pertinence des recours (en termes à la fois de motifs de recours, de professionnels ou structures de soins contactés et d'attentes en matière de délai), sont à mener sur le long terme.

Enfin, parmi les facteurs pouvant impacter la demande des patients, figure l'évolution des taux de remboursement des soins par type de soins ; même si on peut anticiper qu'il n'y aura pas de grande vague de déremboursement dans les années à venir, les marges dans ce domaine paraissant faibles (en dehors des cures thermales et de quelques classes médicamenteuses, si l'on poursuit le principe de médecine fondée sur les preuves), on peut supposer qu'à l'inverse certaines activités de soins pourraient être mieux remboursées. Des expérimentations prévoient déjà, dans certaines conditions, des remboursements de soins de psychologues ou de diététiciennes, et ce mouvement pourrait s'étendre, aussi bien du fait de l'assurance maladie obligatoire que de l'assurance maladie complémentaire. Dans ce cas, la demande envers ces activités croîtrait. De même, la démarche d'« aller vers » mobilise des médiateurs en santé et travailleurs sociaux, avec des dénominations diverses (courriers sociaux, médiateurs), et fait l'objet de financements expérimentaux dans des zones avec des populations précaires (expérimentation des structures d'exercice coordonné participatives menée dans le cadre de l'article 51 par la Délégation à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, qui a cherché précisément à modéliser ces besoins en travailleurs sociaux et médiateurs en santé pour l'accueil et l'accompagnement social des personnes vulnérables)²⁰⁴.

²⁰⁴ Le lien avec les services sociaux est nécessaire pour des patients qui sont dans des situations complexes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes handicapées), mais ne suppose pas forcément la présence d'un travailleur social rattaché à la MSP. En revanche, dans certaines zones très défavorisées sur le plan socio-économique, comme les quartiers de politique de la ville, la dimension sociale accompagne nécessairement celle du soin.

Inversement, certains actes actuellement remboursés rentrant dans le domaine de la médecine ou de la chirurgie esthétique (faute de pouvoir être identifiés) devraient ne plus l'être.

D'une manière générale, les actions en faveur de la pertinence des soins pourraient, si des leviers efficaces sont mis en place en ce sens, modifier la tendance observée de l'augmentation de la demande de soins, au moins dans certains domaines.

Pour tous ces paramètres, il s'agit de construire des scénarios plus qualitatifs, en prenant en compte d'une part la probabilité de concrétisation du facteur étudié, et d'autre part son impact sur les besoins en effectifs. Tous ces facteurs auraient à être classés à dire d'experts sur ces deux axes ; la FIGURE 14 de la partie 2 permet de visualiser ce qu'une telle réflexion pourrait donner, d'après l'exemple belge.

3.5. Les modèles de projections

Conformément aux recommandations de la partie 2, nous avons retenu le principe de réaliser des projections sur les besoins en professionnels en réponse aux services à rendre à la population en deux temps :

- Le scénario de base n'intégrerait que les prolongements des tendances des années passées, et l'évolution des paramètres démographiques.

Ce scénario tendanciel, construit à l'horizon de 12 à 18 ans, consisterait à appliquer les projections démographiques de l'Insee (modèle Omphale) à la consommation de soins observée actuellement par tranche d'âge et par sexe, en faisant l'hypothèse de sa stabilité (même consommation, même fourniture de soins), pour apprécier l'évolution de la demande de soins, toutes choses égales par ailleurs, pour au moins garantir la fourniture du même niveau de soins à organisation constante.

Dans l'exemple anglais qui a effectué une telle démarche²⁰⁵, est intégré aussi un facteur « morbidité »²⁰⁶, en faisant l'hypothèse que le taux de croissance annuel observé au cours de la dernière décennie pour les morbidités sera identique dans la prochaine décennie. Ce facteur a été jugé important dans l'étude anglaise, en termes d'impact sur la demande de soins. Pour la France, le modèle pourrait intégrer dans cet esprit le taux de patients atteints de maladie chronique, donnée aisément accessible via les bases de l'assurance maladie, complétant ainsi le scénario de base.

La Cnam a testé dans le même esprit, en 2017, la faisabilité de projections intégrant les effets démographiques et épidémiologiques (TABLEAU 13). Ce type de travaux pourraient être repris.

²⁰⁵ Laurie Rachet-Jacquet, Stephen Rocks, Anita Charlesworth. "Long-term projections of health care funding, bed capacity and workforce needs in England". Health policy 132 (2023) 104815.

²⁰⁶ En pratique, en l'absence de données de morbidité en soins primaires, il a été retenu que les taux d'utilisation par groupe d'âge et de sexe au-delà de 50 ans allaient continuer à croître au même rythme que lors de la décennie précédente.

TABLEAU 13 : : PROJECTIONS D'FFECTIFS À 2020 POUR CHAQUE GROUPE DE PATHOLOGIES, ÉTABLIES PAR LA CNAM EN 2017²⁰⁷

	Effectifs 2015	Effectifs 2020 projetés	Évolution 2015-2020		
			Évolution totale	dont effet démographique	dont effet épidémiologique
Maladies cardio-neurovasculaires	4 510 000	5 128 700	+ 618 700	+ 400 000	+ 218 700
Hospitalisations ponctuelles ^(a)	9 132 500	9 702 100	+ 569 600	+ 345 800	+ 223 800
Diabète	3 695 500	4 156 600	+ 461 100	+ 285 800	+ 175 300
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	3 563 300	3 904 200	+ 340 900	+ 153 300	+ 187 600
Maladies psychiatriques	2 188 100	2 431 500	+ 243 300	+ 63 400	+ 179 900
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	1 147 800	1 381 100	+ 233 400	+ 44 500	+ 188 900
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 644 000	1 860 700	+ 216 700	+ 95 400	+ 121 200
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 462 000	1 610 300	+ 148 300	+ 100 600	+ 47 600
Cancers	2 974 400	3 063 400	+ 89 000	+ 236 700	- 147 600
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	578 100	615 000	+ 36 900	+ 28 700	+ 8 200
Insuffisance rénale chronique terminale	92 500	111 200	+ 18 700	+ 6 000	+ 12 700
Maternité ^(c)	1 348 500	1 255 900	- 92 600	- 18 000	- 74 600
Traitements du risque vasculaire ^(d)	8 871 500	8 392 500	- 479 000	+ 570 500	- 1 049 500
Traitements psychotropes ^(d)	6 246 900	5 736 400	- 510 500	+ 318 100	- 828 600

(a) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
(b) Hors mucoviscidose
(c) Avec ou sans pathologies
(d) Hors pathologies
Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnamt (cartographie – version de juillet 2017)

Un tel exercice cherchant à prendre en compte effets démographique et épidémiologique a été mené lors de la conférence nationale du 26 mars 2021 organisée par l'ONDPS sur le thème des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former²⁰⁸. A cette occasion, la question des besoins non couverts a été analysée : « à court terme (la période 2020-2030), les effectifs de professionnels ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins pour la profession médicale et la chirurgie dentaire. Des besoins non satisfaits sont également identifiés en maïeutique. Les besoins apparaissent en revanche couverts pour les pharmaciens officinaux ».

Pour donner des ordres de grandeur de l'effet démographique seul, en prenant comme année de base 2019, en France métropolitaine, les projections Omphale de l'Insee fournissent une estimation d'augmentation de la population de 6,5% en 2035. En utilisant les pondérations de l'APL par tranche d'âge de 5 ans de 2019, la consommation de soins en médecine générale en 2035, toutes choses

²⁰⁷ [Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 \(ameli.fr\)](https://www.ameli.fr) tableau p. 38.

²⁰⁸ Op cit

égales par ailleurs (en particulier à pondérations par âge identiques), augmenterait de 10,3% si l'on prend en compte l'évolution de la pyramide des âges (TABLEAU 14)²⁰⁹.

TABLEAU 14 : PROJECTION DE L'IMPACT DES EFFETS DÉMOGRAPHIQUES SUR LA CONSOMMATION DE SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE À HORIZON 2035²¹⁰

Tranche d'âge	Poids de la tranche d'âge en 2019 pour le calcul de l'APL	pop 2019 France entière	Après pondération	pop estimée 2035 Insee Omphale/France entière	Après pondération
Moins de 5 ans	1,24	3 671 719	4 552 932	3 873 788	4 803 497
de 5 à 9 ans	0,74	4 084 036	3 022 187	3 927 665	2 906 472
de 10 à 14 ans	0,62	4 187 992	2 596 555	4 035 835	2 502 218
de 15 à 19 ans	0,65	4 140 996	2 691 647	4 175 657	2 714 177
de 20 à 24 ans	0,68	3 757 482	2 555 088	4 148 362	2 820 886
de 25 à 29 ans	0,71	3 713 426	2 636 532	4 106 877	2 915 883
de 30 à 34 ans	0,77	4 056 469	3 123 481	4 121 915	3 173 875
de 35 à 39 ans	0,81	4 231 788	3 427 748	4 031 027	3 265 132
de 40 à 44 ans	0,87	4 072 226	3 542 837	4 070 177	3 541 054
de 45 à 49 ans	0,93	4 512 223	4 196 367	4 299 639	3 998 664
de 50 à 54 ans	1,03	4 425 730	4 558 502	4 344 934	4 475 282
de 55 à 59 ans	1,13	4 359 376	4 926 095	4 097 837	4 630 556
de 60 à 64 ans	1,18	4 099 662	4 837 601	4 425 990	5 222 668
de 65 à 69 ans	1,26	3 899 944	4 913 929	4 193 664	5 284 017
de 70 à 74 ans	1,40	3 477 098	4 867 937	3 940 064	5 516 090
de 75 à 79 ans	1,58	2 216 562	3 502 168	3 418 440	5 401 135
de 80 à 84 ans	1,76	1 869 006	3 289 451	2 880 807	5 070 220
de 85 à 89 ans	1,89	1 375 537	2 599 765	2 089 618	3 949 378
Plus de 90 ans	1,75	912 431	1 596 754	1 235 573	2 162 253
TOTAL		67 063 703	67 437 577	71 417 869	74 353 456
				6,5%	10,3%

Pour les infirmières libérales, en raison de la très forte concentration des soins sur les classes d'âges élevées, ce taux est de 31,6%. Il faudrait donc au minimum accroître l'effectif d'infirmières d'un tiers si l'on juge le niveau de 2019 satisfaisant (au plan global). L'effet du vieillissement de la population est donc massif dans ce cas. Et encore nous n'ajoutons pas ici d'effet morbidité. Les projections effectuées par la Drees montrent d'ailleurs que « dans l'hypothèse de comportements constants et d'un maintien des politiques en vigueur, le nombre d'infirmiers devrait augmenter de 53 % entre 2014 et 2040 »²¹¹, ce qui répondrait à ce besoin. Rappelons (voir chapitre 3.1.3) que ces résultats ne valent que pour les professionnels libéraux. Pour les professions dont la contribution aux soins de premier recours se fait de façon majoritaire en libéral, comme les médecins généralistes, ils fournissent une bonne approximation pour

²⁰⁹ A quoi il faut ajouter l'effet des évolutions épidémiologiques : « pour les médecins généralistes, si l'on fait l'hypothèse que le nombre de généralistes supplémentaires nécessaires est proportionnel à la dépense additionnelle de soins de médecine générale liée à cette augmentation du risque, il faudrait un peu moins de 6% de généralistes en plus, à l'horizon 2040, pour l'ensemble des huit [prises en charges suivantes : maladies cardio-neurovasculaires ; diabète ; maladies psychiatriques ; maladies inflammatoires, maladies rares, VIH ; cancers ; maladies respiratoires chroniques ; maladies neurologiques ou dégénératives ; maternité]. Cet impact n'est pas négligeable au regard des facteurs analysés plus haut (taille de la population et déformation de sa structure d'âge). », ONDPS, op cit.

²¹⁰ Le poids d'une tranche d'âge est calculé comme la consommation moyenne en soins de médecine générale de la tranche d'âge, rapportée à la consommation moyenne nationale. En l'absence d'arrondis et de différences dans les données de population, la population 2019 après pondération devrait être égale à la population avant pondération.

²¹¹ C. Millien, « 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins ». Etudes et Résultats n° 1062, mai 2018.

l'ensemble de la profession. C'est moins le cas pour les autres professions et en particulier les infirmiers.

- Des scénarios complémentaires, plus riches, construits en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes, intégreraient tout ou partie des facteurs évoqués dans la partie 0, notamment les facteurs d'organisation des soins (en construisant plusieurs options), sans imaginer pouvoir tout anticiper.

Ces scénarios prospectifs pourraient par exemple prendre la forme suivante :

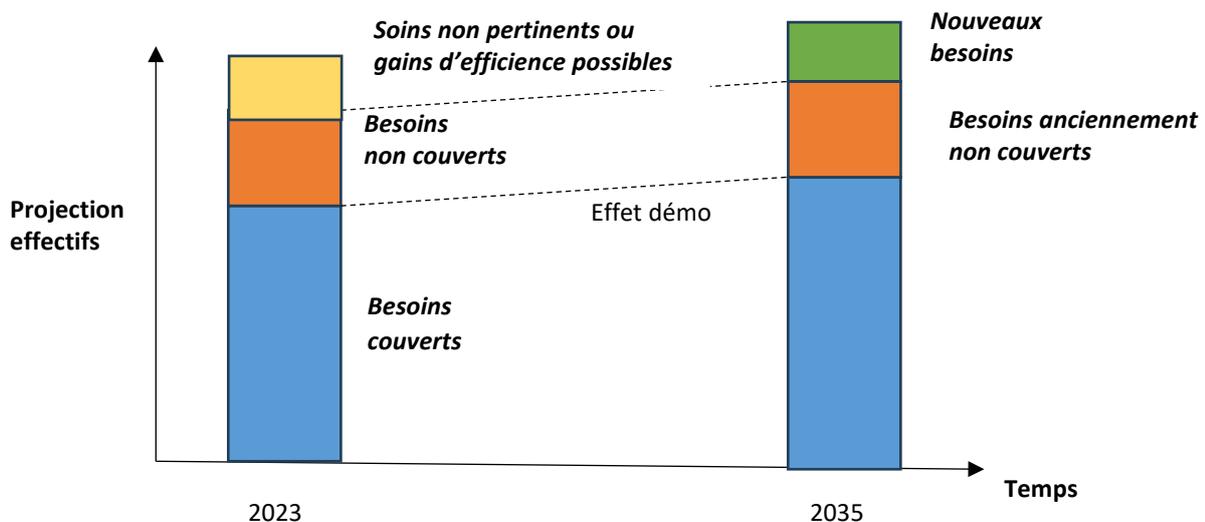
- o Maintien des répartitions actuelles des activités
- o Forte délégation d'activités, sous supervision médicale
- o Forte délégation d'activités, avec multiples accès directs (dans le cadre d'une équipe coordonnée)

Rappelons que l'enjeu des modèles de projection est surtout de quantifier les impacts des différentes politiques/scenarii, pas de faire de la prévision.

Au total, le modèle doit pouvoir à la fois projeter dans l'avenir l'existant, considérer les besoins non couverts et envisager les nouveaux besoins éventuels en fonction des paramètres évoqués plus haut.

Le schéma suivant (FIGURE 24) récapitule la démarche.

FIGURE 24 : SCHEMA DU MODELE DE PROJECTION DISTINGUANT LES DIFFERENTS VOLETS DE PROBLEMATIQUES



3.6. Synthèse des orientations

- Constituer, au sein du dispositif général de gouvernance de la démarche prospective (cf. partie 2), un comité sur la prospective démographique en soins de proximité, associant l'ensemble des organisations représentant les professionnels, et les autres parties prenantes, en particulier les représentants des usagers et les collectivités territoriales ;
 - Mener une réflexion collaborative pour approfondir la notion de services à rendre à la population de la part de la ligne de premier recours, et définir l'optimum, comme cela a pu être mené dans d'autres pays ;
 - S'appuyer sur des données probantes et des données validées et partagées ;
 - Engager une recherche-action sur les organisations de soins de proximité efficaces, avec les ARS, en se fondant sur les retours d'expériences déjà effectués, l'analyse du fonctionnement dans les territoires où le système en ville fonctionne de façon satisfaisante pour répondre aux objectifs (en termes d'accès au médecin traitant, de délais, de permanence des soins...), en s'appuyant sur des indicateurs quantitatifs et des enquêtes qualitatives.
Ce travail doit déboucher sur l'élaboration de plusieurs options organisationnelles permettant d'optimiser les réponses aux demandes, les temps de travail des professionnels, et de mettre en regard les effectifs nécessaires de professionnels pour un service minimum garanti (que l'on pourrait caractériser par des indicateurs de qualité : temps d'accès, taux de patients avec médecin traitant...).
- Un tel travail partant des territoires, dans un processus ascendant, doit venir éclairer la réflexion sur l'offre à mettre en regard de la demande de soins, tout en mettant l'accent sur la recherche d'équité territoriale.
- Utiliser le « modèle APL » (disponible en libre accès) dans l'optique de définir les territoires en-dessous du minimum requis pour un fonctionnement satisfaisant en soins de premier recours, en fonction des résultats du point précédent (paramètres à discuter : les conventions sur les distances d'accès, l'éventuelle introduction de paramètres de morbidité, de défavorisation sociale, etc.) ;
 - Classer les différents paramètres d'évolution (cf. liste au-dessus) et identifier ceux à plus fort impact sur les ressources humaines. Ces paramètres feront alors l'objet de travaux d'approfondissement pour les intégrer dans les scénarios complémentaires ;
 - Construire des scénarios complémentaires cohérents intégrant les principaux paramètres d'évolution définis précédemment.

4. Etude de cas : le parcours des femmes enceintes

Cette étude de cas propose une méthode de projection des besoins en ressources humaines pour la périnatalité²¹². Elle ne constitue pas un véritable exercice de projection, qu'il n'était pas possible de mener dans les délais impartis pour la mission. Si la démarche proposée était retenue, il faudrait l'alimenter par :

- une réflexion sur l'organisation des soins à même de mieux répondre aux besoins de la population
- des exercices plus poussés de calibrage des paramètres
- une analyse spécifique pour les Départements et régions d'Outre-mer (Drom) dont la situation est particulière

Ceci dans le cadre d'une plus large concertation comme proposé dans la partie 2 de ce rapport.

La démarche s'articule en 4 étapes :

1. définir les services à rendre de façon assez précise pour pouvoir identifier les acteurs qui réalisent ces prises en charge en périnatalité ;
2. détailler la situation actuelle c'est à dire l'état des connaissances concernant les professionnels de santé concernés ainsi que l'organisation sanitaire en place ;
3. construire des scénarios d'évolution en commençant par identifier les facteurs d'évolution des besoins et des ressources humaines, qu'ils soient démographiques, sociétaux, politiques, puis en regroupant ces variables pour estimer leur évolution possible. On construit ensuite un scénario de base fondé uniquement sur la démographie puis des scénarios alternatifs ;
4. terminer en quantifiant l'impact sur les besoins en ressources humaines des hypothèses d'évolution retenues.

4.1. Définition des services à rendre

L'objectif de cette première phase est de :

- définir les services à rendre qui feront l'objet de la projection, à partir des recommandations des instances nationales, des recours effectifs, des indicateurs de santé publique, du ressenti des femmes et des professionnels ;
- circonscrire le périmètre afin d'identifier les professionnels, les modalités d'exercice et les structures pour lesquels la situation actuelle d'une part et les évolutions d'autre part, seront à considérer dans l'exercice prospectif.

4.2. Les besoins de santé tels qu'ils ressortent des recommandations des instances nationales

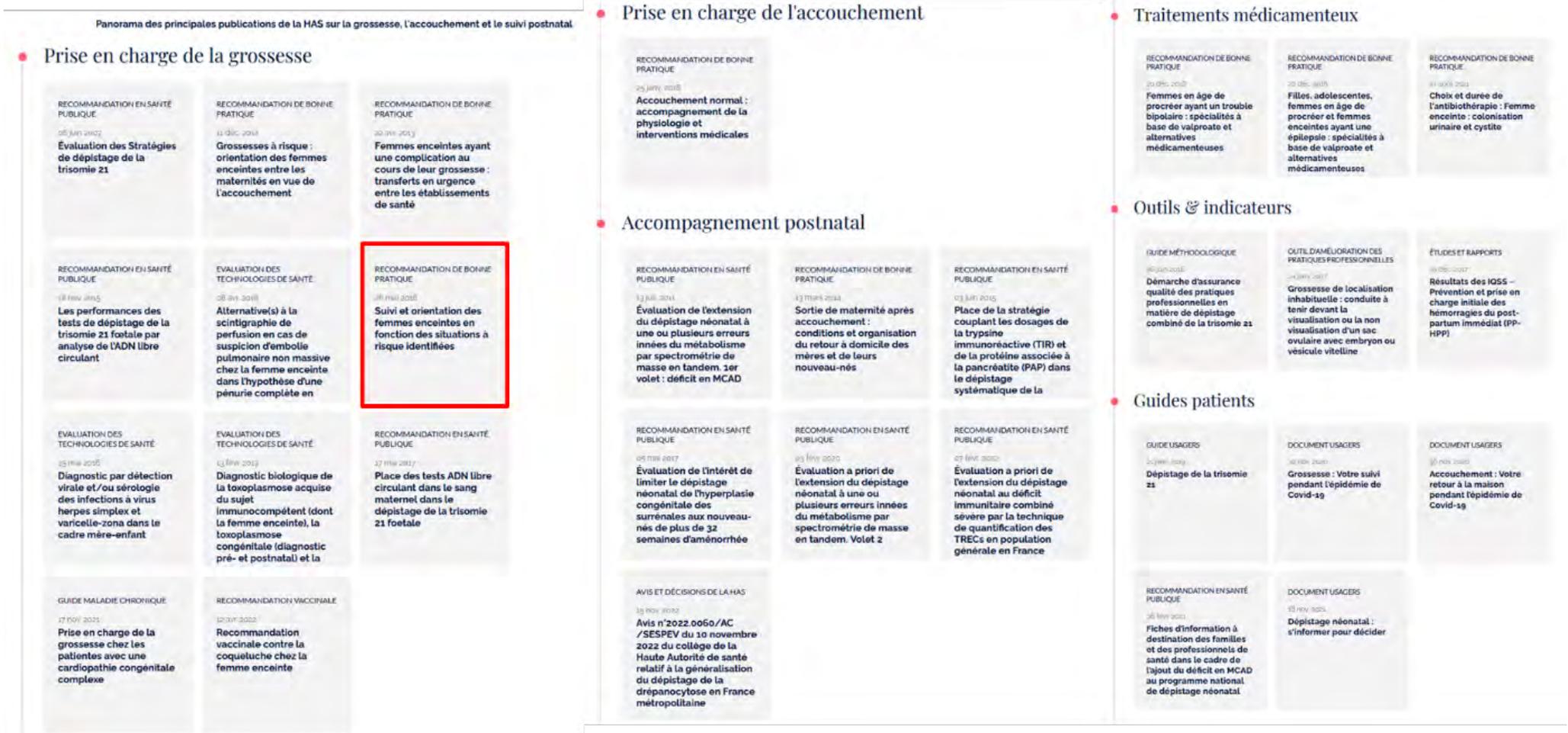
Pour définir les besoins de santé et les professionnels responsables de la prise en charge, il est pertinent de commencer par les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) sur le sujet.

Le site internet de la HAS présente un panorama des publications sur la périnatalité qui s'étend depuis la prise en charge de la grossesse jusqu'à l'accompagnement postnatal en passant par

²¹² Au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé la période périnatale se situe entre vingt-deux semaines d'aménorrhée (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance du bébé. Pour les besoins de l'étude, elle est entendue ici comme le suivi des femmes enceintes jusqu'à l'accouchement. La période préconceptionnelle et l'interruption volontaire de grossesse sont exclues du périmètre.

la prise en charge de l'accouchement (FIGURE 25). On y trouve aussi d'autres publications autour des traitements médicamenteux, des outils et indicateurs et des guides patients.

FIGURE 25 : PANORAMA DES PUBLICATIONS HAS SUR LE SUJET DE LA PERINATALITE



Les recommandations de bonne pratique qui nous intéressent sont celles intitulées « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » mises à jour au 26 mai 2016²¹³.

Ces recommandations détaillent le suivi depuis la période pré-conceptuelle jusqu'à la consultation du 9e mois. On y trouve notamment les examens cliniques, échographiques et biologiques ainsi que les informations relatives à la prévention nécessaires au bon suivi des femmes enceintes.

Ces recommandations précisent l'adaptation éventuelle du suivi pour chacune des situations à risque identifiées (avant, au début ou en cours de grossesse). Il s'agit des grossesses liées à des facteurs de risque généraux notamment les facteurs individuels et sociaux, des antécédents personnels gynécologiques, des antécédents liés à une grossesse précédente ; à une exposition à des toxiques ; à des facteurs de risques médicaux comme le diabète gestationnel, les troubles de la coagulation, des maladies infectieuses et des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux²¹⁴. Les recommandations indiquent le type de suivi approprié en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement requis a minima.

Elles décrivent également les modalités de suivi des femmes enceintes ne présentant pas de complications, ce qui correspond à la majorité des grossesses et qui peut être utilisé pour quantifier les services à rendre.

En listant les besoins de santé issus du suivi d'une grossesse physiologique tels qu'ils ressortent de ces recommandations et en faisant l'impasse sur la période pré-conceptionnelle, qui n'est pas intégrée dans ces travaux de projection démographique, on peut ainsi retrouver :

- 7 consultations prénatales obligatoires dont la première avant la fin du troisième mois de grossesse et la dernière au neuvième mois. Le contenu de l'examen clinique est indiqué ;
- les bilans biologiques et les sérologies à réaliser pour le suivi ;
- 3 échographies aux 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestres ;
- une consultation de pré-anesthésie au 8^{ème} mois
- 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées.

Pour être complet et tenir compte des évolutions intervenues depuis 2016, le recensement des besoins doit s'appuyer sur les recommandations de la HAS et les documents de l'Assurance maladie²¹⁵ qui intègrent de nouvelles priorités issues notamment de la stratégie des 1000 jours (ENCADRE 33). Cela permet de dresser la liste des services suivants :

En anténatal, le parcours comporte :

- 7 consultations prénatales obligatoires – dont la première avant la fin du troisième mois de grossesse – effectuées par un médecin (généraliste, gynécologue médical

²¹³ [HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées \[Internet\]. 2016.](#)

²¹⁴ A cette liste s'ajoute une nouvelle recommandation début 2024 sur le repérage de situations de vulnérabilité qui vont nécessiter un accompagnement spécifique. [Haute Autorité de Santé - Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal \(has-sante.fr\).](#)

²¹⁵ [Assurance Maladie. Après l'accouchement : le retour à la maison \[Internet\]. 2023.](#)

[Assurance Maladie. Ma maternité : je prépare l'arrivée de mon enfant \[Internet\]. 2023.](#)

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-maternite>
[Suivi médical jusqu'aux 2 mois du nourrisson \[Internet\].](#)

ou gynécologue-obstétricien) ou une sage-femme, en libéral, dans un établissement de santé ou dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI) ;

- 3 échographies recommandées (1 par trimestre) ;
- 1 entretien prénatal précoce (EPP), rendu obligatoire depuis le 1er mai 2020 et réalisé par un médecin ou une sage-femme dès que la déclaration de grossesse est effectuée ;
- 1 bilan de prévention prénatal proposé et réalisé par une sage-femme si possible avant la 24^{ème} semaine d'aménorrhée (mis en place depuis 02/2019) ;
- 1 bilan bucco-dentaire ;
- 1 consultation d'anesthésie obligatoire ;
- des bilans sanguins mensuels ;
- un dépistage prénatal non invasif (DPNI) mesurant l'ADN fœtal libre circulant en fonction du résultat de l'évaluation du risque à partir des marqueurs sériques maternels du premier trimestre et des mesures échographiques (clarté nucale et longueur cranio-caudale) ou des seuls marqueurs sériques au deuxième trimestre ;
- 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Le parcours post-natal après le retour à domicile comporte :

- les visites au domicile pour surveillance de la mère et du ou des enfants, du lendemain de l'accouchement au 12^{ème} jour, par une sage-femme ;
- un entretien postnatal précoce obligatoire depuis le 1er juillet 2022 entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine qui suit l'accouchement par un médecin ou une sage-femme. L'objectif de cet entretien est de prévenir la dépression post-partum. Un 2^{ème} entretien peut être proposé de la 10^{ème} à la 14^{ème} semaine, par une sage-femme ou un médecin, pour les primipares et les femmes qui présentent un facteur de risque psychologique ou qui ont besoin de poursuivre l'accompagnement à l'issue du premier entretien ;
- un examen médical postnatal obligatoire qui doit être effectué dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement ;
- 2 séances de suivi postnatal du 8^{ème} jour jusqu'à la 14^{ème} semaine après l'accouchement par une sage-femme, si besoin ;
- des séances de rééducation périnéale et abdominale post-accouchement, si besoin ;
- pour l'enfant : 11 examens obligatoires au cours de la première année de vie : dans les 8 jours qui suivent la naissance, au cours de la 2^{ème} semaine, avant la fin du 1^{er} mois, 1 fois par mois entre le 2^{ème} et le 6^{ème} mois (5 examens), au cours des 9^{ème}, 12^{ème} mois et 13^{ème} mois²¹⁶.

Ainsi, les services à rendre aux femmes enceintes, aux parents et aux nouveau-nés peuvent être identifiés. Cependant, si ces services correspondent à la majorité des situations, ils ne sont pas totalement applicables au suivi « à la carte » des grossesses à risque, nécessairement plus resserré et mobilisateur de davantage de ressources humaines. Il apparaît donc nécessaire, pour un exercice de projection, d'utiliser en complément les données de vie réelle (Enquête nationale périnatale et analyse dans le Système national des données de santé (SNDS) de la consommation de soins des femmes enceintes) en analysant notamment les disparités régionales (cf.ENCADRE 34).

Ces données permettent également d'analyser quels sont les professionnels auxquels les femmes ont effectivement recours, en particulier quand les recommandations et les documents de l'Assurance maladie indiquent que ces recours peuvent être assurés soit par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue (médical ou obstétricien). En

²¹⁶ <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>.

effet, les substitutions possibles entre professionnels de santé, pour les activités pour lesquelles elles sont justifiées sur le plan de la qualité des soins, peuvent aider à mieux répondre aux besoins de la population : les chevauchements entre les compétences et missions de certains professionnels donnent de la souplesse pour s'adapter aux besoins et ressources locaux.

D'après la dernière édition de l'enquête nationale périnatale²¹⁷ :

- 50% des femmes ont eu 6 échographies ou plus ;
- seules 36,5 % des femmes ont déclaré avoir bénéficié d'un EPP ; il est essentiellement réalisé par les sage-femmes libérales, dans 57% des cas (versus 47% en 2016) ;
- à l'issue de l'entretien, 13% des femmes ont rapporté qu'elles avaient été orientées vers un professionnel pour des raisons particulières (difficultés sociales, difficultés psychologiques, tabagisme, etc.) ;
- les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sont très suivies par les primipares (80% d'entre elles) et beaucoup moins par les multipares (35%) ;
- la grande majorité des séances de PNP est réalisée en libéral. Les trois quarts des femmes ayant suivi des séances de PNP ont eu entre 4 et 8 séances ;
- la moitié des femmes ont consulté au moins une fois en urgence ou sans rendez-vous pour un motif lié à la grossesse, principalement à la maternité ou à l'hôpital ;
- le principal professionnel en charge du suivi prénatal (TABLEAU 15) pendant les six premiers mois est un gynécologue-obstétricien, consulté majoritairement en libéral. Cependant on observe une forte évolution à la hausse du suivi par les sages-femmes en libéral ou en maternité publique ou en Centre périnatal de proximité (CPP). Cette évolution pourrait s'expliquer par la hausse du nombre de sage-femmes, notamment celles exerçant une activité libérale, et par une meilleure visibilité de leurs compétences²¹⁸.

TABLEAU 15 : CONSULTATIONS PRÉNATALES : PROFESSIONNELS CONSULTÉS PENDANT LA GROSSESSE²¹⁹

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Professionnel principalement consulté durant les 6 premiers mois^(1,2)					
GO libéral	49,7	<,0001	4 288	39,4	38,5 - 40,3
GO en maternité publique/ médecin en CPP	16,0		1 321	12,1	11,5 - 12,8
Généraliste	6,5		469	4,3	3,9 - 4,7
Sage-femme libérale	8,5		2 494	22,9	22,1 - 23,7
Sage-femme en maternité publique/ en CPP	14,8		1 755	16,1	15,4 - 16,8
Médecin ou sage-femme de PMI	2,3		202	1,9	1,6 - 2,1
Plusieurs professionnels	2,2		356	3,3	2,9 - 3,6
	(11 648)		(10 885)		

GO : Gynécologue obstétricien

Source : Enquête nationale périnatale 2022

²¹⁷ [Inserm, Santé publique France, DREES. Enquête nationale périnatale : les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Octobre 2022.](#)

²¹⁸ [Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la Drees, mars 2021.](#)

²¹⁹ [Inserm, Santé publique France, DREES. Enquête nationale périnatale : les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Octobre 2022.](#)

Bien identifiés par les travaux scientifiques, les 1000 premiers jours de l'enfant correspondent à une période de vie unique qui court des premiers mois de grossesse au seuil de l'école maternelle. Au cours de cette période, l'apprentissage progresse à toute vitesse, plus vite qu'à tout autre moment de la vie. L'environnement physique, affectif et nutritionnel dans lequel évolue l'enfant façonne sa santé globale et son bien-être futur. Les 1000 premiers jours offrent donc une multitude d'opportunités pour soutenir le bon développement de l'enfant et construire avec lui certaines fondations de sa vie, pour lui et pour l'adulte qu'il deviendra.

Les 1000 premiers jours, c'est aussi un temps de bouleversements et de vulnérabilités, au cours duquel l'enfant est particulièrement sensible à son environnement et aux événements de vie. L'arrivée d'un enfant est alors l'occasion d'imaginer et de créer les environnements protecteurs, sains et sûrs dans lesquels il pourra s'épanouir et explorer pleinement ses capacités.

Pour les parents, c'est aussi un temps de profonds changements, qui peuvent être sources de fatigue et d'émotions négatives. C'est pourquoi parents et enfants ont besoin d'être accompagnés et soutenus tout au long des 1000 premiers jours, afin qu'ils puissent vivre ensemble et sereinement ces premiers moments de vie.

Enfin, les 1000 premiers jours c'est aussi le moment clef pour agir contre les inégalités sociales et leur reproduction, en œuvrant pour l'équité des chances d'une bonne santé physique, psychique et sociale. Parce que la précocité des interventions est souvent proportionnelle à leur efficacité, garantir le bon développement des enfants aujourd'hui, c'est agir pour les adultes et la société de demain.

Appuyée sur les recommandations du rapport de la commission des 1000 premiers jours présidée par Boris Cyrulnik remis en septembre 2020 au secrétaire d'Etat à l'enfance et aux familles, le projet dit « des 1000 premiers jours » promeut une politique publique conçue autour des besoins de l'enfant et vise la création d'un environnement favorable pour y répondre à travers une approche globale qui met au centre de la politique publique le développement de l'enfant pendant ses 1000 premiers jours.

Ce projet invite à décloisonner les approches, à créer de la continuité entre le temps de la grossesse, celui de la naissance et des premières semaines et celui des premières années, à encourager les échanges et la coordination entre des différents professionnels et les différents services des 1000 premiers jours, notamment entre le secteur de la santé et le secteur social des modes d'accueil du jeune enfant et du soutien à la parentalité.

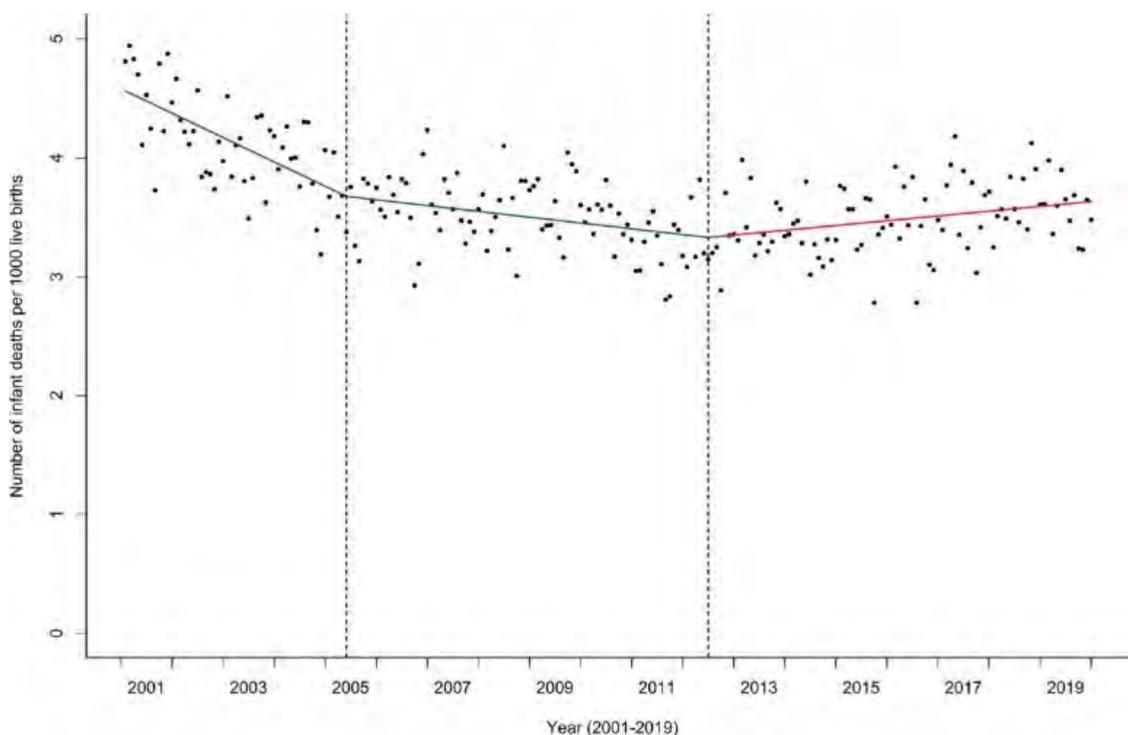
²²⁰ [1000premiersjours-presentation-24.08.21.pdf \(sante.gouv.fr\)](https://www.sante.gouv.fr/1000premiersjours-presentation-24.08.21.pdf).

4.3. Les besoins de santé tels qu'ils ressortent des indicateurs de santé publique, et du ressenti des femmes et des professionnels

Les besoins de santé doivent aussi être appréhendés à l'aune des indicateurs de santé publique actuels : si les résultats ne sont pas satisfaisants actuellement, il n'est pas pertinent de les projeter à l'identique.

Depuis plusieurs années, différentes études ont souligné les taux élevés de mortalité infantile en France^{221 222}.

FIGURE 26 : TAUX DE MORTALITE INFANTILE EN FRANCE (2001-2019) : EVOLUTION TEMPORELLE DU NOMBRE MENSUEL DE DECES DE NOURRISSONS DE MOINS D'UN AN POUR 1000 NAISSANCES VIVANTES



Lecture : les lignes verticales signalent les points de rupture où la pente a changé
Source : Trinh et al, 2022.

L'augmentation de la mortalité infantile (enfants décédés entre J0 et J364) depuis 2012 en France est surtout due à une augmentation de la mortalité néonatale (enfants décédés entre J0 et J27). Au sein de cette fenêtre de temps, la mortalité néonatale précoce (enfants décédés entre J0 et J6) représente près de $\frac{3}{4}$ des décès.

Le Haut Conseil de la Santé publique, dans sa contribution à la Stratégie nationale de santé 2023-2033 soulignait une stagnation de la mortalité périnatale (enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours) et l'évolution préoccupante des indicateurs de mortalité infantile avec de grandes inégalités territoriales. En particulier il insistait sur le

²²¹ [Trinh NTH, Visme S de, Cohen JF, Bruckner T, Lelong N, Adnot P, et al. Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019. The Lancet Regional Health, mai 2022.](#)

²²² [Papon S. Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne - Insee Focus – 301, juin 2023.](#)

fait que la mortalité périnatale reste à 10,2 pour 1000 naissances alors qu'elle diminue dans les autres pays et reste 2 fois plus élevée dans certains Drom.

Cette situation sanitaire a aussi conduit la société française de néonatalogie à souligner en octobre 2023 l'importance de revoir l'organisation des soins critiques²²³.

Fin 2023, la mortalité infantile a également fait l'objet d'une mission flash de l'Assemblée nationale qui préconisait 10 actions pour améliorer la situation actuelle²²⁴ en mettant en place des mesures concernant tout à la fois l'offre et la qualité des soins en périnatalité, l'instauration d'une politique plus ambitieuse de prévention pour améliorer la prise en charge de certains facteurs de risques (obésité, diabète,...), soutenir les dispositifs d'accompagnement des femmes les plus vulnérables ainsi que la création d'un registre national des naissances permettant de mieux comprendre et prévenir la mortalité infantile.

ENCADRE 34 : DES DISPARITES REGIONALES

En 2021²²⁵, 2 700 enfants nés vivants sont décédés en France avant leur premier anniversaire (sur un total de 742 000 naissances) soit un taux de 3,7 enfants de moins d'un an décédés pour 1 000 enfants nés vivants. Ce taux de mortalité infantile varie selon les territoires. Il est plus élevé dans les Drom^{226 227}, 7,7‰ en moyenne, contre 3,5‰ en France métropolitaine où c'est en Seine-Saint-Denis qu'il est le plus élevé (5,4‰). Il est supérieur à 5,0‰ dans trois autres départements : le Jura, l'Indre-et-Loire et le Lot. L'Île-de-France, le Centre-Val de Loire et le Grand Est sont les 3 régions ayant un taux supérieur à la moyenne nationale.

En Ile de France, l'Observatoire régional de la santé (ORS)²²⁸ insiste particulièrement sur la progression de certains facteurs de risque (précarité, obésité, diabète, etc.) et sur l'organisation du système de santé. Comparée aux autres régions métropolitaines, en 2022, l'Île-de-France enregistre le plus bas taux d'Entretien prénatal précoce, qui est particulièrement bas en Seine Saint Denis à 55,4% (FIGURE 27). La prévalence du diabète gestationnel a triplé en 10 ans, passant de 5,9 % en 2010 à 16,5 % en 2021 (FIGURE 28) avec des disparités territoriales (prévalences supérieures à 20% dans le 93 et le 95).

²²³ Société Française de Néonatalogie : Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023, octobre 2023.

²²⁴ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/organes/commissions-permanentes/affaires-sociales/missions-flash/mortalite-infantile>.

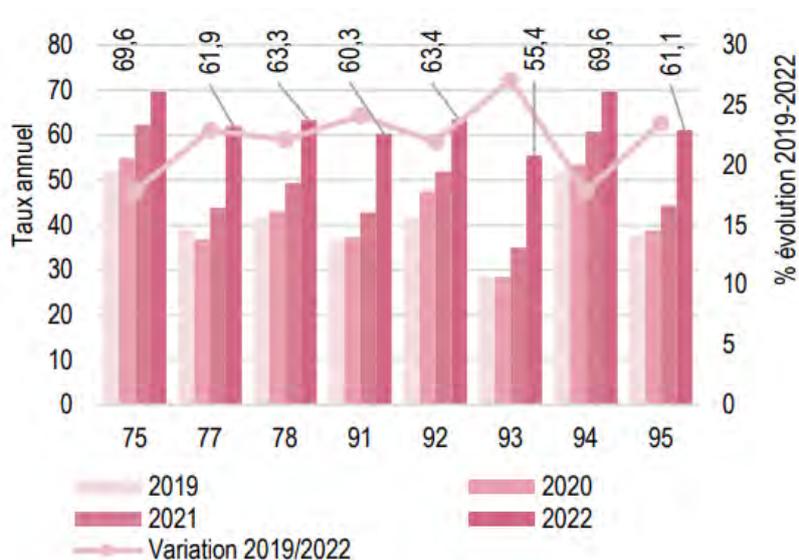
²²⁵ [Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne – La situation démographique en 2021 | Insee](#).

²²⁶ 8,9 ‰ à Mayotte, 8,2 ‰ en Guyane, 8,1 ‰ en Guadeloupe, 7,2 ‰ en Martinique et 6,7 ‰ à La Réunion.

²²⁷ Où les évolutions démographiques, les caractéristiques des femmes, les priorités, l'organisation des soins diffèrent beaucoup de la métropole.

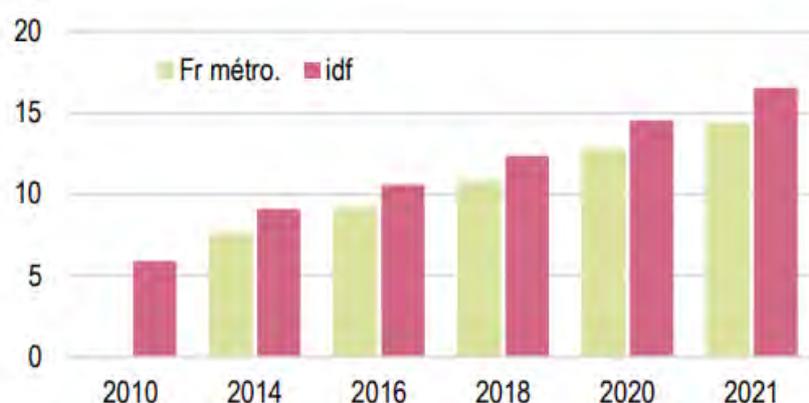
²²⁸ [La sante des Franciliens vd.pdf \(ors-idf.org\)](#) et voir également [Focus mortalite infantile.pdf \(ors-idf.org\)](#).

FIGURE 27 : EVOLUTION DU TAUX DE FEMMES ENCEINTES BENEFICIANT D'UN EPP (EN LIBERAL, PMI, CDS ET ETABLISSEMENT DE SANTE)



Source : CNAM

FIGURE 28 : EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU DIABETE GESTATIONNEL EN ÎLE-DE-FRANCE VS FRANCE METROPOLITAINE (EN %)



Source : SNDS, PMSI, exploitation ORS-IDF

Les ORS réalisent de nombreuses études²²⁹ sur la santé périnatale dont l'exploitation des certificats de santé des enfants domiciliés dans leur région, en collaboration avec les PMI. En exploitant les données issues des certificats de santé des 8 premiers jours, du 9ème mois et du 24ème mois à l'échelle de la région, l'ORS Grand Est²³⁰ a publié une étude en 2020 permettant de suivre les principaux indicateurs d'état de santé des enfants et des mères afin d'objectiver certaines inégalités sociales et territoriales en santé dès la grossesse et la période périnatale afin que des actions correctrices soient mise en place.

²²⁹ A titre d'exemple : en Région Centre val de Loire : [Exploitation des CS8 des enfants domiciliés en région CVdL et nés en 2019 \(orscentre.org\)](#) ; en région Occitanie un focus sur le département de la Creuse : [133.Perinat_23_CS8_2020.pdf \(ors-na.org\)](#).

²³⁰ En région Grand-Est : [Rapport CS8-9-24 GE D2017 VF \(ors-ge.org\)](#).

Tous les PRS proposent des objectifs sur la périnatalité et incluent la stratégie des 1000 jours avec de nombreuses mesures concernant le renforcement de la prévention et promotion de la santé dont une attention particulière pour les femmes les plus vulnérables ainsi que des axes d'amélioration de la coordination entre les acteurs de la périnatalité afin de sécuriser et rendre accessibles les parcours.

4.4. L'avis des patientes sur l'accompagnement durant la grossesse

L'Enquête nationale périnatale de 2021 fournit des éléments sur l'avis d'un échantillon représentatif femmes recueilli 2 mois après l'accouchement ²³¹ :

- 15,5% des femmes ont vécu difficilement ou très difficilement leur grossesse et 11,7% ont un mauvais voire très mauvais vécu de leur accouchement ;
- elles sont 16,7% à présenter des symptômes dépressifs majeurs ;
- plus de 90% des femmes se disent satisfaites voire très satisfaites de leur prise en charge médicale durant le suivi de leur grossesse et leur accouchement ;
- certains conseils de prévention semblent avoir été bien dispensés tels que les modalités de couchage des enfants sur le dos (seules 6,7% n'ont pas reçu de conseils concernant le couchage de leur enfant). En revanche, d'autres conseils sont donnés insuffisamment (par exemple, moins de la moitié des femmes ont eu des conseils pour calmer ou soulager les pleurs de leur enfant).

Le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) a également publié un rapport intitulé *Prévention de l'insécurité maternelle*²³², qui dresse un constat préoccupant, même si le mode de collecte (les femmes se connectent spontanément pour répondre) peut laisser supposer que les femmes souhaitant témoigner de difficultés sont sur-représentées.

4.5. L'appréciation de l'Académie de Médecine

L'Académie de Médecine s'est prononcée dans un rapport récent sur le niveau actuel de couverture des besoins de santé en périnatalité²³³ :

« La mortalité néonatale en France n'a pas diminué depuis 20 ans et le dernier plan de périnatalité est arrivé à terme en 2007.

Une crise démographique sans précédent touche toutes les professions de la périnatalité. Cette crise contribue à l'accélération des fermetures de maternités en particulier au sein des établissements de soins privés.

La couverture territoriale par les établissements de type 2 et 3, à l'exception de la Corse est satisfaisante mais ces établissements sont saturés et offrent des conditions de travail et d'accueil dégradées.

Leur attractivité est particulièrement faible pour les sages-femmes²³⁴ et les infirmières, professions où les postes vacants sont nombreux.

²³¹ [Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements - Situation et évolution depuis 2016. Enquête nationale périnatale, Rapport 2021.](#)

²³² [CIANE. Prévention de l'insécurité maternelle. 2022 p. 96.](#)

²³³ Ville Y, Rudigoz R, Hascoët J. Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence. févr 2023.

²³⁴ Dans ce même rapport, l'Académie de médecine indique que les écoles de maïeutique affichent entre 20% et 30% de places non choisies en régions et à Paris respectivement.

Les attentes de la population autour de la naissance ne sont satisfaites ni qualitativement ni en termes d'accès aux soins. La situation particulièrement préoccupante des départements et régions d'Outre-mer doit faire l'objet d'une analyse qui n'a pas pu être réalisée dans ce rapport. »

4.6. Les professionnels et l'organisation sanitaire actuelle pour assurer le suivi des femmes enceintes

Les professionnels de santé chargés de rendre les services concernés ayant été ciblés, il convient d'en dresser un état des lieux, tant sur leur nombre que sur les modalités organisationnelles.

4.6.1. Les professionnels de santé en charge des services à rendre aux femmes enceintes

Pour ce cas pratique on se limite aux sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Les autres professionnels, médicaux et paramédicaux, qui participent à l'accompagnement et à la prise en charge des femmes enceintes sont nombreux (pédiatres, gynécologues médicaux, médecins spécialistes de médecine générale, biologistes, échographistes qui pratiquent des échographies obstétricales, anesthésistes réanimateurs, infirmières notamment puéricultrices, ...). Les difficultés techniques pour relier les services à rendre en santé périnatale et les besoins en ressources humaines de ces professionnels sont encore plus élevées.

4.6.1.1. Les sages-femmes

En 2023, la Drees recensait 24 400 sages-femmes (SF) en France dont 97% de femmes²³⁵.

Le suivi des femmes enceintes peut s'effectuer en secteur libéral ou en maternité. Les accouchements sont eux réalisés dans l'immense majorité en maternité (99%) ; environ 1 000 accouchements par an ont lieu en maison de naissance et les accouchements au domicile continuent de croître en nombre (environ 2000 en 2020)²³⁶. Ceci rend nécessaire une comptabilisation assez fine d'une part du nombre de sages-femmes qui travaillent en maternité, d'autre part de celles qui ont un exercice libéral et contribuent ainsi au suivi pré et post-natal²³⁷ et enfin de celles qui ont un exercice mixte contribuant à des degrés divers aux suivis et aux accouchements.

Les salariées des établissements de santé représentent 57% des effectifs en 2023, 26% des sages-femmes sont libérales, 10% ont une activité mixte et 8% sont salariées d'autres structures (PMI - Centres de santé sexuelle (ex-Centre de Planification et d'éducation familiale CPEF) – FIGURE 29. L'augmentation du nombre de sages-femmes est portée par l'exercice libéral et dans une moindre mesure par l'exercice mixte.

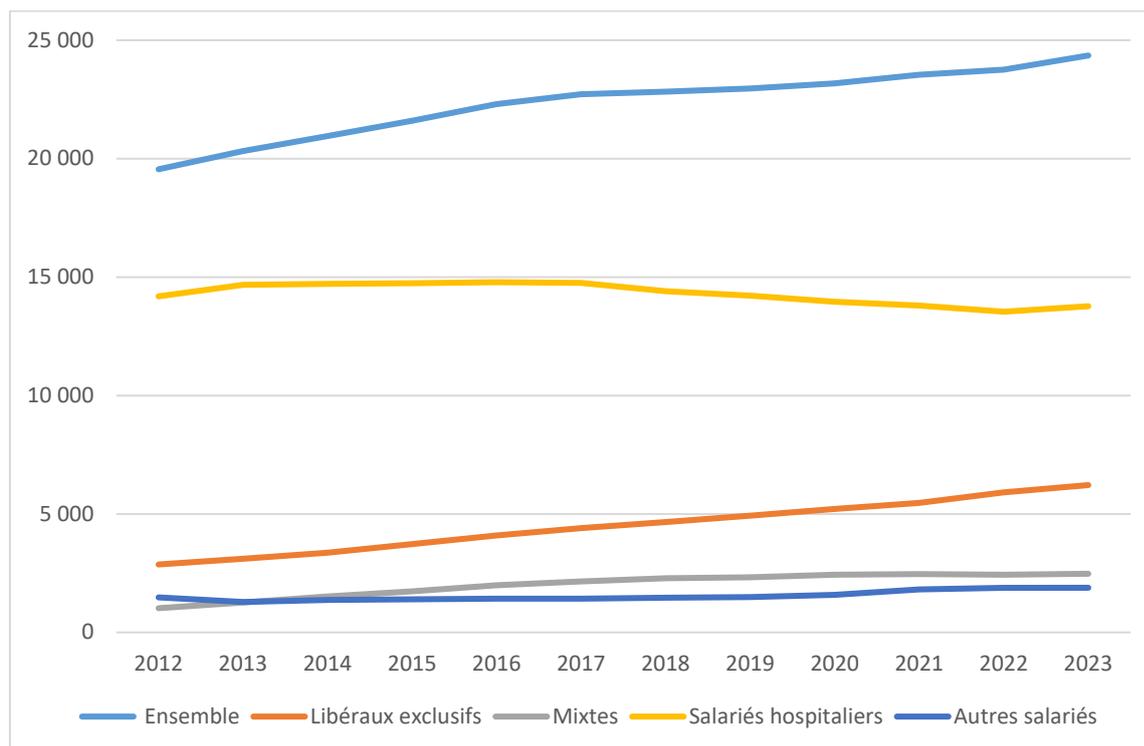
La profession a un âge moyen de 41 ans (FIGURE 30).

²³⁵ [Démographie des professionnels de santé - Drees \(shinyapps.io\)](https://shinyapps.io).

²³⁶ [Stauffer-Obrecht F, Koenig I. Accouchements accompagnés à domicile en 2020 en France : évolution et clés pour la pratique. Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile, 2021 oct.](#)

²³⁷ Sachant que quelques sages-femmes libérales réalisent les accouchements : celles qui interviennent dans les 20 maisons de naissance sont libérales ; environ 150 sages-femmes libérales réalisent des accouchements à domicile ; les sages-femmes libérales peuvent avoir des conventions avec des maternités pour utiliser son plateau technique pour réaliser les accouchements de leurs patientes.

FIGURE 29 : EVOLUTION DU NOMBRE DE SAGES-FEMMES (EN MILLIERS) ENTRE 2012 ET 2023



Source : Evolution des effectifs des sages-femmes sur la période 2012-2023, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees.

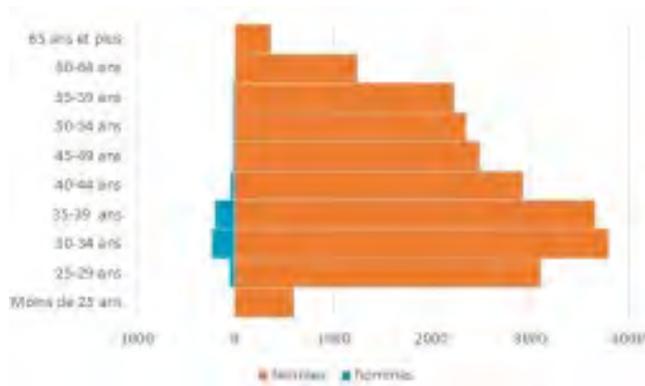
Le rapport de l'Académie de Médecine rapporte que 3 000 sages-femmes en activité n'exercent pas la maïeutique mais ont utilisé des passerelles vers des activités non médicales²³⁸.

La proportion de diplômées à l'étranger parmi les professionnelles en exercice est en constante augmentation, en particulier du fait de l'augmentation du nombre de Françaises détenant un diplôme européen, mais reste à un niveau relativement bas (7,5 % des professionnelles en exercice)²³⁹.

²³⁸ Ville Y, et al. op cit

²³⁹ Anguis M et al., op cit

FIGURE 30 : PYRAMIDE DES AGES DES SAGES-FEMMES, EN 2021

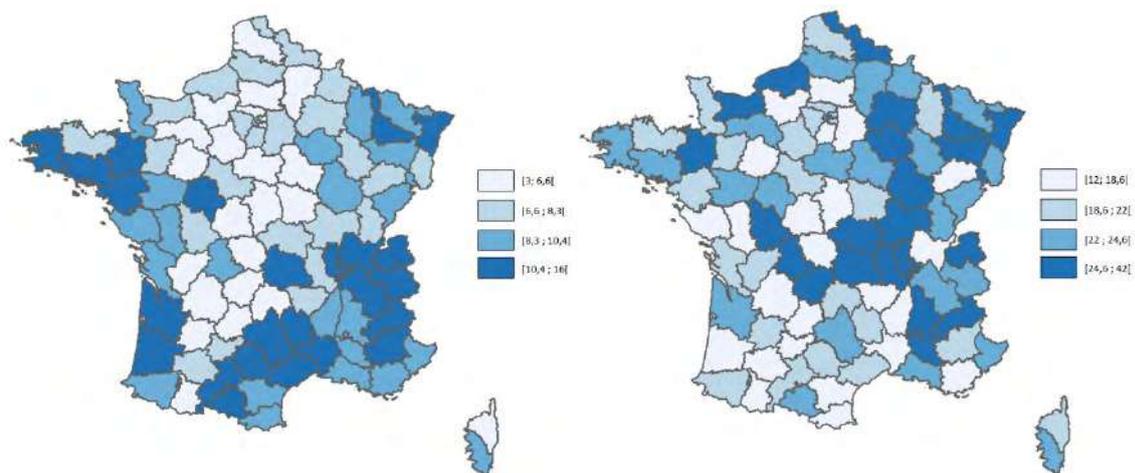


Source : RPPS, exploitation Drees

L'enquête périnatale 2021 indique, comme en 2016, que plus de la moitié des naissances en maternité sont réalisées par une sage-femme. Lorsque l'on considère uniquement les accouchements par voie basse et spontanés, cette proportion atteint 89% des accouchements et ce taux est stable par rapport à l'édition 2016²⁴⁰.

Les disparités de répartition des sages-femmes au niveau régional sont relativement limitées par rapport à celles d'autres professions : plus de la moitié des régions a une densité proche de la densité nationale²⁴¹. Cependant, les données départementales confirment les constats réalisés il y a plus de 10 ans par la Drees à savoir des densités très différentes des sages-femmes selon le mode d'exercice salarié ou libéral²⁴². Or, il est notable que celles-ci ne réalisent pas les mêmes soins aux femmes enceintes.

FIGURE 31 : DENSITE DES SAGES-FEMMES LIBERALES (A GAUCHE) ET SALARIEES (A DROITE) POUR 100 000 FEMMES DE 15 A 49 ANS, PAR DEPARTEMENT, AU 1^{ER} JANVIER 2023



Source : données Drees

²⁴⁰ Inserm, Santé publique France, Drees. Enquête nationale périnatale, op cit

²⁴¹ Anguis M, et al., op cit

²⁴² Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et résultats. mars 2012;(791):8.

TABLEAU 16 : SOURCES DE DONNÉES SUR LES SAGES-FEMMES

Bases de données	Informations utiles	Limites
RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) Géré par l'Agence du numérique en santé	Recense l'ensemble des sages-femmes inscrites à l'Ordre avec leur sexe et leur âge. Les bases sur le site de la Drees (Demographie des professionnels de santé - Drees (shinyapps.io)) proposent des statistiques fiables à partir du RPPS.	Lorsque les données sont analysées à un niveau trop fin leur qualité peut être moindre.
SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie) Géré par la Cnam	Couvre les professionnels libéraux exclusivement avec le référentiel FNPS (Fichier National des Professions de Santé).	
SAE (Statistique annuelle des Etablissements de santé) Gérée par la Drees	Contient des informations déclaratives sur les ressources humaines présentes dans les établissements de santé. La SAE dispose d'un bordereau dédié à la périnatalité, qui recueille conjointement les informations sur le nombre d'accouchements dans l'année et le nombre de SF et la distinction entre salariées et libérales.	Les données de la SAE peuvent notamment contenir des doubles-comptes. L'affectation des SF n'est pas précisée de manière fine.
Enquête annuelle sur les écoles de formation aux professions de santé Gérée par la Drees	Nombre d'élèves en formation, flux d'entrée dans ces formations, le taux d'abandon en cours d'études.	
BTS (Base tous salariés) Gérée par l'Insee	Contient des informations concernant les effectifs salariés hospitaliers (DADS « grand format » auparavant, base « tous salariés » / BTS désormais).	

4.6.1.2. Les gynécologues²⁴³

A partir des données RPPS collectées par l'Ordre des médecins, la Drees recense 5 773 gynécologues obstétriciens (GO) au 1^{er} janvier 2023²⁴⁴ : 37% sont salariés en établissements (2 184), la même proportion est constituée de libéraux exclusifs (2 167) et les autres ont un exercice mixte (1 191) ou ont un exercice salarié qui ne rentre pas dans ces catégories (231).

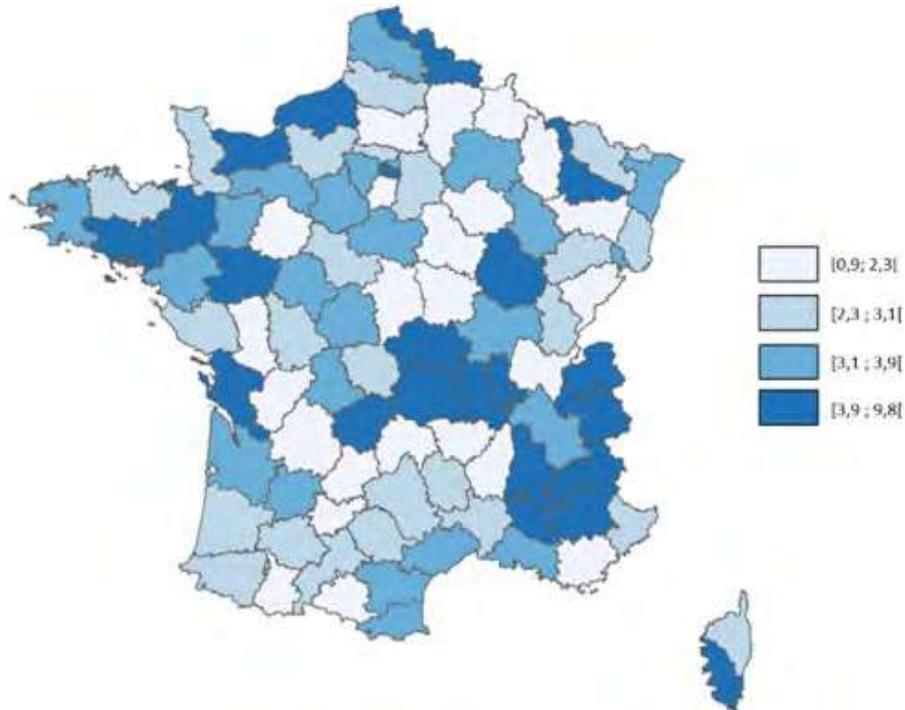
²⁴³ ONDPS, LABERS. [La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension, mai 2021.](#)

²⁴⁴ <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

La profession compte 58% de femmes et sa moyenne d'âge est d'environ 48 ans.

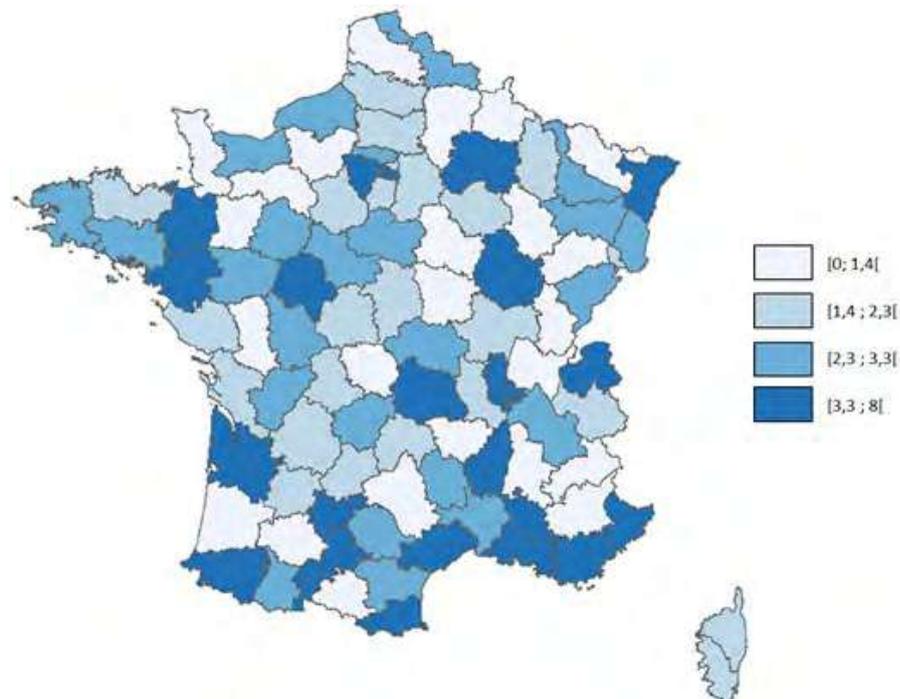
La profession présente en outre de grandes variations régionales dans l'installation et l'accessibilité en lien avec l'implantation des maternités et la libre installation des cabinets libéraux.

FIGURE 32 : DENSITE DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS SALARIES POUR 100 000 FEMMES DE 15 ANS OU PLUS PAR DEPARTEMENT EN 2023



Source : Drees

FIGURE 33 : DENSITE DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS LIBERAUX POUR 100 000 FEMMES DE 15 ANS OU PLUS PAR DEPARTEMENT EN 2023



Source : Drees

Comme pour les sages-femmes, il est nécessaire de caractériser plus finement l'exercice des GO pour identifier ceux qui interviennent dans le parcours des femmes enceintes. Comme indiqué précédemment, les sages-femmes réalisent 89% des accouchements par voie basse et spontanés ; elles suivent toute la phase du travail pour une proportion encore plus élevée de cas. En maternité publique, le rôle du GO est complémentaire à celui des sages-femmes. Il est avant tout d'assurer les césariennes, les prises de décision et la sécurité des soins. Leur présence est normée pour les gardes sur place et les astreintes afin d'assurer la permanence des soins dans les maternités (cf ENCADRE 35).

Tous les GO hospitaliers ne font pas de l'obstétrique (ils peuvent s'occuper d'Assistance médicale à la procréation (AMP), de chirurgie gynécologique et carcinologique... par exemple). Le service d'affectation des PH est tracé par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) dans les arrêtés de nomination.

Parmi les GO libéraux, certains réalisent uniquement le suivi en ville et d'autres exercent en établissements où ils réalisent des accouchements. Le TABLEAU 17 éclaire les différentes bases utilisables et leurs limites pour identifier les médecins GO et leur activité dans le but de préciser quelle part répond finalement aux besoins définis préalablement.

TABLEAU 17 : SOURCES DE DONNÉES SUR LES GYNECOLOGUES OBSTÉTRICIENS²⁴⁵

Bases de données	Informations utiles	Limites
<p>RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)</p> <p>Géré par l'Agence du numérique en santé</p>	<p>Recense l'ensemble des médecins inscrits à l'Ordre avec leur diplôme, leur sexe et leur âge.</p> <p>Les bases sur le site de la Drees (Démographie des professionnels de santé - Drees (shinyapps.io)) proposent des statistiques fiables à partir du RPPS, en utilisant des nomenclatures robustes aux modifications des diplômes. Contient la décomposition des GO par mode d'exercice : Libéraux exclusifs, Mixtes, Salariés hospitaliers et Autres salariés ainsi que le détail par activités déclarées (qui excède donc le nombre de professionnels) : Hôpital public, Etablissement privé ESPIC, Etablissement privé lucratif, Centre de santé, Cabinet individuel, Cabinet de groupe, société, Prévention, Autres secteurs, Activités exercées par des remplaçants</p>	<p>La base en accès libre recense de nombreux diplômes qui complexifient l'analyse (cf. fermeture du CES entre 1984 et ouverture du DES de gynécologie médicale en 2003²⁴⁶).</p> <p>Lorsque les données sont analysées à un niveau trop fin leur qualité peut être moindre.</p>
<p>SAE (Statistique Annuelle des Etablissements de santé)</p> <p>Gérée par la Drees</p>	<p>Contient des informations déclaratives sur les ressources humaines présentes dans les établissements de santé (GO salariés et libéraux).</p> <p>La SAE dispose d'un bordereau dédié à la périnatalité, qui recueille conjointement les informations sur le nombre d'accouchements dans l'année et le nombre de GO.</p>	<p>Les données de la SAE peuvent contenir des doubles-comptes (les déclarations se font établissement par établissement, sans consolidation).</p> <p>On ne dispose pas des chirurgiens gynécologiques dans la SAE, qui peuvent être soit en chirurgie soit en obstétrique.</p>
<p>BTS (Base tous salariés)</p> <p>Gérée par l'Insee</p>	<p>Contient des informations concernant les effectifs salariés hospitaliers (DADS « grand format » auparavant, base « tous salariés » / BTS désormais).</p>	<p>Ne permet pas de détailler les médecins par spécialités.</p>
<p>SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie)</p> <p>Géré par la Cnam</p>	<p>Contient les données de facturation des médecins libéraux. Permet donc de repérer les GO qui réalisent des accouchements et de quantifier cette activité.</p>	
<p>PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information)</p> <p>Géré par l'ATIH</p>	<p>Contient les données de facturation des établissements de santé</p>	<p>L'information est remontée par établissement et traduit donc l'activité d'une équipe et non celle d'un praticien en particulier.</p>

²⁴⁵ Le Système d'information sur le suivi des étudiants (SISE) et les Résultats des épreuves classantes nationales (ECN) fournissent également des informations sur les formations.

A ces 5 800 gynécologues obstétriciens s'ajoutent 2 000 gynécologues médicaux.

Les entrées en formation proviennent des données des Epreuves classantes nationales (ECN) produites par le CNG et à disposition de l'ONDPS. Elles font l'objet d'une publication via l'arrêté d'ouverture des postes.

L'analyse de la durée de vie professionnelle, comme pour les sages-femmes, est fondée sur les données RPPS collectées par l'Ordre des médecins.

Si les projections de la Drees tablent sur une augmentation du nombre de médecins spécialistes jusqu'en 2050²⁴⁷, le rapport de l'Académie de médecine liste des constats préoccupants pour la profession GO²⁴⁸ :

- seul un tiers des anciens assistants (moyenne d'âge 45 ans) déclare pratiquer une activité obstétricale. De plus, un tiers des obstétriciens en exercice déclarent être en burn-out ;
- leur activité est concentrée sur les consultations plutôt que sur les accouchements ;
- la durée de la carrière « obstétricale » moyenne d'un gynécologue-obstétricien est de 11 ans avec une orientation surspécialisée (chirurgie gynécologique, AMP, etc.) et une activité à temps partiel pour 80% d'entre eux ;
- leur installation géographique est très déséquilibrée ;
- seulement la moitié des internes envisagent d'exercer une activité d'obstétrique, et celle-ci est de plus conditionnelle, avec un maximum de 5 gardes par mois, et très majoritairement dans des maternités de type 2 ou 3 ; enfin la majorité envisage d'interrompre cette activité à partir de 50 ans.

Les constats qui précèdent sont corroborés par le Collège national des gynécologues et obstétriciens (CNGOF) dans le rapport de sa commission démographie qui indiquait en novembre 2022 que « *La crise démographique des gynécologues-obstétriciens est "profonde" et va s'aggraver, si rien n'est fait pour prendre en compte l'évolution des aspirations des jeunes praticiens et les besoins réels en termes de santé publique* »²⁴⁹.

Les éléments présentés dans cette partie renvoient à la discussion en deuxième partie de ce rapport : « *l'exercice consistant à mettre en adéquation les ressources humaines et les besoins de santé n'a de sens que si in fine les professionnels réalisent bien les missions attendues (...) Pour être efficace et efficiente, [une] augmentation [du nombre de médecins formés] doit absolument s'accompagner de mesures complémentaires afin de s'assurer que l'augmentation de la densité médicale correspond bien à une activité attendue de soins, bien répartie au niveau territorial* »²⁵⁰. Ils posent la question de la valorisation²⁵¹ et de la répartition des activités à fortes contraintes horaires, psychologiques, physiques, pour les sages-femmes comme pour les gynécologues, et au-delà, pour les pédiatres et les anesthésistes, sur lesquels pèsent également des contraintes de permanence des soins. Le Hcaam a prévu d'étudier la question de l'attractivité de l'hôpital public lors de ses futurs travaux sur les dépassements d'honoraires.

²⁴⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/datavisualisation/projections-defectifs-de-medecins>.

²⁴⁸ Ville Y et al., op cit.

²⁴⁹ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ? Commission démographie. Rapport 2022. p9.

²⁵⁰ [Touzé E., Bocognano A., Bourgueil Y., « Former plus de médecins pour demain ? », Les Tribunes de la santé 2023/1 \(N° 75\), pages 71 à 89.](#)

²⁵¹ en incluant dans la réflexion le rôle des primes de responsabilité civile professionnelle.

4.6.2. Les structures en charge de l'accompagnement et de l'accouchement des femmes enceintes

4.6.2.1. Les maternités

Le décret « Périnatalité » n°98-900 du 9 octobre 1998 a défini les conditions techniques de fonctionnement des maternités et distingué règlementairement trois types différents de maternités, pour prendre en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter, grâce à un suivi prénatal précoce, les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de leur risque. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007^{252 253}

- Type 1 : maternité avec soins courants au nouveau-né – grossesses à bas risque
- Type 2 : maternité + soins spécifiques au nouveau-né – prise en charge de la prématurité et des pathologies modérées du nouveau-né
 - o 2A : maternité + unité de néonatalogie
 - o 2B : idem 2A + unité de soins intensifs néonataux
- Type 3 : idem 2B + service de réanimation néonatale – prise en charge de la grande prématurité et des pathologies sévères du nouveau-né et de la mère.

ENCADRE 35 : LES RATIOS D'EFFECTIFS

Le plan périnatal de 2005 a inscrit dans l'article D6124-44 du Code de la Santé publique des ratios d'effectifs de sages-femmes et de gynécologues obstétriciens, pour le secteur de naissance²⁵⁴.

1° En ce qui concerne les sages-femmes :

- a) Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme est présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance ;
- b) Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires.

Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement ;

- c) Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour ;

2° En ce qui concerne les médecins :

Quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé, celui-ci organise la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique. Cette continuité est assurée :

- soit par un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale ;

²⁵² Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique. JORF n°235 oct 10, 1998.

²⁵³ Drees « La naissance : les maternités » In Les établissements de santé, 2022.

²⁵⁴ Au secteur de naissance en maternité s'ajoutent les activités non programmées (urgences), l'hospitalisation avec les suites de couches et les consultations (suivi, explorations, AMP, diagnostic anténatal...).

- soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet obstétricien et par un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement.

a) Pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site ;

- le gynécologue-obstétricien intervient, sur appel, en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;

- un anesthésiste-réanimateur, sur place ou d'astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ;

- un pédiatre présent dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité.

b) Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique ;

- un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2 000 naissances par an, l'anesthésiste-réanimateur est présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique ;

- un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.

3° En ce qui concerne les autres catégories de personnel, dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme.

En 2015, un rapport de la Cour des comptes relevait que si l'outil normatif avait eu un effet restructurant « lourd », la mise en conformité des structures avec les décrets de périnatalité était très incomplète et que les conditions de sécurité étaient imparfaitement vérifiées en particulier dans les plus petites maternités²⁵⁵.

En 2022, la France comptait 464 maternités réparties dans 389 villes. 167 sont de type 1, 230 de type 2 (143 2a et 87 2b) et 67 de type 3. (FIGURE 34).

Les maternités de type 1 ont réalisé environ 20% des accouchements, les maternités de type 2a et 2b en ont réalisé 52% (28% et 24% respectivement) et les maternités de niveau 3 ont effectué 28%.

En 2022, 190 maternités (40% du total) ont effectué moins de 1 000 accouchements.

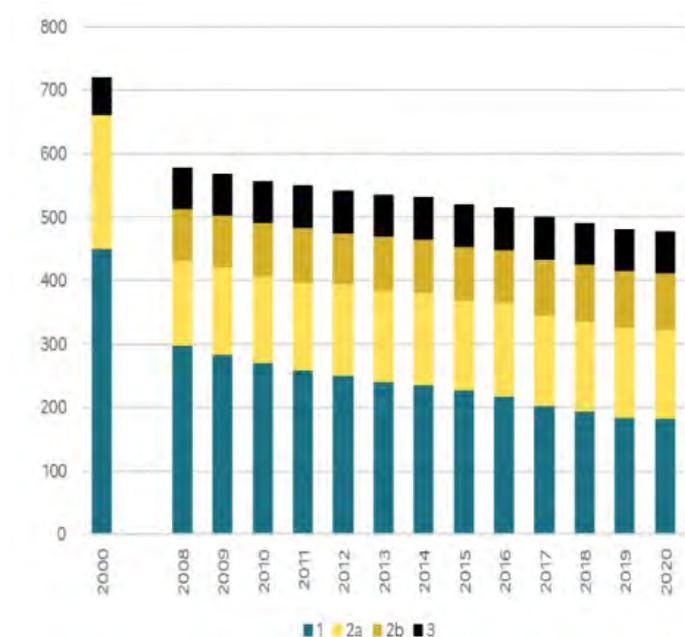
En outre il faut noter qu'environ la moitié des maternités ont recours à des intérimaires et/ou vacataires ; 49,7 % pour les gynécologues-obstétriciens, 50,9 % pour les anesthésistes-réanimateurs, 41,3 % pour les pédiatres et 38,4 % pour les sages-femmes. Plus le type est élevé, moins les maternités ont recours aux intérimaires et/ou vacataires²⁵⁶.

²⁵⁵ [Cour des Comptes, Les maternités : une réorganisation à poursuivre activement, sept 2015.](#)

²⁵⁶ Enquête nationale périnatale, édition 2021.

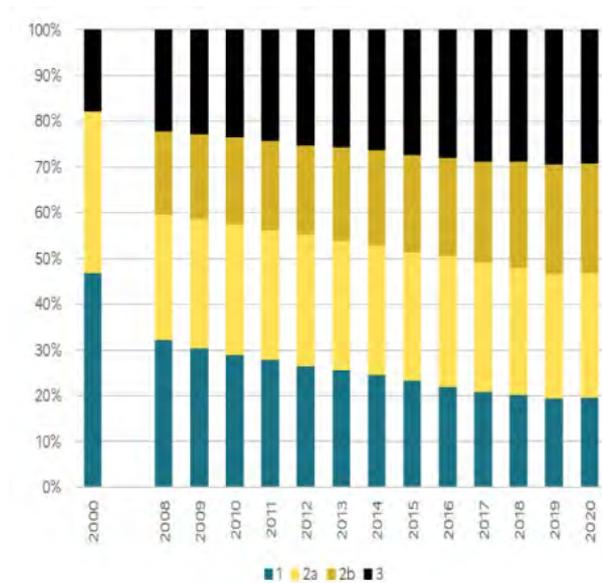
La baisse de la part des naissances dans les structures de type 1 se poursuit (FIGURE 35). Une réflexion serait à mener, dans le cadre d'un exercice abouti de projection, sur les critères qui conduisent au choix d'un type de maternité, et à leur cohérence avec les besoins d'accompagnement des femmes en fonction de leur situation et avec les objectifs qui ont présidé à la réforme de 1998.

FIGURE 34 : NOMBRE DE MATERNITES PAR TYPE DE MATERNITE



Source : Y Ville et al, 2023.

FIGURE 35 : REPARTITION DES ACCOUCHEMENTS PAR TYPE DE MATERNITE



Source : Y Ville et al, 2023.

TABLEAU 18 : EQUIPES SOIGNANTES EN SALLE DE NAISSANCE SELON LE TYPE D'AUTORISATION²⁵⁷

	2016					2021					p ⁽²⁾
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	
Effectif moyen de sages-femmes présentes ^(2,3)											
Jour de semaine	1,3	2,0	2,2	3,2	1,9	1,3	2,0	2,6	3,5	2,1	-
Nuit de semaine	1,2	1,8	2,1	3,0	1,7	1,2	1,8	2,3	3,3	1,9	-
Jour de week end	1,3	1,9	2,2	3,1	1,8	1,3	1,9	2,4	3,4	2,0	-
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	

Champ : France métropolitaine, maisons de naissance non comprises

Source : Enquête Nationale Périnatale

4.6.2.2. Les autres structures de prise en charge

Les centres périnataux de proximité (CPP)

Le code de la santé publique prévoit que « l'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 6122-1 et L. 6122-2 que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population. Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité, en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique.

Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé. »²⁵⁸.

Ces structures sont donc adossées à une maternité et partagent du personnel qui réalise le suivi pré et post natal mais pas les accouchements.

Les maisons de naissance (MDN)²⁵⁹

Les maisons de naissance sont des structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse. Elles s'adressent donc à des femmes présentant des grossesses à bas risques, souhaitant un accouchement physiologique sécurisé et un retour rapide à domicile, quelques heures après la naissance. Elles sont contiguës à une maternité (avec laquelle elles doivent passer une

²⁵⁷ [Inserm, Santé publique France, DREES. Enquête nationale périnatale : les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Octobre 2022.](#)

²⁵⁸ Article R6123-50. Code de la Santé publique.

²⁵⁹ [Chantry A, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Venditelli F. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France. Analyse des données de l'année 2018 par le groupe de recherche sur les maisons de naissance, CNRS, AUDIPOG, Université de Paris, INSERM, CREES, nov 2019.](#)

convention), permettant notamment un transfert rapide des parturientes en cas de complication. Elles ne peuvent pas fonctionner sans la présence d'au moins 2 sages-femmes²⁶⁰

Huit maisons de naissance sont entrées dans un dispositif expérimental qui a pris fin en novembre 2020. La loi de mars 2022 a pérennisé les maisons de naissance. Plus de 20 projets de création de maison de naissance existent en France et sont dans l'attente de pouvoir se concrétiser²⁶¹.

Néanmoins, aucun enregistrement n'est prévu pour suivre l'activité des maisons de naissance via le SNDS et permettant d'inclure cette activité dans les évaluations nationales à partir des bases médico-administratives.

Il faut souligner l'intérêt croissant des femmes et des parents pour ce type de structure, qui permet d'élargir l'offre de soins autour de la naissance. Cette offre est donc certainement appelée à se développer.

Pour comparaison, il existe aujourd'hui 170 lieux de ce type au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne et 25 en Suisse.

4.7. Elaborer des scénarios et quantifier leur impact sur les besoins en RH

4.7.1. Elaborer le scénario de base

Le scénario de de base et ses premières variantes reposent sur les évolutions démographiques de l'offre de professionnels et de services à rendre à la population, toutes choses égales par ailleurs.

4.7.1.1. Les projections démographiques de la population

Les tendances démographiques concernant l'évolution du nombre de femmes à suivre sont les suivantes²⁶² (FIGURE 37).

En 2023, 678 000 bébés sont nés en France, soit 48 000 naissances de moins qu'en 2022. Depuis 2011, les naissances ont été chaque année moins nombreuses, à l'exception d'un rebond en 2021, année marquée par les conséquences de la crise sanitaire.

La population féminine de 20 à 40 ans, âges où les femmes sont les plus fécondes, a globalement diminué depuis le milieu des années 1990 et marque un palier depuis 2016. Le nombre de naissances dépend à la fois du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité. Les évolutions récentes s'expliquent donc davantage par l'évolution de la fécondité. En 2023, l'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,68 enfant par femme, en baisse, après 1,79 en 2022 et 1,83 en 2021.

L'âge moyen à l'accouchement continue de croître régulièrement : 31,0 ans en 2023, contre 30,2 ans dix ans plus tôt.

²⁶⁰ Cahier des charges de l'expérimentation Maison de naissance. HAS. 2014.

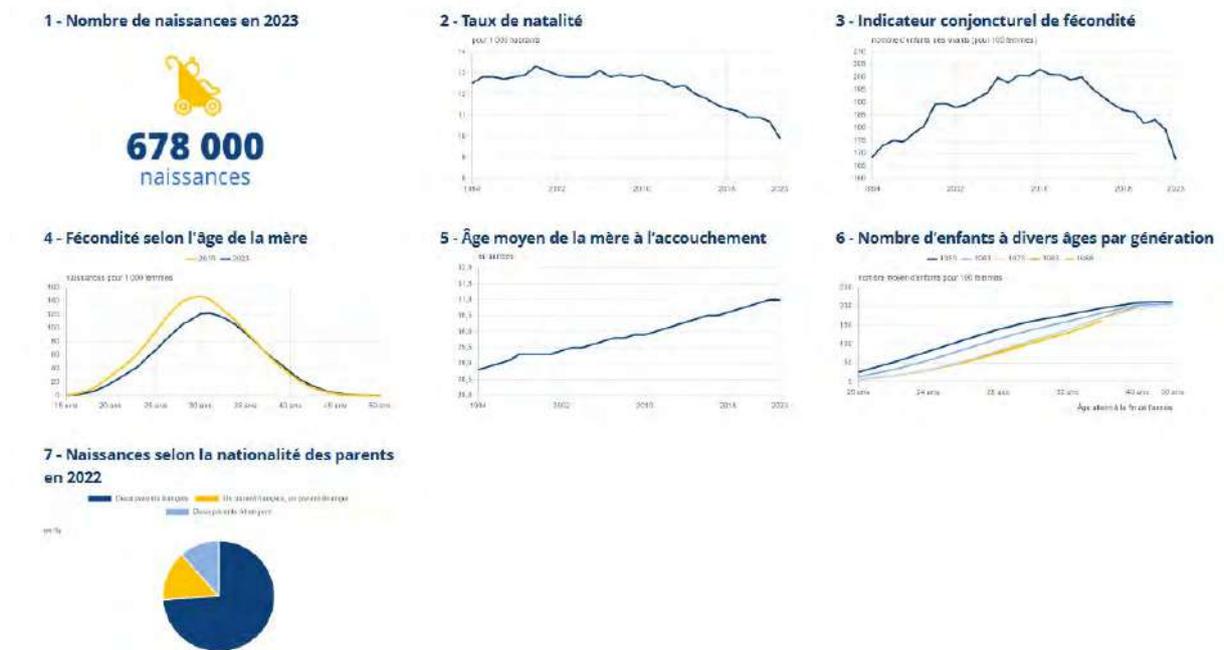
²⁶¹ Collectif des maisons de naissance. Dossier de presse. Mai 2023. <https://www.mdncalm.org/wp-content/uploads/2023/05/Dossier-de-presse-Collectif-des-maisons-de-naissance-francaises-2023.pdf>.

²⁶² [Tableau de bord INSEE 2023](#).

Les femmes nées en 1953 ont eu en moyenne durant leur vie 2,12 enfants ; les femmes de la génération 1963, 2,07 enfants. Celles nées en 1973 en ont eu en moyenne 2,00.

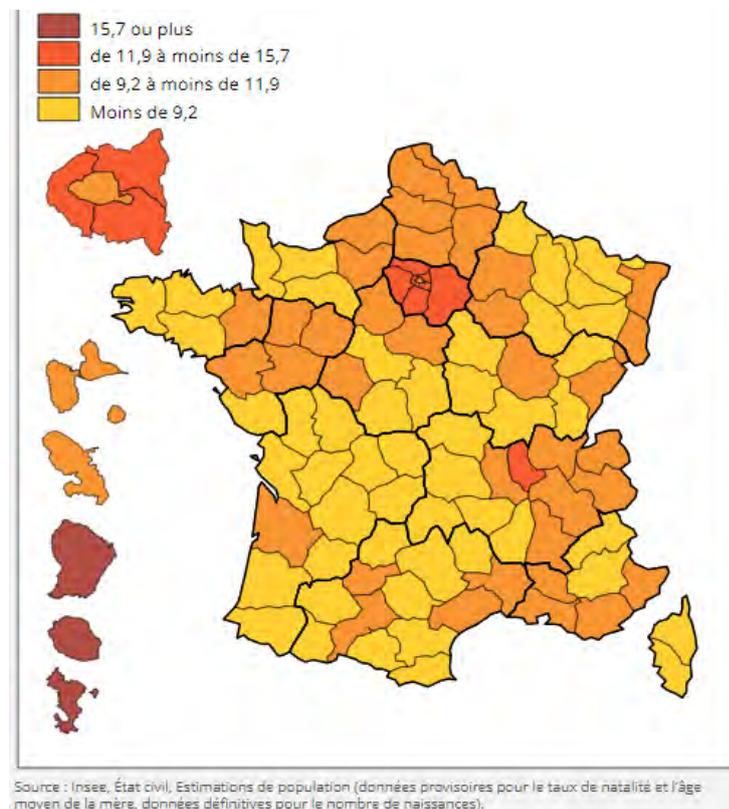
En 2022, les enfants nés d'au moins un parent étranger représentent un quart de l'ensemble des naissances.

FIGURE 36 : DONNÉES SUR LES NAISSANCES OBSERVÉES



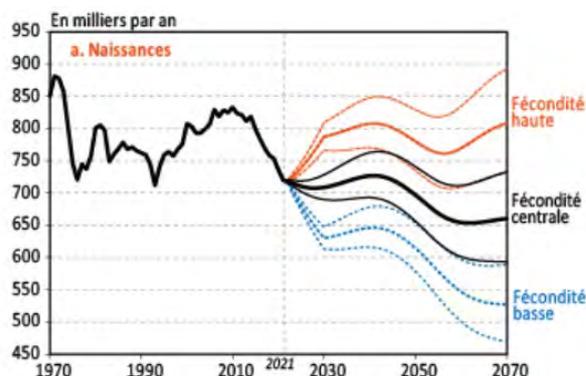
Source : Insee

FIGURE 37 : TAUX DE NATALITÉ EN 2022 PAR DÉPARTEMENT



Source : Insee, Etat civil, Estimations de population

FIGURE 38 : NOMBRE DE NAISSANCE PROJETEES²⁶³



Source : Toulemon et al, 2022.

En 2030, le nombre de naissances devrait varier entre 610 000 (scénario bas) et 810 000 (scénario haut). En 2070, la fourchette est de 230 000 naissances en plus ou 190 000 en moins par rapport au scénario central (660 000)²⁶⁴.

Ces données de nombre de naissances ne tiennent naturellement pas compte des grossesses qui commencent à être suivies, et donc pour lesquelles des ressources humaines en santé sont mobilisées, mais qui ne sont pas menées à terme :

- les fausses couches tardives, entre quatorze et vingt-deux semaines, beaucoup plus rares que la fausse couche précoce qui concerne environ 1 % des grossesses²⁶⁵ ;
- les « attestations de particulière gravité » délivrées par les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) pour motif fœtal (7 230 en 2021) et pour motif maternel (380) qui sont suivis d'une interruption médicale de grossesse (respectivement 7 035 et 370)²⁶⁶
- les Interruptions volontaires de grossesse (IVG - 234 300 en 2022, cf.ENCADRE 36) mobilisent aussi les moyens en maternité, notamment pour les IVG instrumentales (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, échographistes et examens biologiques, à quoi s'ajoutent les généralistes et les pharmaciens pour les IVG en ville.

L'Insee réalise des projections de population à l'échelle locale²⁶⁷ à l'aide du modèle *Omphale*, qui s'appuient sur les projections nationales. Elles pourraient être utilisées pour projeter localement les besoins.

²⁶³ L. Toulemon et al., Population & Sociétés, n° 597, INED, février 2022.

²⁶⁴ Insee Résultats. Projections de population 2018-2070 pour les départements et les régions. 2022.

Pison G., [Huit milliards d'humains aujourd'hui, combien demain ?](#), Population et Sociétés, Ined éditions, oct 2022.

²⁶⁵ Rapport de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi de Mme Sandrine Josso et plusieurs de ses collègues visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche (747). (Mme Sandrine Josso). Rapport 912. Assemblée Nationale.

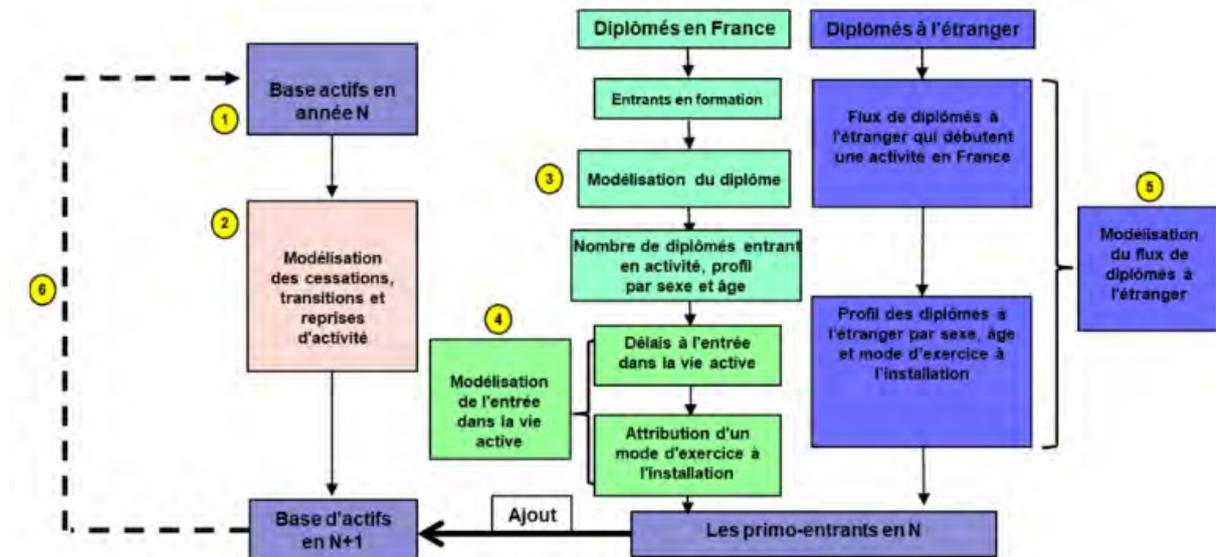
²⁶⁶ Rapport de l'Agence de Biomédecine concernant l'activité des CDPN, 2021.

²⁶⁷ Omphale fonctionne sur n'importe quel zonage dont la population est supérieure à 50 000 habitants. Les projections en libre accès sont restreintes au niveau départemental, mais des travaux ad hoc sont possibles à un niveau plus fin, en partenariat avec l'Insee et ses directions régionales pour s'assurer de la robustesse des données à ces niveaux géographiques.

4.7.1.2. Les projections de l'offre de professionnels de la Drees

La Drees effectue des projections d'offre de travail des professions de santé (en l'occurrence nombre de sages-femmes et de gynécologues-obstétriciens). Le modèle est fondé sur l'analyse des tendances historiques d'entrées en formation, de flux de main d'œuvre étrangère et de cessations d'activité²⁶⁸ (FIGURE 39) ; il inclut des variantes concernant les évolutions de ces paramètres.

FIGURE 39 : DEROULE SCHEMATISE DES PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES DES PS DE LA DREES



Source : Anguis et al, 2021.

4.7.2. Elaborer des scénarios alternatifs

Ensuite, pour affiner ces projections au-delà des aspects purement démographiques, le développement de scénarios alternatifs permet de mieux appréhender l'évolution de l'offre et des services à rendre en maïeutique et en gynécologie-obstétrique. Il faut pour cela tenir compte des influences technologiques, économiques, environnementales, politiques, sociétales et éthiques.

La première étape, décrite dans la deuxième partie de ce rapport, consiste à analyser les déséquilibres entre l'offre et la demande actuels (besoins non couverts ou au contraire soins non pertinents), que l'on cherche à combler, et à en déduire les évolutions nécessaires des ressources humaines en santé et de l'organisation des soins.

La seconde étape consiste à analyser l'évolution future :

- des services à rendre, une fois les déséquilibres actuels résorbés
- de la force de travail et de son organisation

en allant au-delà des facteurs démographiques présentés dans la partie précédente, et à confronter cette demande et cette offre futures pour voir si des mesures correctrices sont nécessaires pour assurer leur équilibre.

²⁶⁸ Anguis et al, Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques, 2021 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>.

Les professions de sage-femme et de gynécologue obstétricien ayant des exercices pour partie substituables et pour partie complémentaires, il est préférable de réaliser les exercices de projection ensemble ou en parallèle.

La première étape consiste donc à sélectionner des facteurs potentiels à prendre en compte dans les scénarios pour l'avenir : celle-ci peut s'effectuer à partir d'une revue de la littérature, d'entretiens, d'un questionnaire en ligne adressé à une sélection de parties prenantes... Les critères identifiés doivent ensuite faire l'objet d'une revue en groupe de travail pour identifier si leur pertinence est haute moyenne ou faible. Les critères dont la pertinence est faible peuvent être abandonnés pour la suite du travail (cf. partie 2 du présent rapport).

A titre illustratif, le TABLEAU 19 identifie quelques facteurs qui pourraient être étudiés à cette occasion. Pour chaque facteur il conviendra de déterminer sa pertinence (haute, moyenne ou faible).

TABLEAU 19 : FACTEURS POTENTIELS À PRENDRE EN COMPTE DANS LES SCÉNARIOS (POUR ILLUSTRATION)

Facteurs liés à la formation et à l'exercice professionnel
La création d'une 6 ^{ème} année de formation en maïeutique s'appliquera dès la rentrée 2024
La formation et l'activité des SF en lien avec la mise en œuvre des politiques de santé publique (l'arrêt du tabac, les politiques en matière d'alcool et l'encouragement de l'allaitement maternel et d'une alimentation saine), et avec l'évolution des compétences (formation pédiatrique, travail en collaboration, les soins d'urgence)
La mise en place de la sage-femme référente (création 24 mars 2023) ²⁶⁹
Le recul de l'âge de départ à la retraite
Les changements dans le rôle des sages-femmes dans la prise en charge de la santé sexuelle, dans les CPP, les MDN...
La généralisation des compétences des sages-femmes en matière d'IVG instrumentale (cf. ENCADRE 36)
Evolutions des responsabilités des sage-femmes, en particulier création possible d'un plus grand nombre d'unités d'accouchement dirigées par des sage-femmes
Facteurs politiques :
Les évolutions de l'organisation de la permanence des soins ²⁷⁰
La mise en œuvre d'une politique plus incitative de soutien à la natalité
Modèles de soins : accent mis sur la prévention (objectifs de santé publique), l'encouragement des naissances dans un cadre physiologique tandis que les soins complexes ou les demandes de césariennes nécessitent des services médicaux ²⁷¹

²⁶⁹ [Arrêté du 24 mars 2023 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie signée le 11 octobre 2007.](#)

²⁷⁰ Rapport IGAS 2023-009R de juin 2023 : La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter. Répartition, soutenabilité et reconnaissance. p128 https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2023-009r_rapport.pdf.

²⁷¹ Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*. 1 juin 2021;6(6):e005671.

Respect ou non du choix des femmes du lieu d'accouchement (souhait de type III pas toujours pertinent)
L'évolution des attentes en matière d'accompagnement et de soins postnataux : actuellement, des soins postnataux sont délivrés pendant 6 à 8 semaines après la naissance. Afin d'assurer la continuité des soins, les mères et leurs familles peuvent souhaiter recevoir un soutien en matière de services de maternité après 8 semaines
L'introduction dans la convention pharmaceutique signée le 9 mars 2022 de la réalisation et la valorisation d'entretiens réalisés par les pharmaciens et dédiés aux femmes enceintes sur la prise en charge médicamenteuse et les risques tératogènes
Fermeture de maternités et démographie des soignants en lien avec la localisation des femmes en âge de procréer
Facteurs médicaux et sociaux :
L'évolution de la natalité et de la fécondité
Part des accouchements après 40 ans, âges les plus à risque en termes de complications et de prématurité, et qui nécessitent plus souvent le recours à la AMP ²⁷²
L'évolution de la durée de séjour en maternité ²⁷³
Le niveau socio-économique des parturientes : la pauvreté augmente la demande de services notamment le soutien pour les mères vulnérables. En outre, les mères issues de l'immigration et réfugiées ont besoin de services supplémentaires, comme des interprètes, et certaines mères peuvent souffrir plus fréquemment d'affections non liées à la grossesse
Facteurs économiques :
Le niveau des dépenses publiques
Facteurs technologiques
La disponibilité d'équipements plus perfectionnés pour les échographies permettra d'améliorer la détection et le suivi des anomalies intra-utérines et impliquera une formation appropriée des sages-femmes
La technologie qui facilite la prestation de soins à domicile deviendra plus largement disponible (telecare, telehealth, apps pour smartphones, dossier digitalisé)
Les progrès de la technologie de la FIV entraîneront plus de naissances, mais moins de grossesses multiples

²⁷² Rapport FNORS ONDPS, État de santé sexuelle et reproductive des femmes en France. État des lieux, Février 2020, p71.

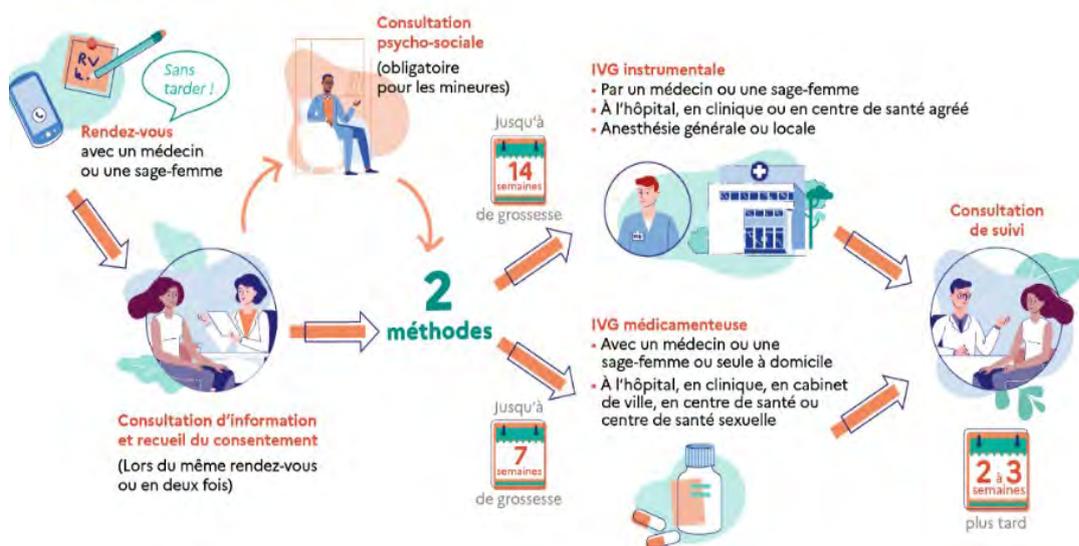
²⁷³ L'analyse de l'évolution des durées moyennes de séjour entre 2013 et 2022, pour les 2 racines de GHS les plus fréquentes (14Z03Z et 14Z04Z) indique que les DMS sont passées respectivement de 4,8 à 4,6 jours pour les primipares et de 4,0 à 3,7 jours pour les multipares soit une baisse d'environ 0,2 jours en 10 ans.

ENCADRE 36 : EVOLUTION DES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES POUR DAVANTAGE REPOUDRE AUX BESOINS : L'EXEMPLE DE L'IVG

Depuis 2016, les sages-femmes libérales peuvent pratiquer des Interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses dans leur cabinet. La loi du 2 mars 2022 prolonge de 2 semaines le délai de recours à l'IVG. La réalisation des IVG instrumentales en établissement de santé²⁷⁴ a été autorisée, fin 2023, selon certaines conditions de formation et d'organisation.

L'IVG étape par étape

<https://ivg.gouv.fr/>



En 2022²⁷⁵, 234 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Le taux de recours à l'IVG est de 16,2 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Dans les Drom, ce taux augmente particulièrement en Guyane où il est 3 fois supérieur (48,7‰). La méthode médicamenteuse représente 78% de l'ensemble des IVG (68% en 2019) et 38% du total des IVG sont réalisées hors secteur hospitalier.

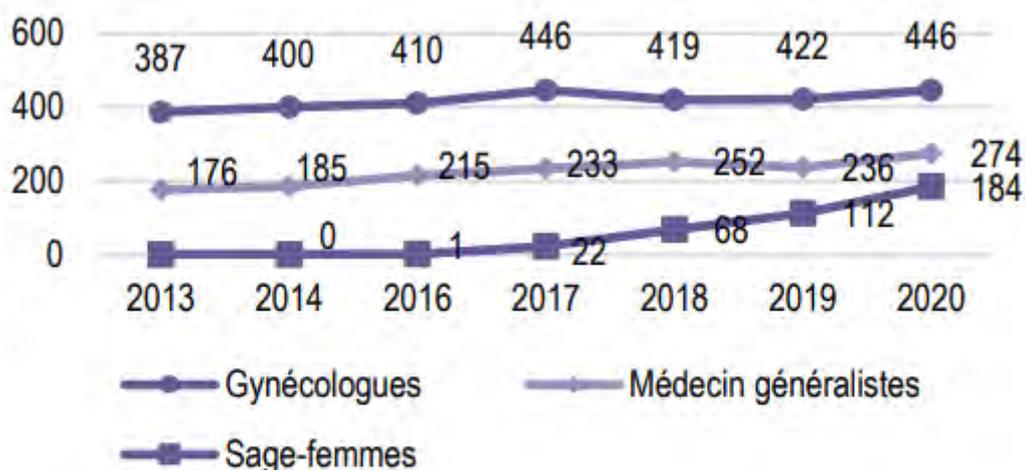
En ce qui concerne l'accessibilité de l'IVG pour les femmes concernées, 83% des IVG réalisées en France métropolitaine ont lieu au sein de leur département de résidence. La réalisation de l'IVG hors du département de résidence peut traduire un choix des femmes (confidentialité, proximité géographique) mais il peut également rendre compte de difficultés d'accès. Ce taux varie de 52% en Ardèche à 96% dans le Bas-Rhin. L'extension du nombre des sages-femmes réalisant des IVG, accompagnée d'une information large des femmes concernées notamment les plus vulnérables, pourraient à terme faciliter les recours en proximité. L'Île de France²⁷⁶ en est une illustration où l'on assiste à une augmentation du recours à la méthode médicamenteuse pour les IVG avec une forte montée en charge des sages-femmes.

²⁷⁴ [Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#). Ce décret va par ailleurs être réécrit afin d'assouplir le texte concernant le nombre de médecins présents dans la structure.

²⁷⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1281MAJ.pdf>.

²⁷⁶ [La sante des Franciliens vd.pdf \(ors-idf.org\)](#).

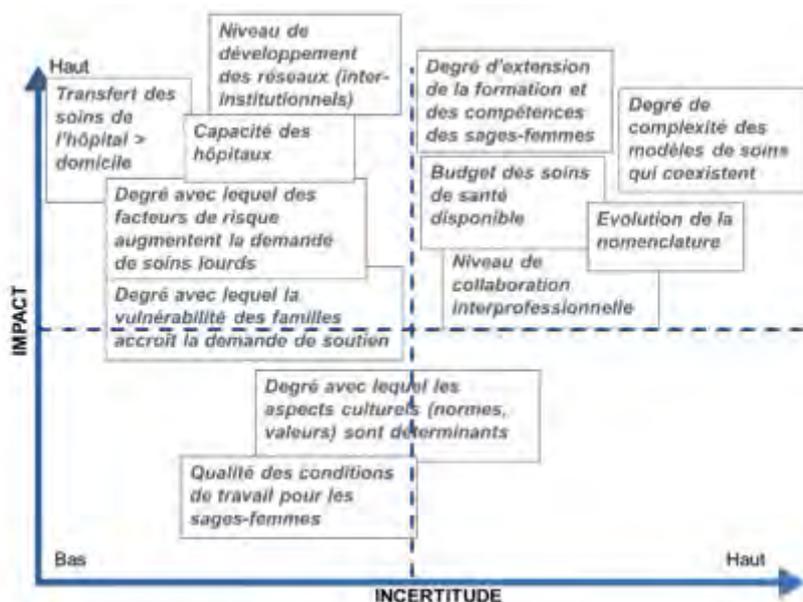
FIGURE 40 : NOMBRE DES SPECIALISTES AYANT EFFECTUE LES IVG FRANCIENNES (QUE QUE SOIT LE LIEU D'INSTALLATION DU PROFESSIONNEL)



Source : SNDS

Les facteurs retenus sont ensuite à classer en fonction de leur impact et de leur degré de certitude et à rassembler en « cluster » qui formeront les scénarios à travailler – la FIGURE 41 et la FIGURE 42 sont issues de l'exemple belge détaillé dans la première partie de ce rapport.

FIGURE 41 : ILLUSTRATION DU POSITIONNEMENT DES CLUSTERS SUR LA MATRICE IMPACT/INCERTITUDE²⁷⁷

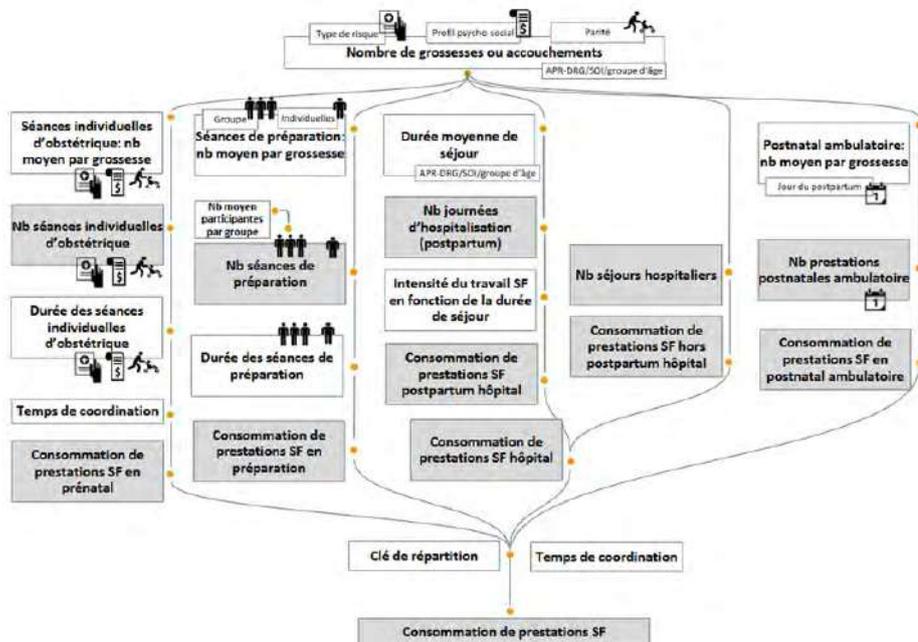


Source : KCE, 2019. (Identique figures 5 et 14).

²⁷⁷ KCE Report 278B : Planification des ressources humaines pour la santé et données relatives aux sages-femmes, 20 décembre 2016.

A l'issue de l'analyse des facteurs d'évolution, la quantification des effets des facteurs sur la force de travail (et in fine sur le besoin de ressources humaines) peut se schématiser de la manière suivante :

FIGURE 42 : MODELISATION DES PARAMETRES PRIS EN COMPTE DANS LES SCENARIOS ALTERNATIFS POUR LA MESURE DE L'ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE PRESTATIONS DE SAGES-FEMMES²⁷⁸



4.8. Limites et travaux à réaliser pour fiabiliser la prospective

Pour identifier les services à rendre, le premier réflexe a été de se tourner vers les recommandations HAS qui décrivent le suivi attendu des patientes en l'absence de risque particulier. Moins normés et plus consommateurs de ressources (plus de consultations, d'échographies et donc de temps soignant) sont les parcours pour les profils « à risque ». Il convient donc de compléter l'analyse des recommandations HAS et des documents de l'Assurance maladie par celle des recours effectifs (données de vie réelle). Ces données permettent également d'analyser quels sont les professionnels auxquels les femmes ont effectivement recours, en particulier quand les recommandations et les documents de l'Assurance maladie indiquent que ces recours peuvent être assurés soit par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue (médical ou obstétricien). En effet, les substitutions possibles entre professionnels de santé, pour les activités pour lesquelles elles sont justifiées sur le plan de la qualité des soins, compliquent l'analyse des besoins de ressources humaines en santé mais aident à mieux répondre aux besoins de la population : les chevauchements entre les compétences et missions de certains professionnels donnent de la souplesse pour s'adapter aux besoins et ressources locaux.

Pour aller au-delà de cette étude de faisabilité, la réflexion sur les services à rendre et les professionnels en charge de ces services devra être approfondie dans le cadre d'une concertation avec l'ensemble des parties prenantes.

²⁷⁸ exemple tiré de Benhamed et al, KCE report 278B, 2016

Une autre dimension qui est apparue dans ce cas pratique est l'absence de "fléchage" des professionnels : estimer la part de sages-femmes qui travaille effectivement en secteur obstétrical demeure une gageure, car les sages-femmes ont une durée de vie professionnelle qu'il sera nécessaire d'actualiser (30 ans en 2012) et peuvent se reconverter ; elles exercent potentiellement sous plusieurs modalités (libérales, salariées, mixtes), avec des contributions au suivi des femmes enceintes différentes. De la même manière pour les gynécologues obstétriciens, il demeure compliqué de savoir combien pratiquent des accouchements et quel nombre de femmes est suivi par gynécologue. Pour projeter les ressources humaines en fonction des besoins, il est nécessaire d'affiner la connaissance de la situation actuelle (des professionnels et des besoins) et d'évaluer les besoins de soins futurs tout en intégrant les déséquilibres existants afin de les réduire dans le futur.

Les projections devront aussi s'attacher à prendre en compte les facteurs d'évolution dont certains semblent connus (le taux de césariennes devrait rester stable²⁷⁹) tandis que d'autres demeurent incertains, comme la mise en œuvre et les effets d'une politique incitative à la natalité.

Enfin la temporalité de ce travail n'a pas permis d'approfondir la connaissance pour toutes les professions impliquées dans le suivi de la grossesse. Pour être plus complet il faudrait s'attacher à observer également les médecins généralistes, les pédiatres, les anesthésistes réanimateurs, les gynécologues médicaux, les psychiatres et pédo-psychiatres, les biologistes, les pharmaciens, les échographistes qui pratiquent des échographies obstétricales, les infirmières notamment puéricultrices, les psychologues...

²⁷⁹ Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*. 1 juin 2021;6(6):e005671.



La Ministre déléguée

Paris, le 2 mars 2023

Monsieur le Président,

Les difficultés actuelles que rencontrent nos concitoyens pour accéder aux soins témoignent de l'importance d'une réflexion prospective sur le nombre de professionnels de santé à même de répondre aux besoins de la population dans les années à venir.

L'adéquation entre ressources humaines et réponse aux besoins de santé ne peut s'organiser que dans une approche de long terme compte tenu du temps nécessaire pour former les professionnels. Or, au-delà des travaux très riches, notamment de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), nous avons besoin aujourd'hui d'outils permettant d'anticiper les futurs services à rendre à la population et de les traduire en besoins de ressources humaines en santé, quantitatifs (nombre de professionnels) et qualitatifs (compétences, délégation de tâches, modes d'exercice). Aussi bien en France qu'à l'international, l'exercice est rendu complexe par l'évolution des prises en charge, la technicité croissante des soins et les évolutions sociétales.

Dans votre *Rapport d'étape sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé* de 2020, vous indiquiez qu'il était utile d'appréhender cette complexité par grande pathologie ou segment de soins. Vous donniez l'exemple du cancer et des travaux Evolpec d'Unicancer.

Cette approche me semble particulièrement intéressante pour définir une nouvelle méthode prospective centrée sur les besoins des patients et non plus sur l'offre, permettant de mieux piloter les politiques de santé, à plusieurs niveaux :

- au niveau des domaines (pathologies ou segments de soins) faisant l'objet de cet exercice, anticiper les services à rendre et les moyens nécessaires pour atteindre nos objectifs de santé permettra de mieux définir la trajectoire d'organisation des soins et de mobilisation des ressources humaines. L'échelle territoriale adaptée et les lieux de concertation seront également interrogés ;
- au niveau agrégé, ces travaux par domaines nourriront la réflexion qualitative sur l'évolution des missions des différents professionnels, pour permettre de la souplesse dans l'organisation, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins ;

- au niveau agrégé, toujours, mais cette fois dans une approche quantitative, ces travaux contribueront à éclairer comment prendre en compte, dans les modèles macro de projection des ressources humaines en santé, les impacts des nouveaux services à rendre à la population et des évolutions à venir en matière d'organisation des soins et de la prise en charge. En particulier, les impacts de la délégation de tâches ou le transfert d'activité entre professionnels, la place accrue de la prévention dans le parcours de santé ou encore le nouveau rapport à l'exercice professionnel seront à étudier.

C'est la raison pour laquelle je souhaite vous confier une mission sur cette thématique permettant de proposer une méthode de travail et de préciser les conditions de faisabilité d'une telle approche prospective en matière de démographie des professionnels de santé. Vous travaillerez en étroite collaboration avec la DREES et l'ONDPS, notamment dans le cadre de la lettre de mission qui lui a été adressée par le Ministre des Solidarités et de la Santé du 1^{er} décembre 2021 relative aux perspectives démographiques des professions paramédicales. Vous mobiliserez les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé, les travaux de la Caisse nationale d'assurance maladie, de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation, de l'Agence de l'innovation en santé, des directions du Ministère de la santé et de la prévention et de son Secrétariat général, des Agences régionales de santé, ainsi que l'expertise des professionnels et des patients. Vous vous appuyerez sur les exemples étrangers.

Cette mission devra notamment déterminer les domaines pour lesquels cet exercice de prospective est pertinent : domaines importants pour les politiques de santé (du fait de leur poids dans la morbidité, de leur poids dans les dépenses et les ressources humaines, ...) et pour lesquels cet exercice est techniquement faisable. Cette mission devra par ailleurs évaluer les moyens, l'organisation et les données nécessaires pour mener à bien ces exercices, y compris le renforcement, que vous recommandiez dans votre rapport de 2021, de la veille sur les évolutions épidémiologiques, sociologiques (attentes de la population et des professionnels), technologiques, thérapeutiques et organisationnelles.

Je souhaite que vous puissiez me remettre vos conclusions d'ici fin juin 2023. Je sais pouvoir compter sur l'engagement des membres du HCAAM et vous remercie par avance de l'attention que vous apporterez à la mise en œuvre de cette mission.


Agnès FIRMIN LE BODO

Pierre-Jean LANCRY
Président du HCAAM
14 avenue Duquesne
75007 Paris

Annexe : Les parcours de soins HAS

Depuis 2012, la HAS a inscrit ses travaux dans le cadre d'une logique de parcours de soins²⁸⁰, notamment pour les maladies chroniques. A ce jour près d'une vingtaine de parcours de soins sont disponibles.

« L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)... ».

Les guides du parcours de soins définissent la prise en charge usuelle d'un malade chronique, au regard des recommandations, en précisant les différents professionnels concernés ainsi qu'une planification du suivi (examens biologiques, radiologies, consultations de spécialistes, ...).

« Ces productions visent à répondre à 3 enjeux :

- promouvoir une gestion prospective et coordonnée de la prise en charge,*
- conjuguer harmonisation des pratiques (maîtrise des points critiques) et personnalisation du parcours du patient,*
- faciliter l'implication du patient dans sa prise en charge ».*

Cette approche en parcours de soins a initialement été réalisé pour 4 maladies chroniques : la broncho pneumopathie chronique obstructive, la maladie de Parkinson, la maladie rénale chronique et l'insuffisance cardiaque (cf illustrations ci-dessous).

D'autres parcours de soins disponibles²⁸¹. Le champ des maladies cardio-vasculaires a été complété par plusieurs parcours de soins (fibrillation atriale²⁸² (2014), maladie coronarienne stable²⁸³ (2016), syndrome coronarien chronique²⁸⁴ (2021)) ainsi que celui des maladies neurologiques (maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée²⁸⁵ (2018), épilepsie²⁸⁶ de l'adulte et de l'enfant (2023)). La maternité a également fait l'objet de recommandations précises comme mentionné dans la partie 4 de ce rapport.

Des guides du parcours de soins ont également été produits, au-delà des maladies chroniques, dans des approches populationnelles : surpoids et obésité de l'adulte²⁸⁷, surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent²⁸⁸, pour les enfants présentant des

²⁸⁰ [QR PARCOURS SOINS vDEF \(has-sante.fr\)](#)

²⁸¹ Ces parcours décrivent les professionnels impliqués dans la prise en charge selon des niveaux de complexité sans pour autant proposer des tableaux synthétiques du rythme des suivis.

²⁸² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/guide_pds_fibrillation_atriale_vf.pdf.

²⁸³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/guide_mcs_web_2014-09-09_21-25-19_719.pdf.

²⁸⁴ [Guide du parcours de soins – Syndrome coronarien chronique \(has-sante.fr\)](#).

²⁸⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf

²⁸⁶ [Haute Autorité de Santé - Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie \(has-sante.fr\)](#)

²⁸⁷ [Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. \(mis à jour février 2024\)](#)

²⁸⁸ [guide parcours surpoids et obesite enfants adolescents.pdf \(has-sante.fr\)](#) (mis à jour février 2023)

troubles du langage et des apprentissages²⁸⁹ ainsi que dans une logique de parcours de santé pour les personnes présentant une douleur chronique²⁹⁰. Des guides du parcours de soins ont également été produits dans un objectif d'aide au diagnostic ou de pertinence des soins pour certaines pathologies très spécifiques comme la borréliose de Lyme²⁹¹, les syndromes myélodysplasiques²⁹² et le syndrome du canal carpien²⁹³.

²⁸⁹ [Haute Autorité de Santé - Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages \(has-sante.fr\)](#). (2018).

²⁹⁰ [Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique \(has-sante.fr\)](#). (2023)

²⁹¹ [guide_parcours_suspicion_borreliose_de_lyme_mel.pdf \(has-sante.fr\)](#). (2022)

²⁹² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guidem_syndrome_myelo_version_web_2008_05_20_8_32_46_696.pdf. (2015)

²⁹³ [syndrome du canal carpien optimiser la pertinence du parcours patient.pdf \(has-sante.fr\)](#). (2013)

La Bronchopneumopathie chronique obstructive²⁹⁴

Tableau 8. Suivi minimal des patients selon le stade de gravité en dehors des exacerbations

	Absence d'exacerbation, dyspnée absente ou légère (mMRC 0-1)	< 2 exacerbations modérées/an, dyspnée modérée (mMRC 2)	≥ 2 exacerbations modérées ou 1 sévère (hospitalisation)/an, dyspnée sévère (mMRC 3-4), patient sans OLD	Patient sous OLD et/ ou VNI à l'état stable
Fréquence des consultations à l'état basal (à adapter en fonction des besoins, notamment de la réponse au traitement et des exacerbations)	<ul style="list-style-type: none"> Médecin généraliste : consultations dédiées à la BPCO : au moins une fois par an Avis du pneumologue : selon les besoins 	<ul style="list-style-type: none"> médecin généraliste : au moins deux fois par an pneumologue : une fois par an 	<ul style="list-style-type: none"> médecin généraliste : tous les mois pneumologue : tous les 6 mois prestataire : selon le forfait à adapter si besoin 	
Prise en charge pluriprofessionnelle à adapter selon les besoins cliniques, psychologiques et sociaux du patient, ses changements de comportement, les réponses aux traitements, notamment : pharmacien, centre de tabacologie, MPR, masseur-kinésithérapeute, EAPA, diététicien(ne) et psychologue (non pris en charge par l'assurance maladie sauf situation particulière), chirurgien-dentiste, assistant de service social avec intervention éventuelle des structures de coordination				
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> Tabagisme (avis médecin ayant une compétence en addictologie), expositions professionnelles (avis service de santé au travail si accord du patient) Comorbidités, notamment cardiovasculaires avec nécessité ou non d'avis ou explorations cardiologiques Dyspnée (score mMRC), toux et efficacité des expectorations, fréquence des exacerbations, avec évaluation des besoins en kinésithérapie respiratoire et nécessité d'un apprentissage à l'auto-drainage bronchique, fatigue Poids, évolution pondérale, fonte musculaire, équilibre et régularité de l'alimentation Activités physiques (incapacité/handicap) : pratique et régularité, notamment temps quotidien de marche, et difficultés de réalisation afin d'évaluer le besoin de mise en place d'une réadaptation respiratoire Tolérance et observance des traitements, technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation <ul style="list-style-type: none"> Suivi du programme de réadaptation respiratoire et encourager au maintien des acquis, notamment la poursuite d'APA Évaluation du besoin d'une OLD et/ou VNI 			
Évaluation globale	<ul style="list-style-type: none"> Besoins et attentes des patients, suivi de l'éducation thérapeutique (acquisitions, difficultés d'autogestion ...cf. chapitre 4.3) Environnement, accompagnement psycho-social, besoin des services sociaux, suivi de l'aïdant non professionnel Qualité de vie (questionnaire), niveau d'anxiété, éléments dépressifs, gestion du stress <p>À chaque consultation SpO₂:</p>			
Examens complémentaires et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> Test de marche de 6 min ou autre test de capacité à l'exercice (suivi à long terme d'une RR) EFR : à un rythme adapté à l'état clinique du patient : VEMS et CVF une fois/an stade I à III, évaluation pneumologue stade IV. Après un changement thérapeutique : selon clinique Gaz du sang si aggravation et selon oxymétrie <ul style="list-style-type: none"> Selon la situation clinique et l'oxymétrie Une fois par an NFS plaquettes À chaque renouvellement de l'OLD <p>D'AUTRES EXAMENS PEUVENT ÊTRE NECESSAIRES SELON LE CONTEXTE ET L'ÉTAT CLINIQUE DU PATIENT IECBC, RX DE THORAX, TDM, ENDOSCOPIE, EFX, FLETHYSMOGRAPHIE (distension thoracique) OXYMÉTRIE NOCTURNE, CAPNOGRAPHIE NOCTURNE POLYISOMNOGRAPHIE, ECHOCARPHIE CARDIAQUE</p>			
Consultations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> Si absence de sevrage tabagique : consultation du médecin ayant une compétence en addictologie ou du centre de tabacologie MPR si comorbidité, notamment locomotrice ou neurologique, gênant la mise en place d'une activité physique, cardiologie et autres spécialistes selon les comorbidités Consultation : du médecin généraliste dans la semaine qui suit la sortie, du pneumologue dans les 1 à 2 mois avec gaz du sang et spirométrie : si séjour en réanimation, ou soins intensifs, consultation du pneumologue dans les 4 semaines qui suivent la sortie Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution, EFR à 3 mois et 1 an 			

mMRC : échelle de dyspnée du Medical Research Council modifié, OLD : oxygénothérapie de longue durée, VNI : ventilation non invasive, MPR : médecin physique et de réadaptation, EAPA : enseignant en activités physiques adaptées, RR : réadaptation respiratoire, SpO₂ : saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène mesurée par l'oxymètre de pouls, EFX : explorations fonctionnelles d'exercice

La maladie de Parkinson²⁹⁵

Suivi d'une personne cum Parkinson (PcP)

	Phase de début	Phase d'état	Phase avancée	Phase de déclin
Médecin généraliste	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 3 mois (fréquence adaptée aux besoins de la PcP, et au besoin de coordination des soins)			
Neurologue	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 6 mois (fréquence adaptée aux besoins de la PcP)		En cas de SCP : suivi conjoint par le neurologue référent (3-4 fois par an en dehors de complication, plus souvent en cas de problème) et par le centre spécialisé	Prise en charge neurologique organisée en réseau ville/hôpital de proximité/centre hospitalier universitaire
Masseur-kinésithérapeute	8 à 10 séances - 1 par semaine habituellement ; - groupées sur 1 mois si traitement d'un symptôme particulier. À renouveler si besoin	Séries intensives de 15 à 20 séances 2 ou 3 fois par an pour les sujets jeunes et/ou actifs avec pratique gymnique personnelle. Séances continues 2 fois par semaine pour autres PcP	Séances 3 puis 4 fois par semaine partagées progressivement entre le cabinet et le domicile de la PcP	Séances à domicile 3 fois par semaine habituellement. Séance quotidienne à domicile si problème aigu (encombrement bronchique par exemple...)
Orthophoniste	Rééducation de la micrographie - si demande explicite : 1 session de 4 semaines tous les 12 à 18 mois. Rééducation de la parole si troubles repérés, même légers : session de LSVT [®] sur un rythme intensif (4 séances d'une heure par semaine durant 4 semaines) tous les 12 à 18 mois	Session de rééducation de l'écriture 1 fois par an. Rééducation de la parole : session LSVT tous les 8 à 14 mois. Prise en charge des troubles de déglutition	Rééducation systématique de la parole : session LSVT tous les 6 à 10 mois. Prise en charge au cabinet puis à domicile selon l'évolution 3 ou 4 fois par semaine	Prise en charge à domicile, 2 ou 3 fois par semaine
Infirmière	En fonction des besoins tous les 6 mois puis tous les 3 mois	En fonction des besoins tous les 3 mois puis tous les mois puis 1 fois par semaine	En fonction des besoins jusqu'à 4 passages par jour	En fonction des besoins autant de passages que nécessaire
Psychologue	En fonction des besoins de la PcP et de sa famille (conjoint aidant +++) Après l'annonce diagnostique	À la fin de la période d'équilibre	Lors de la perte d'autonomie	Lorsqu'une institutionnalisation est envisagée
Pharmacien	En fonction des besoins			
Assistant de service social	En fonction des besoins			

²⁹⁴ Guide parcours de soins BPCO (2020) Haute Autorité de Santé - Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (has-sante.fr).

²⁹⁵ Guide parcours de soins maladie de parkinson (2016) Haute Autorité de Santé - Guide parcours de soins maladie de Parkinson (has-sante.fr).

La maladie rénale Chronique²⁹⁶

Tableau 3. Suivi clinique, biologique minimal de la MRC AVANT épuration extra-rénale (EER), en l'absence de complications ou de facteurs de progression rapide

Examens biologiques et fréquence	Stades 1, 2 et 3A (DFGe ¹ ≥ 45)	Stade 3B (DFGe entre 30 et 44)	Stade 4 (DFGe entre 15 et 29)	Stade 5 avant EER (DFGe < 15)
Consultation de suivi	MG au moins 1/an	MG : au moins 1/6 mois Si néphrologue (en alternance avec une IPA ²) : au moins 1/an	MG au moins 1/3 mois Néphrologue, IPA ² ou infirmière de parcours, en alternance : au moins 1/6 mois	Une consultation par mois en alternance MG, Néphrologue, IPA ² ou infirmière de parcours Néphrologue : au moins 1/3 mois
EAL ³	1/an	1/an	1/an	1/an
Glycémie (chez non-diabétique)	1/an	1/an	1/an	1/an
Ag HBs (non vacciné)	-	1/3 ans	1/an	1/an
Ac anti-HBs (vacciné) ⁴	1/an	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois	tous les mois
Créatininémie	1/an	tous les 1 à 6 mois	tous les 3 à 6 mois	selon néphrologue
Albuminurie/Créatininurie ou protéinurie/créatininurie	1/an	tous les 1 à 6 mois	tous les 3 à 6 mois	selon néphrologue
Na ⁺ , Cl ⁻ , K ⁺ , HCO ₃ ⁻ , calcium, phosphore	-	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois	tous les mois
Hémogramme avec compte réticulocytes	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Ferritine sérique ⁵	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Albuminémie	-	1/an	tous les 1 à 6 mois	tous les 1 à 6 mois
Parathormone	-	selon la concentration initiale et la progression de la MRC	tous les 1 à 6 mois	tous les 3 à 6 mois
Phosphatase alcaline	-	-	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Urée sanguine	-	-	tous les 1 à 3 mois	tous les 1 à 3 mois

¹ Débit de filtration glomérulaire estimé à partir de l'équation CKD-EPI et exprimé en ml/min/1,73 m².

² IPA : infirmière en pratique avancée.

³ EAL : exploration des anomalies lipidiques.

⁴ Taux cible souhaité : Ac anti-HBs > 10 UI/L.

⁵ Conditions de prélèvement : les marqueurs du métabolisme du fer doivent être prélevés à distance d'une inflammation aiguë ; en cas de dosages répétés, il est préférable de les réaliser dans le même laboratoire ; le fer sérique et la transferrine doivent être prélevés le matin à jeun. La ferritine sérique est l'examen de première intention de recherche d'une carence en fer. En cas d'anomalie, le couple fer sérique et transferrine nécessaires pour le calcul du coefficient de saturation de la transferrine est réalisé en deuxième intention.

L'insuffisance cardiaque²⁹⁷

Suivi minimal de l'insuffisance cardiaque systolique

	Stade I NYHA	Stade II NYHA	Stade III NYHA
Fréquence des consultations en cas d'ICS stable	<ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant : au moins 2 fois/an Cardiologue : 1 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant : au moins 4 fois/an Cardiologue : 2 fois/an Visite de contrôle technique du matériel, si dispositif de resynchronisation : 2-4 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant : 4-12 fois/an Cardiologue : 4-12 fois/an Visite de contrôle technique du matériel, si dispositif de resynchronisation +/- DAI : 2-4 fois/an
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> Infirmière, autres professionnels : selon besoins dus à l'état clinique, changements de comportement, etc. Activités de la vie quotidienne Symptômes notamment dyspnée, fatigue, palpitations Rythme cardiaque, PA, signes de rétention hydrosodée, mesure du poids Observance médicamenteuse Présence de complications 		
	<ul style="list-style-type: none"> Mode de vie adapté Activité physique État nutritionnel, anxiété, dépression 	<ul style="list-style-type: none"> Respect des règles hygiéno-diététiques (sel, apports hydriques) Activité physique 	
Examens biologiques à réaliser et fréquence	Surveillance adaptée selon l'évolution clinique	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de l'indication d'une resynchronisation, surveillance des dispositifs Surveillance adaptée selon l'évolution clinique et en fonction des modifications de traitement, de coup de chaleur, de déshydratation Au minimum 2 fois/an et lors de toute modification de traitement : natrémie, kaliémie, créatininémie, urée Si AVK : INR au moins une fois par mois Dosage BNP ou NT-proBNP¹ si suspicion de décompensation 	
Examens complémentaires à réaliser et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> ECG (consultation de cardiologie) Echocardiogramme si symptômes 	<ul style="list-style-type: none"> ECG à chaque consultation de cardiologie Echocardiogramme tous les 1-2 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ECG à chaque consultation de cardiologie Echocardiogramme en cas d'aggravation
Consultations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> Événement intercurrent : décompensation, complication, épisode infectieux Détérioration de l'état clinique Consultation de pneumologie, gériatrie, néphrologie, endocrinologie si besoin 		
Au décours d'une hospitalisation pour décompensation	<ul style="list-style-type: none"> Consultation par le médecin traitant dans la semaine après la sortie d'hospitalisation Consultation de contrôle par le cardiologue : 1 semaine à 2 mois après la sortie Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution 		

²⁹⁶ Guide du parcours de soins maladie rénale chronique (mis à jour 2023) [Haute Autorité de Santé - Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte \(MRC\) \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-renale-chronique).

²⁹⁷ Guide parcours de soins insuffisance cardiaque (2014) https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242988/fr/guide-parcours-de-soins-insuffisance-cardiaque.



Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du Hcaam (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du Hcaam
<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Contact
hcaam@sante.gouv.fr – 06 59 44 15 49

Adresse postale HCAAM
78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 -
75739 PARIS cedex
Locaux HCAAM
78-84 rue Olivier de Serres
75015 PARIS