

SYNTHÈSE

PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ ET DONNÉES RELATIVES AUX SAGES-FEMMES



SYNTHÈSE

PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ ET DONNÉES RELATIVES AUX SAGES-FEMMES

NADIA BENAHMED, ERIK HENDRICKX, JEF ADRIAENSSENS, SABINE STORDEUR



■ PRÉFACE

La planification des professions de santé consiste à prévoir les besoins futurs en ressources humaines nécessaires pour répondre à l'évolution de la demande de soins. Vu les incertitudes liées à la fois à l'évolution de l'offre et de la demande, cette planification n'est pas une science exacte ; elle ne peut reposer uniquement sur l'étude des tendances du passé. En ces matières, la demande ne suit pas les règles 'mécaniques' de l'économie de marché. Et ce d'autant plus que, comme nous le savons tous, les décisions politiques peuvent exercer une influence très forte sur la demande et l'organisation des soins, impactant par corollaire les besoins en ressources humaines. C'est pourquoi, les projections futures reposent sur la construction de scénarios basés sur des méthodes qualitatives dont la robustesse induira la qualité des estimations.

C'est particulièrement vrai pour la profession de sage-femme. D'abord parce qu'on n'accouche plus aujourd'hui comme il y a trente, vingt, ou même dix ans. Ensuite parce que les sages-femmes elles-mêmes, pionnières de l'autonomie, font prendre conscience de nouveaux besoins lorsqu'elles promeuvent une approche holistique des processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et de la petite enfance. Et aussi parce que, dans notre paysage des soins en pleine mutation, où les soins autour de la naissance se déplacent progressivement vers le domicile, il faudra de plus en plus souvent composer avec la détresse sociale et la précarité. C'est donc une boule de cristal à multiples facettes qui est nécessaire pour prédire les besoins de demain.

La Commission de Planification du SPF Santé publique a sollicité l'appui méthodologique du KCE pour soutenir sa tâche de planification de la profession de sage-femme. Il fallait commencer par l'analyse de certains paramètres de base : combien de sages-femmes professent actuellement sur le terrain ? Dans quels types de structures ? Combien sont en formation ? Combien abandonnent la pratique ? Les résultats se trouvent dans le rapport que vous avez devant vous. Nous y avons ajouté une série de recommandations de portée plus générale au sujet de tels exercices de planification.

Peut-être ceci ressemble-t-il un peu à de la politique-fiction, étant donné les nombreuses incertitudes sur ce que l'avenir va encore nous apporter. Mais, malgré les réserves évoquées plus haut, il ne semble pas prudent de ne pas planifier du tout. Nous espérons en tout cas que notre étude se révélera plus fiable que la boule de cristal et qu'elle pourra contribuer à établir une offre de soins équilibrée au cours des années qui nous attendent.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|--------|--|----|
| ■ | PRÉFACE..... | 1 |
| ■ | SYNTHÈSE | 2 |
| 1. | CONTEXTE | 5 |
| 2. | LE PROCESSUS DE PLANIFICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN BELGIQUE | 5 |
| 2.1. | LA DESCRIPTION DE LA FORCE DE TRAVAIL ACTUELLE..... | 5 |
| 2.2. | L'ÉLABORATION D'UN SCÉNARIO DE BASE DE L'ÉVOLUTION DE LA FORCE DE TRAVAIL (CONTINUITÉ) | 6 |
| 2.3. | L'ÉLABORATION DE SCÉNARIOS ALTERNATIFS (INTÉGRANT DES HYPOTHÈSES D'ÉVOLUTION) | 6 |
| 2.4. | LA PROMULGATION D'AVIS DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION..... | 7 |
| 2.5. | LA PRISE DE DÉCISION POLITIQUE SUITE À L'AVIS DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION | 7 |
| 3. | PORTÉE DU RAPPORT | 7 |
| 4. | RÉSULTATS | 8 |
| 4.1. | UNE FORMATION DES SAGES-FEMMES DIFFÉRENTE AU NORD ET AU SUD DU PAYS | 8 |
| 4.1.1. | Formation des sages-femmes et compétences | 8 |
| 4.1.2. | Données relatives à la formation des sages-femmes en Belgique..... | 10 |
| 4.2. | LA PRATIQUE DE LA MAÏEUTIQUE EN BELGIQUE | 10 |
| 4.2.1. | Dispositions relatives à la pratique de la maïeutique..... | 10 |
| 4.2.2. | Nombre de sages-femmes en Belgique..... | 10 |
| 4.2.3. | Lieu de pratique des sages-femmes | 11 |
| 4.2.4. | Aménagement de fin de carrière..... | 12 |
| 4.3. | ANALYSE CRITIQUE DU PROCESSUS DE PLANIFICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ..... | 12 |
| 4.3.1. | Les défis spécifiques à la planification des sages-femmes | 14 |



- 5. RECOMMANDATIONS..... 15**
- 5.1. DE LA MODÉLISATION VERS PLUS DE PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ 15
 - 5.1.1. Génération des scénarios et analyse prospective (horizon scanning) 15
 - 5.1.2. L'analyse des politiques 15
- 5.2. MESURE DE L'OFFRE 16
- 5.3. MESURE DE LA DEMANDE..... 17
- 5.4. PLANIFICATION SIMULTANÉE DES PROFESSIONS DE SANTÉ..... 18
- 5.5. ANALYSE POST-HOC DES MODÈLES DE PROJECTION ET ÉVALUATION DES POLITIQUES DE CONTINGEMENT 18
- **RECOMMANDATIONS..... 20**



LISTE DES ABRÉVIATIONS

Abréviation

ETP

FINHOSTA

HBO

IMA/AIM

INAMI

K&G

KCE

MB

ONE

RHM

SWOT

Définition

Equivalent Temps-Plein

Application informatique créée afin de récolter les données statistiques et financières et permettre la fixation du budget des moyens financiers

Hoger beroepsonderwijs (Enseignement professionnel supérieur)

Intermutualistic Agency / Agence Intermutualiste

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Kind & Gezin

Centre fédéral d'expertise des soins de santé

Moniteur belge

Office de la Naissance et de l'Enfance

Résumé Hospitalier Minimum

Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces)



1. CONTEXTE

L'évaluation des besoins en ressources humaines pour la santé a déjà été réalisée, parfois à plusieurs reprises, pour les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers. Cette mission d'évaluation revient à la Commission de Planification de l'offre médicale, instituée par le Service Public Fédéral de la Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement, comme c'est également le cas pour de nombreuses autres professions de santé. Les sages-femmes représentent le prochain groupe professionnel à faire l'objet d'une estimation des besoins pour assurer une offre d'effectifs adéquate. En effet, la Commission de Planification de l'Offre Médicale élaborera en 2017 le cadastre des sages-femmes actives et analysera, par la suite, l'évolution des besoins et des effectifs en sages-femmes.

Les besoins en sages-femmes sont actuellement en pleine évolution. En effet, le plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux prévoit une implémentation prudente et pragmatique de nouveaux modèles d'organisation et de financement des soins hospitaliers. Dans le cadre de la prise en charge du postpartum, des projets pilotes mettent l'accent sur l'offre de soins périnataux de qualité où mère et enfant quittent l'hôpital plus précocement que par le passé après un accouchement naturel sans complication. Les soins à domicile doivent alors être organisés et coordonnés entre professionnels de façon à pouvoir prolonger les soins postnatals de façon optimale pour toutes les mamans et tous les bébés concernés. L'impact de cette transition sur le besoin en ressources humaines, principalement en maïeutique (sages-femmes) reste à ce jour inconnu. Les résultats de ces projets pilotes devraient être disponibles dès 2018.

En l'attente de ces résultats, de nombreuses étapes préliminaires à la planification des sages-femmes peuvent être entreprises. Le KCE a été sollicité par la Commission de Planification pour apporter un soutien dans ces étapes préparatoires, en particulier pour l'analyse de la formation des sages-femmes et l'évaluation de la pratique actuelle de ces professionnels dans les secteurs d'activité où ils exercent déjà.

2. LE PROCESSUS DE PLANIFICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN BELGIQUE

Le processus de planification des professionnels de santé en Belgique comporte cinq phases successives :

- la description de la force de travail actuelle,
- l'élaboration d'un scénario de base de l'évolution de la force de travail (continuité),
- l'élaboration de scénarios alternatifs (intégrant des hypothèses d'évolution),
- la promulgation d'avis de la Commission de Planification sous forme de recommandations de politiques à mettre en œuvre par le Ministre qui a la Santé Publique dans ses compétences,
- la prise de décision politique suite à l'avis de la Commission de Planification.

La Commission de Planification est soutenue scientifiquement dans ses travaux par la Cellule de Planification.

2.1. La description de la force de travail actuelle

Les caractéristiques des professionnels de santé en droit d'exercer en Belgique sont enregistrées dans la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé (communément appelée cadastre des professions de santé). La Cellule de Planification est responsable de la gestion de ce cadastre qui retrace les données démographiques et académiques des professionnels de santé.

Ces données sont ensuite couplées à des informations du Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale (Banque carrefour de la sécurité sociale) et de l'assurance maladie invalidité (INAMI). Ce couplage, dénommé PlanCAD, permet de connaître la force de travail et la position effective des praticiens agréés sur le marché du travail. Ces renseignements



sont à l'origine du modèle de projection de la force de travail des ressources humaines pour la santé.

2.2. L'élaboration d'un scénario de base de l'évolution de la force de travail (continuité)

Les modèles de projection de la force de travail utilisent une approche de type '*stock and flow*' où le stock correspond à la force de travail des professionnels de santé et les flux correspondent aux entrées et aux sorties du marché de travail de ces professionnels. La formation et l'immigration assurent les entrées de professionnels sur le marché du travail tandis que les décès, les départs à la retraite, les réorientations professionnelles ou les arrêts de l'activité assurent les sorties.

Diverses sources permettent de décrire ces flux et d'en analyser les tendances historiques d'évolution :

- Les données du PlanCAD,
- Les données des communautés pour la formation de base,
- Les données démographiques de la population résidant en Belgique (nombre d'individus, structure de la population, taux de survie) provenant du bureau du plan et du SPF économie.

La projection de la force de travail consiste à appliquer ces flux au stock actuel de professionnels de santé pour estimer la force de travail future. La force de travail est ensuite convertie en densité de professionnels, pondérée par la consommation de soins. Cette densité est le rapport entre le nombre absolu de prestataires (effectifs physiques) et la population vivant en Belgique. La taille de la population est calculée en attribuant à chaque citoyen un poids correspondant aux dépenses de soins à charge de l'Assurance maladie-invalidité par rapport à son âge et son sexe. Les données de consommation de soins par tranche d'âge, de sexe et rôle linguistique, proviennent de l'INAMI et de l'AIM (Agence Intermutualiste). Cette technique est utilisée pour introduire la variation des besoins de santé des différentes catégories de la population. Une variante de la densité de professionnels est également utilisée. Il s'agit du même rapport où le

numérateur devient le nombre d'équivalents temps-plein de professionnels (ETP).

Dans ce scénario de base (scénario de « continuité »), les projections sont réalisées « à politique et conditions constantes ».

2.3. L'élaboration de scénarios alternatifs (intégrant des hypothèses d'évolution)

Les résultats des travaux de la Cellule de Planification sont discutés au sein de groupes de travail institués au sein de la Commission de Planification. Ceux-ci élaborent des scénarios alternatifs relatifs à l'évolution probable des paramètres du modèle tant en termes d'organisation (ex : répartition des compétences, évolution de l'organisation et du temps de travail, etc.) que de délivrance des soins (ex : évolution des technologies, nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques, etc.). La composition des groupes de travail varie en fonction des professions et est arrêtée par la Commission de Planification.

En général, deux scénarios alternatifs sont définis : un scénario « haut » conduisant à une densité de professionnels supérieure à celle du scénario de base et un scénario « bas » produisant l'inverse. Quel que soit le type de scénario, l'évolution de la densité ajustée projetée pour l'avenir est comparée à la densité ajustée observée actuellement. Les résultats sont discutés au sein des groupes de travail et servent de base à l'élaboration des avis de la Commission de Planification.



2.4. La promulgation d'avis de la Commission de Planification

Sur la base des résultats des travaux des groupes de travail, la Commission de Planification propose, au Ministre ayant la Santé Publique dans ses compétences, soit des mesures de stimulation de la formation, soit des mesures de contingentement. Lorsque des mesures de contingentement sont recommandées, la Commission de Planification propose également des quotas de formation pour chaque communauté linguistique à l'exception de la Communauté germanophone. Jusqu'à présent, la Commission de Planification a étudié les professions suivantes : les médecins, les dentistes, les infirmiers et les kinésithérapeutes.

2.5. La prise de décision politique suite à l'avis de la Commission de Planification

L'avis de la Commission de Planification n'est pas contraignant et il appartient au Ministre ayant la Santé Publique dans ses compétences de prendre les mesures qu'il juge nécessaires et de fixer, éventuellement, les quotas ad hoc. Différents outils sont à la disposition du législateur. Lorsque la demande excède l'offre de professionnels, des mesures peuvent être mises en place soit pour accroître l'offre (stimulation de la formation, lutte contre l'attrition...) soit pour diminuer la demande de professionnels (substitution vers d'autres professions, création de nouvelles professions...). Lorsque l'offre de professionnels est plus importante que la demande, des mesures de contingentement peuvent être mises en place pour limiter l'entrée sur le marché du travail (limitation du nombre de diplômés par une restriction à l'accès des études ou limitation du nombre d'entrées de professionnels provenant des pays étrangers...). Dans ce cas de figure, des mesures de stimulation à l'arrêt plus précoce de la carrière ou des incitants à la reconversion professionnelle peuvent être envisagés.

Des mesures de contingentement ont été mises en place pour les médecins et les dentistes. Le contingentement des kinésithérapeutes a été suspendu en 2013.

3. PORTÉE DU RAPPORT

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la préparation des travaux de la Commission de Planification, portant sur l'étude de la force de travail des sages-femmes en Belgique.

Ce rapport est destiné aux membres de la Commission de Planification – offre médicale :

- 1° une description de la formation des sages-femmes en Belgique ainsi que dans trois autres pays européens, choisis pour leur organisation efficiente de la période post-natale (Suède, Royaume-Uni et Pays-Bas),
- 2° une analyse de la pratique de la maïeutique en Belgique et une mise en perspective avec la pratique observée dans ces 3 pays européens,
- 3° une analyse critique du processus de planification des ressources humaines pour la santé en général et des sages-femmes en particulier ainsi que du modèle de projection de la force de travail élaboré spécifiquement pour les sages-femmes.



4. RÉSULTATS

4.1. Une formation des sages-femmes différente au Nord et au Sud du pays

4.1.1. Formation des sages-femmes et compétences

En Belgique, la formation des sages-femmes est régulée par des dispositions européennes (Directive 2005/36/CE coordonnée en 2013 par la Directive 2013/55/EU) et par des dispositions communautaires.

Avant 2006, la formation d'accoucheuse était une spécialisation infirmière, permettant aux accoucheuses d'exercer à la fois la profession d'accoucheuse et celle d'infirmière. Ce double diplôme représentait un avantage certain en termes de diversité d'activités professionnelles et de flexibilité sur le marché du travail.

Dès 2006, la formation des sages-femmes s'est distinguée de celle des infirmières et s'est organisée sur une période de minimum 3 ans, conformément aux dispositions européennes. Les sages-femmes ne sont dès lors plus des infirmières spécialisées mais forment un groupe professionnel distinct.

En Belgique, l'accès à la formation de sage-femme est libre. Le diplôme est délivré après une formation de 3 ans en Communauté flamande, et après une formation de 4 ans en Communauté française. Des formations universitaires complémentaires sont accessibles aux sages-femmes ; leur contenu varie en fonction de la Communauté.

Les autres pays européens organisent un filtre à l'accès à la formation de sages-femmes dont la durée est de minimum 4 ans. Les critères d'admission auxquels doivent répondre les candidats varient d'un pays à l'autre. Par exemple, la formation de sages-femmes est soumise à l'obtention du diplôme d'infirmière en Suède contrairement aux Pays-Bas qui offrent une formation distincte. Au Royaume-Uni, la formation des sages-femmes est également accessible après la formation d'infirmière mais ce n'est, cependant, pas un prérequis obligatoire.

En Belgique, les détenteurs d'un diplôme de sage-femme sont agréés par les Communautés et doivent introduire auprès du SPF Santé Publique une demande d'obtention d'un visa. Ce visa est l'équivalent d'un permis de travail ou d'une « autorisation à pratiquer ». Pour qu'une patiente puisse obtenir un remboursement des prestations de maïeutique, la sage-femme doit également être enregistrée auprès de l'INAMI. Cette inscription est soumise à l'obtention de l'agrément et du visa. À ce jour, il est toutefois possible d'obtenir automatiquement un agrément par le SPF Santé Publique (Loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé).


Tableau 1 – Caractéristiques de la formation des sages-femmes belges, néerlandaises, anglaises et suédoises

| Formation | Belgique | Pays-Bas | Royaume-Uni | Suède |
|-------------------------------|--|---|---|---|
| Lieu de formation | Haute École | Université | Université | Collèges |
| Conditions d'admission | Il n'existe pas de limitation formelle bien que le nombre de candidats soit limité aux places d'accueil en Communauté française. | Le nombre de places de formation est limité. Un système de sélection en deux tours est mis en place. Cependant, les candidats ayant réussi leurs examens avec une moyenne $\geq 8/10$ sont automatiquement admis. | Chaque université fixe ses propres critères de sélection. | Le nombre de places à pourvoir est fixé par les centres de formation mais le nombre de places financées est calculé par le gouvernement. Les critères d'admission sont fixés par chaque centre. L'accès à la formation est limité aux diplômés en sciences infirmières. |
| Durée de la formation | Communauté française : 4 ans Communauté flamande : 3 ans | 4 ans | 4 ans <u>ou</u> 18 mois pour les infirmières diplômées (midwifery short programme) | 4 ans (3 ans en sciences infirmières + 18 mois de spécialisation en maïeutique) Rem : l'accès aux études d'infirmier est également contingenté. |



4.1.2. Données relatives à la formation des sages-femmes en Belgique

4.1.2.1. Inscription en première année

Le nombre d'inscrits en première année est resté relativement stable depuis 2008. En 2014, 317 étudiants francophones et 308 étudiants néerlandophones ont choisi d'étudier la maïeutique après leurs études secondaires, soit 625 étudiants pour l'ensemble du pays.

Depuis 2010, environ 30% des étudiants inscrits en première année dans les deux communautés ont obtenu leur diplôme de secondaire en dehors de la communauté voire en dehors du pays. Il s'agit essentiellement d'étudiants porteurs d'un diplôme de secondaire obtenu en France pour la Communauté française. La Communauté flamande n'enregistre pas la nationalité du diplôme de ses étudiants, ce qui limite les possibilités de comparaison entre Communautés. Néanmoins, la collecte des données sur l'origine du diplôme de secondaire s'harmonise au cours du temps.

4.1.2.2. Obtention du diplôme en fin de cycle

En Communauté flamande, moins de 50% des étudiants inscrits en première année seront **diplômés en fin de cycle** complet de formation, au terme de 3 ans d'études. Ce taux est de 65% en Communauté française, au terme de 4 ans. Ce 'taux de diplomation' représente le rapport entre le nombre de diplômés au temps t+3 ou t+4 selon la Communauté de référence et le nombre d'inscrits de 'première génération' au temps t (soit les étudiants qui s'inscrivent pour la première fois dans une formation supérieure, en Belgique ou à l'étranger). Il ne s'agit pas réellement d'un taux de réussite, puisqu'on ne suit pas des cohortes d'étudiants, et on ne distingue pas les étudiants qui réussissent chaque année de ceux qui répètent une ou plusieurs années d'études.

En Communauté française, entre 2005 et 2014, plus de 50% des diplômés provenaient d'écoles secondaires situées en dehors de la Belgique. La Commission de Planification devrait être en mesure de vérifier si les diplômés provenant de l'étranger retournent dans leur pays d'origine ou s'ils intègrent la force de travail en Belgique.

4.2. La pratique de la maïeutique en Belgique

4.2.1. Dispositions relatives à la pratique de la maïeutique

Au niveau européen, la pratique de la maïeutique est encadrée par la Directive 2005/36/CE (coordonnée par la Directive 2013/55/EU) qui définit les 11 activités pour lesquelles les sages-femmes sont habilitées à exercer.

En Belgique, les sages-femmes sont habilitées à pratiquer les accouchements eutociques et à exécuter les prestations techniques dans les domaines de l'obstétrique, du traitement de l'infertilité, de la gynécologie et de la néonatalogie. L'accès au marché du travail est soumis à l'enregistrement des diplômés auprès des autorités compétentes. Le maintien de l'agrément est conditionné à la participation à une formation permanente de 75 heures sur une période de 5 ans.

Dans les autres pays étudiés, la pratique de la maïeutique se distingue, d'une part, par la présence d' 'assistantes maternelles' et d'autre part, par la diversité des tâches confiées aux sages-femmes en comparaison à celles confiées à d'autres professionnels comme les obstétriciens, les médecins généralistes, les infirmières et les autres paramédicaux. Les 'assistantes maternelles' sont de véritables professionnelles de la santé reconnues, épaulant les sages-femmes dans leur travail à des moments différents de la prise en charge de la grossesse et de la naissance selon le pays considéré.

4.2.2. Nombre de sages-femmes en Belgique

Au 31 décembre 2015, 11 116 personnes étaient **enregistrées** comme sages-femmes après du Service Public fédéral de la Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement, dont 6,5% étaient domiciliées à l'étranger. Parmi les 10 440 sages-femmes enregistrées sur le territoire belge, la grande majorité sont belges (94,7%) et la plupart des sages-femmes non belges sont européennes (5,1% contre 0,2% hors Union européenne).

Ces 10 440 sages-femmes sont donc en **droit d'exercer**, c'est-à-dire qu'elles ont obtenu un visa et sont enregistrées dans le cadastre des professions de santé. Ce nombre total augmente légèrement d'année en année (9 972 en 2014 et 9 522 en 2013). Parmi celles-ci, 67,6% résident en



Flandre, 25% en Wallonie et 7,4% à Bruxelles. Parmi les sages-femmes en droit d'exercer, une proportion (encore inconnue) est professionnellement active, soit dans le secteur de la santé soit en dehors de celui-ci. Cette information sera connue de la Commission de Planification en 2017. À titre de comparaison, 176 778 infirmiers étaient en droit d'exercer en 2014. Seuls 130 530 avaient une activité professionnelle dans le secteur de la santé à hauteur de 102 368 ETP.

Il est utile de mentionner que la Belgique comptait en 2014 environ 2 521 000 femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) et enregistrait un nombre annuel de naissances de l'ordre de 125 000. Ces statistiques sont importantes pour calculer la densité de sages-femmes. Alors que pour les médecins et les infirmiers, on estime la densité en établissant le rapport entre le nombre de professionnels actifs et le nombre de citoyens, pour les sages-femmes, le dénominateur est différent (ex. nombre de femmes en âge de procréer ou nombre de naissances). En Belgique, il est pour l'instant impossible de calculer cette densité puisque le nombre de professionnels actifs reste encore inconnu. Il est encore plus hasardeux de tenter une comparaison de la densité de professionnels avec d'autres pays, qui peuvent recourir à des professionnels différents pour la délivrance des soins liés à la naissance (médecins généralistes, assistantes maternelles et autres professionnels de support). De plus, les rôles conférés aux obstétriciens par rapport aux sages-femmes diffèrent entre les pays (ex : présence de sages-femmes cliniciennes aux Pays-Bas).

4.2.3. Lieu de pratique des sages-femmes

4.2.3.1. Secteur hospitalier

Actuellement, les sages-femmes belges exercent principalement leurs activités en milieu hospitalier. Toutefois, alors que les sages-femmes devraient surtout être actives dans les services liés à la naissance (maternité, néonatalogie, néonatalogie intensive, unité de médecine materno-fœtale), ce qui correspondrait à une utilisation adéquate de leurs compétences, certaines sont actives dans d'autres services (médecine, chirurgie...) ; cette deuxième situation témoigne d'une utilisation inappropriée de cette main-d'œuvre spécialisée. L'accès à ces services est toutefois possible pour les sages-femmes diplômées jusqu'en 2018. Les

sages-femmes diplômées après cette date perdront le droit d'exercer pleinement l'art infirmier et perdront par conséquent la possibilité d'exercer une activité professionnelle dans des secteurs de santé non liés à la maternité.

La définition de l'emploi exact des sages-femmes dans les services hospitaliers nécessite la récolte d'informations précises auprès des hôpitaux car les données enregistrées dans les bases de données administratives sont surtout collectées à des fins de financement (RHM, FINHOSTA). Ces bases de données permettent de mesurer la force de travail des sages-femmes dans les différents services hospitaliers (en nombres absolus et en ETP) à partir de données agrégées. Ces dernières ne peuvent toutefois pas être couplées aux données individuelles du Cadastre des professionnels de santé, empêchant l'évaluation de caractéristiques démographiques telles que l'âge, utiles pour apprécier la force de travail actuelle et future.

Au dernier trimestre 2014, les données du RHM indiquaient que 5 326 sages-femmes étaient actives en milieu hospitalier, soit une force de travail de 3 444,2 ETP. La capacité contributive moyenne est donc de 0,65 ETP par sage-femme. Près de la moitié de ces sages-femmes (47%) étaient employées dans les services de maternité. La salle d'accouchement et le service de soins néonataux non intensifs occupaient respectivement 20% et 10% du nombre de sages-femmes hospitalières. Parmi les sages-femmes, 3% avaient leur activité reliée à la salle d'accouchement, 2% au service d'observation intensive des grossesses à haut risque et soins périnataux, 1% au service de pédiatrie, 1% au service de soins néonataux intensifs. Les services d'urgence ne comptaient que 0,2% des effectifs de sages-femmes graduées/bacheliers. Une partie non négligeable des sages-femmes (15% des effectifs ou encore 18% des ETP) remplissaient des fonctions dans les autres services hospitaliers.



4.2.3.2. Secteur extra-hospitalier

En dehors du secteur hospitalier, un éventail d'activités est accessible aux sages-femmes telles que les activités dans les pratiques indépendantes ou en maison médicale, les activités salariées dans le secteur des soins ou de prévention (ONE et K&G) ; enfin, les sages-femmes peuvent aussi trouver un emploi dans des secteurs non liés aux soins (enseignement, firmes pharmaceutiques...) ou non liés à la santé en général.

En 2015, on comptait 49 sages-femmes à l'ONE (47,5 ETP) et 151 chez Kind & Gezin (119,5 ETP). En Communauté française, 182 sages-femmes (soit 137,5 ETP) étaient actives dans l'enseignement (81 en secondaire et 101 dans les Hautes Écoles). Les sages-femmes participaient à hauteur de 262 ETP dans l'enseignement secondaire de la Communauté flamande et 153 ETP dans l'enseignement supérieur (HBO5) de cette communauté. L'occupation des sages-femmes dans les secteurs ambulatoires sera documentée par le PlanCAD en 2017.

Lorsqu'une augmentation du recours à l'emploi en dehors du secteur de la santé est observée, une **pléthore** de sages-femmes peut être suspectée, les obligeant à exercer en dehors de leur secteur de prédilection. De même, une **attrition** peut être tout aussi probable, les amenant à fuir leur secteur d'activités privilégié. Les causes de l'attrition peuvent être multiples : insatisfaction professionnelle, souhait d'un meilleur équilibre vie professionnelle – vie privée, souhait d'une réorientation professionnelle, etc. Des investigations auprès des professionnels de ce secteur pourraient permettre d'évaluer ces deux phénomènes. En revanche, une augmentation des activités liées à un code d'activité ambulatoire selon la nomenclature de l'INAMI pour le postpartum est un indicateur de la **transition** de la prise en charge hospitalière vers le domicile.

Leur champ d'activités peut évoluer dans le temps et s'élargir à d'autres secteurs, tels que celui de la procréation médicalement assistée.

4.2.4. Aménagement de fin de carrière

La fin de carrière des sages-femmes belges se caractérise par l'accès potentiel au droit à la pension anticipée et à la dispense de service dans le secteur hospitalier. Une collecte de données sera nécessaire à l'avenir pour compléter les informations actuelles sur ces modalités d'aménagement de fin de carrière.

4.3. Analyse critique du processus de planification des professionnels de santé

La méthode analytique utilisée pour l'étude du modèle de projection de la force de travail et sa mise en œuvre dans le cadre des politiques de planification des ressources humaines repose sur la technique SWOT (**S**trengths–Forces, **W**eaknesses–Faiblesses, **O**pportunities–Opportunités, and **T**hreats–Menaces). Une attention particulière est portée aux spécificités de la profession de sage-femme. Cependant, **certains éléments de la discussion pourront être également d'application pour les autres professions.**

Cette analyse se limite à la comparaison avec les modèles étrangers. Le tableau 2 présente le résultat de l'analyse SWOT. Le rapport scientifique détaille chaque élément de l'analyse. Cette matrice pourrait être enrichie par la consultation de stakeholders et d'experts de la modélisation des projections des ressources humaines pour la santé. Cette mise en perspective n'a pas pu être réalisée dans le cadre de ce travail.



Tableau 2 – Matrice SWOT du modèle de projection de la force de travail et de sa mise en œuvre lors de la planification des professionnels de la santé

Strengths

- Identification des diplômés et des professionnels en droit d'exercer et actifs (stock).
- Variables de flux prises en compte dans le modèle *stock and flow* de projection de l'offre (formation, immigration, mobilité professionnelle...).
- Mesure de la force de travail des salariés dans et en dehors du secteur de la santé.
- Recours à des groupes de travail pour valider les hypothèses de travail et les scénarios utilisés dans le modèle de projection de la force de travail.
- Utilisation de données fiables provenant de diverses sources (bases de données administratives couplées).

Weaknesses

- Projection du nombre de diplômés à partir du calcul du taux d'attractivité et de réussite (peu fiables).
- Mesure de la force de travail dans le secteur libéral.
- Définition et mesure de la demande par les dépenses de soins.
- Lors de la projection pour le futur, l'offre de professionnels est considérée de facto comme *adéquate* au temps initial.
- Analyse des paramètres complémentaires à inclure dans le modèle de projection en fonction de la disponibilité de données pour les mesurer.
- Degré de précision des données disponibles et intégrées dans le modèle de projection de la force de travail.
- Méthodologie de développement de scénarios (consultation peu structurée des stakeholders).
- Absence de planification simultanée des professions de santé susceptibles de bénéficier d'une délégation des tâches (planification mono-disciplinaire).

Opportunities

- Transfert des compétences aux entités fédérées suite à la sixième réforme de l'État ouvrant la voie à la collecte de données complémentaires.
- Potentialité des données du PlanCAD à exploiter pour l'élaboration de scénarios.
- Données des projets pilotes mis en place dans le cadre de la réforme du paysage et du financement hospitalier (p.ex. transfert du suivi du postpartum du secteur hospitalier vers le domicile).

Threats

- Morcellement des compétences de planification entre les différents niveaux de pouvoir (fédéral et communautaire).
- Contradiction entre le souhait de régulation de l'offre de professionnels et le caractère libéral de la pratique (liberté d'installation des professionnels de la santé, liberté du patient de s'adresser à un professionnel généraliste ou spécialiste).
- Contradiction entre le souhait de régulation de l'offre de professionnels et la mobilité européenne des étudiants et des professionnels.
- Étude limitée de l'impact des politiques sociales et sanitaires sur la planification des professionnels.



4.3.1. Les défis spécifiques à la planification des sages-femmes

Asymétrie des cycles de projection de la force de travail entre les deux communautés du pays

La formation des sages-femmes présente la particularité d'une asymétrie communautaire de la durée de la formation. La formation dure 3 ans en Communauté flamande alors que la Communauté française propose un cursus de 4 années. Les cycles de projection des sages-femmes ont donc une durée différente selon la Communauté envisagée.

Modification du champ d'activités des sages-femmes

La fin du droit des sages-femmes à pratiquer l'art infirmier en 2018 rétrécit leur champ d'activités en milieu hospitalier. L'introduction de personnel de soutien à l'activité de la maïeutique (ex : assistante maternelle) pourrait modifier les tâches effectuées par les sages-femmes.

Mutation de la demande de services de maïeutique

L'évolution de la demande est estimée sur la base de la croissance de la population et de l'estimation de dépenses de soins. L'évolution des besoins en sages-femmes doit prendre en compte d'autres facteurs tels que des facteurs épidémiologiques ou des éléments organisationnels. En effet, l'augmentation potentielle des grossesses à risque due, entre autres, à l'augmentation de l'âge des parturientes ou de l'incidence de certaines maladies (ex : diabète), peut diminuer les besoins en sages-femmes et augmenter le recours aux gynécologues-obstétriciens habilités à suivre les grossesses à risque. Enfin, le mouvement vers une implication accrue des sages-femmes dans le suivi de la grossesse et de la naissance et la tendance vers la réduction de la durée de séjour à la maternité après un accouchement sans complication peuvent aussi affecter le besoin en sages-femmes. Effectivement, les options d'organisation du postpartum choisies dans le futur (hospitalo-centriste ou ambulatoire) seront plus ou moins gourmandes en force de travail de sages-femmes ; elles devront toutefois être évaluées aussi en regard de la qualité des soins, de l'accès à ceux-ci et de leur continuité. Dans le cadre de cette transformation du système de prise en charge, une réflexion sur la délégation horizontale de tâches entre

professionnels déjà légalement reconnus (ex : gynécologues-obstétriciens) vers les sages-femmes ou des sages-femmes vers des professionnels à venir (ex : assistante maternelle) devra être entamée et les conséquences sur les besoins en sages-femmes devront être discutées.

Description des flux de sortie

Pour nourrir le modèle de projection de la force de travail, certaines données doivent encore être affinées, en particulier les données relatives à l'impact de l'âge légal de la pension et du recours à l'aménagement des fins de carrière prévu pour le personnel hospitalier qui exerce une fonction dite 'pénible' sous forme de dispenses de service à partir de l'âge de 45 ans.



5. RECOMMANDATIONS

Les recommandations formulées dans ce chapitre sont applicables à toutes les professions de santé dont la planification des ressources humaines est encadrée par la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé.

5.1. De la modélisation vers plus de planification des ressources humaines pour la santé

Recommandation 1

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

5.1.1. Génération des scénarios et analyse prospective (horizon scanning)

La troisième étape du processus de planification (voir section 2 du rapport) est l'élaboration au sein des groupes de travail de la Commission de Planification de scénarios alternatifs permettant d'encadrer le scénario de base calculé à politique et conditions constantes. L'intégration de l'exercice d'horizon scanning aux travaux des groupes de travail apporterait une valeur ajoutée dans l'élaboration des scénarios.

L'horizon scanning débute par une étude de la littérature des facteurs technologiques, économiques, environnementaux, politiques, sociaux et éthiques influençant potentiellement la force de travail. Ces facteurs sont ensuite discutés au sein de focus groups ou de groupes de travail. Une fois les facteurs principaux identifiés, ils seront quantifiés et intégrés dans des scénarios d'évolution future. Ces données font l'objet d'une consultation par Delphi Panel afin de limiter les incertitudes liées aux projections futures. Un

projet pilote de faisabilité dans le contexte belge a été réalisé pour la médecine générale. Dans le cadre de la maïeutique, l'incertitude liée au futur est particulièrement importante dans un contexte d'implication accrue des sages-femmes dans le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du suivi postnatal. L'exercice d'horizon scanning s'avère incontournable pour cette discipline.

5.1.2. L'analyse des politiques

L'analyse des politiques comporte deux étapes, à savoir d'une part, l'analyse de l'impact des politiques sociales et sanitaires déjà mises en œuvre sur les besoins futurs en ressources humaines pour la santé et, d'autre part, la formulation et la priorisation des options politiques futures par les décideurs aux niveaux local ou national.

Pour les sages-femmes, les politiques sociales actuelles ayant un impact sur la force de travail sont les aménagements de fin de carrière dans le secteur hospitalier et l'augmentation générale de l'âge de la pension envisagée pour la plupart des travailleurs en Belgique. Les options politiques futures relatives à l'organisation des soins sont nombreuses et ont des conséquences importantes sur le besoin en ressources humaines de maïeutique. Citons par exemple, la diminution de la durée de séjour hospitalier après un accouchement sans complication, la formation universitaire des sages-femmes en Flandre, la création de la profession d'assistantes maternelles ou encore la forfaitarisation de la prise en charge du trajet de naissance. La vraisemblance de la réalisation de ces politiques par les pouvoirs publics et leur priorisation sont des éléments clés pour une projection encadrant le mieux possible les incertitudes du futur. Les données relatives à l'allocation des ressources humaines recueillies au décours des projets pilotes informeront les scénarios quant aux conséquences du transfert de la prise en charge postnatale de l'hôpital vers le domicile.



5.2. Mesure de l'offre

Recommandation 2

Améliorer la récolte de données relatives à la description de l'offre.

Le PlanCAD est la principale source de données permettant la description de l'offre de prestataires de soins. Il fournit un grand nombre de données précises sur le statut des prestataires (actifs, demandeurs d'emploi, pensionnés, décédés, à l'étranger, etc.), sur le taux d'occupation et sur le secteur de prestations pour les services relevant du salariat. Toutefois, une attention particulière devrait être portée à l'émigration et aux pratiques transfrontalières, moins documentées en Belgique en comparaison avec les autres pays étudiés.

D'autres informations ne peuvent être apportées par les bases de données administratives comme, par exemple, le lieu d'exercice des pratiques indépendantes ou l'allocation des prestataires au sein d'un secteur d'activité. Aucune base de données administrative ne permet de décrire avec suffisamment de précision la répartition des sages-femmes au sein des services hospitaliers (voir section 4.2.3 du rapport). Ces données sont essentielles pour comprendre le déploiement de l'offre au sein du système de santé. La collecte d'informations ne peut se faire que sur la base de sondages réguliers du terrain.

Recommandation 3

La coordination de la récolte des données relatives à la planification devrait être renforcée entre les différents niveaux de compétences afin d'assurer une continuité dans la collecte des données passées et futures.

Le modèle de projection utilise comme point de départ le nombre d'étudiants inscrits dans une haute école de la Communauté française ou de la Communauté flamande pour suivre une formation de sage-femme. D'autres informations sont utilisées telles que le nombre de diplômés par année et par Communauté et la proportion d'étudiants étrangers inscrits et diplômés

en Belgique. Ces informations proviennent des Communautés et ne sont pas toujours définies de la même façon ni collectées de façon uniforme. La qualité de ces données doit faire l'objet d'un monitoring. Le couplage des données communautaires relatives à l'enseignement avec les données du cadastre permettrait de mesurer avec plus de précision le taux d'intégration dans la force de travail belge des diplômés dont la formation de l'enseignement secondaire a été effectuée à l'étranger.

La coordination avec les entités fédérées est rendue encore plus essentielle du fait de la 6^{ème} réforme de l'État transférant la compétence de l'agrément des professions de santé aux entités fédérées. Puisque les données d'agrément servent de base à la description de l'offre de sages-femmes (et des professionnels de santé en général) dans le modèle de projection de la force de travail, il convient de veiller à la compatibilité des données qui seront enregistrées dans le futur. Cette réforme peut être l'occasion d'ajouter des données utiles à la planification lors de la demande d'agrément.

Recommandation 4

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

Le nombre de sages-femmes diplômées en Belgique sert de point de départ pour estimer le flux d'entrée des professionnels sur le marché du travail. La projection du nombre de diplômés utilise le taux de réussite parmi les étudiants de première génération. L'application de cette méthode entraîne toutefois des problèmes dans la précision de l'estimation du nombre de diplômés (voir section 2.4.3.2 du rapport). Une projection du nombre de diplômés sur base historique permettrait une estimation plus robuste pour l'avenir.

Grâce aux données de la Banque Carrefour de Sécurité Sociale, la Commission de Planification dispose d'informations relatives au temps de travail des travailleurs salariés, utiles pour apprécier la force de travail des sages-femmes en milieu hospitalier. Cependant, le transfert potentiel d'une partie de la force de travail du milieu hospitalier vers le milieu ambulatoire pourrait générer une augmentation des pratiques libérales utilisant une



tarification à l'acte. La transposition du volume d'actes en ETP n'est cependant pas si simple ; les difficultés déjà rencontrées lors des exercices précédents pour les médecins vont se répéter, puisque les libellés et les tarifs de la nomenclature ne reflètent pas la charge de travail réelle.

5.3. Mesure de la demande

Recommandation 5

Améliorer la récolte de données relatives à la demande.

Le modèle de projection de la force de travail prévoit l'évaluation de la demande sur base de la méthode décrite au point 2.2 du rapport.

Lors de l'élaboration des recommandations par la Commission de Planification, la densité de professionnels actuelle est comparée à la densité future de professionnels pour apprécier son évolution au cours du temps. Cette méthode repose sur la double hypothèse selon laquelle, d'une part, les dépenses de soins (et par là-même la densité ajustée de professionnels de soins) est un indicateur fiable de la demande, c'est-à-dire que la demande en soins exprime et justifie dans tous les cas un besoin de santé objectivable et, que d'autre part, l'offre de soins répond de façon pertinente et coût-efficace à cette demande. Cette hypothèse n'a pas été vérifiée dans le cadre de la projection de la force de travail des sages-femmes. À titre d'exemple, un rapport de l'Agence Intermutualiste montrait une augmentation de 25,0% à 40,6% entre 2005 et 2010 de la proportion de parturientes (grossesse à bas risque) ayant eu au moins une consultation de sage-femme pendant la période prénatale. Le rapport indiquait également que le niveau de risque de la grossesse n'impactait pas la fréquence de consultation. Les auteurs concluaient que l'augmentation de la fréquence de consultation des sages-femmes pendant cette période ne reflétait pas un phénomène de substitution mais plutôt l'addition des consultations de sages-femmes à celles de gynécologues-obstétriciens. En effet, la fréquence des consultations chez le gynécologue ne semblait pas avoir diminuée alors qu'une augmentation des consultations chez une sage-femme était observée pendant la période 2005-2010. Cette croissance du

recours aux sages-femmes peut être la conséquence soit d'une augmentation des besoins des femmes enceintes, soit d'une modification des modalités de tarification des soins, soit il existait en 2005 un besoin préexistant auquel aucune réponse n'était apportée à l'époque, soit il s'agit d'une réponse non adéquate de l'offre en 2010. Sans réponse à l'analyse causale de l'augmentation du recours aux consultations de sages-femmes, l'utilisation des dépenses comme indicateur de demande est sujette à caution.

La demande pourrait faire l'objet d'une évaluation multidimensionnelle. Outre la consommation réelle de soins, l'évaluation des besoins non rencontrés et des objectifs de santé à atteindre (cf. par exemple une diminution du taux de césariennes itératives par la prise en charge individualisée de la parturiente en travail) pourrait, entre autres, être utilisée comme paramètre du modèle de projection.

La notion de 'densité de professionnels' comme résultat du modèle est également sujette à caution. En effet, il n'existe pas de densité optimale à atteindre et la comparaison avec la densité de professionnels observée dans les pays étrangers est rendue difficile par les variations d'organisation des professions de santé et du système de soins. En effet, les densités de sages-femmes observées dans les pays utilisés comme comparateurs sont très différentes et ne peuvent être comparées du fait des variations importantes d'organisation des soins (avec notamment, la présence plus ou moins importante de personnel de soutien), de tâches confiées aux sages-femmes et d'accès aux professionnels de santé. À ce stade, seules les données du Cadastre des professionnels de santé sont disponibles pour la Belgique. Elles fournissent de l'information concernant les sages-femmes en droit d'exercer. À partir de 2017, la Commission de Planification connaîtra le nombre de sages-femmes professionnellement actives.



5.4. Planification simultanée des professions de santé

Recommandation 6

Envisager une planification simultanée des professions de santé susceptibles de bénéficier d'une délégation des tâches.

La planification simultanée des professions de santé susceptible de bénéficier d'une délégation des tâches ou d'une substitution permettrait d'avoir une vision globale de soins délivrés en multidisciplinarité.

La planification actuelle de chaque profession, considérée individuellement et en silo, empêche cette vision globale, partagée et discutée par l'ensemble des acteurs impliqués dans les services de santé. En effet, chaque groupe de travail, monodisciplinaire, expose l'élaboration de scénarios et l'interprétation des données de projection de la force de travail à des conflits d'intérêts générés par des préoccupations corporatistes empêchant potentiellement la modification du skill-mix. Cette modification du skill-mix peut s'envisager dans deux directions : la délégation des tâches des gynécologues-obstétriciens vers les sages-femmes et la création potentielle de nouveaux professionnels permettant la délégation de tâches des sages-femmes vers ces nouveaux professionnels de support. Les interactions entre ces différents professionnels devront s'organiser dans l'esprit de la réforme de l'Arrêté Royal n°78. La délégation des tâches relevant jusqu'ici des gynécologues-obstétriciens et sages-femmes nécessite une planification simultanée de ces deux professions. L'observation d'une diminution de l'offre de gynécologues-obstétriciens pourrait partiellement être compensée par une augmentation du nombre de sages-femmes dont la durée de formation est plus courte et permettrait donc une réponse rapide à la croissance de la demande. Il convient toutefois de tenir compte de l'asymétrie de la durée de formation entre les deux communautés ainsi que des contraintes médico-légales liées à ce genre de délégation.

5.5. Analyse post-hoc des modèles de projection et évaluation des politiques de contingentement

Recommandation 7

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

Comme c'est le cas au Royaume-Uni, une évaluation annuelle de la réalisation des projections permettrait de prendre rapidement des mesures correctrices. Par exemple, cette évaluation peut mener à ajuster les paramètres du modèle ainsi que les scénarios d'évolution de ces paramètres. Le cas échéant, un ajustement des politiques de contingentement ou de stimulation de la formation peut être envisagé. En effet, la planification des ressources humaines doit s'accommoder d'une incertitude importante liée aux hypothèses de travail sur lesquelles reposent les scénarios de projection. Un monitoring annuel permet d'ajuster ces hypothèses et éventuellement d'ajuster les besoins en formation.

Recommandation 8

Lorsque des politiques de planification sont mises en place, évaluer leur impact sur l'organisation et les dépenses de soins.

Historiquement, la planification des ressources humaines trouve son origine dans la volonté des pouvoirs publics de contenir l'inflation des dépenses de santé en maintenant la qualité des soins. À ce jour, l'atteinte de cet objectif n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

Lorsque l'exercice de projection de la force de travail montre un déséquilibre entre l'offre et le besoin de professionnels de santé, le législateur a plusieurs outils à sa disposition (voir section 2.5 du rapport). Quelles que soient les mesures de planification adoptées, leur évaluation sur les dépenses de santé pourrait être prévue dès le début de leur mise en œuvre afin d'avoir un point de mesure préalable autorisant la comparaison avec la situation



future. Cette évaluation est rendue complexe par l'existence de nombreux paramètres influençant également la croissance des dépenses de santé (ex. croissance des maladies chroniques et des comorbidités).

Lorsqu'il est mis en place, le contingentement a pour objectif de limiter le nombre de diplômés et réduit par là-même le nombre d'étudiants en formation. La diminution du nombre de stagiaires restreint les besoins en lieu de formation et en formateurs mais aussi la contribution de ces stagiaires au système de santé. Les tâches qu'ils réalisent doivent être transférées vers d'autres praticiens plus ou moins spécialisés (substitution ou délégation de tâches). L'impact financier de ce transfert devrait également être envisagé.

Enfin, l'impact global des efforts de planification se voit atténué par l'aspect non contraignant des avis de la Commission de Planification, la liberté d'installation (y compris de prestataires européens étrangers qui ne sont pas soumis aux règles de contingentement professionnel) et la liberté du choix entre les différents types de prestataire par le patient (ex : en cas de diminution du nombre de gynécologues-obstétriciens, il n'existe pas d'échelonnement ou de trajet de soins orientant obligatoirement la patiente vers une sage-femme).



■ RECOMMANDATIONS^a

A la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique :

- Lorsque des politiques de planification sont mises en place, il faudrait évaluer leur impact sur l'organisation et les dépenses de soins.

Aux autorités compétentes des entités fédérées :

- La coordination de la récolte des données relatives à la planification devrait être renforcée entre les différents niveaux de compétences afin d'assurer une continuité dans la collecte des données passées et futures.

A 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 pour la 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 :
 - la récolte de données relatives à la description de l'offre ;
 - la projection du nombre de diplômés et la conversion des effectifs en ETP pour les activités libérales ;
 - la récolte 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.

^a Le KCE reste seul responsable des recommandations.



COLOPHON

| | |
|--|--|
| Titre : | Planification des ressources humaines pour la santé et données relatives aux sages-femmes – Synthèse |
| Auteurs : | Nadia Benahmed (KCE), Erik Hendrickx (KCE), Jef Adriaenssens (KCE), Sabine Stordeur (KCE) |
| Coordinateur de projet et superviseur senior : | Sabine Stordeur (KCE) |
| Relecture de la synthèse : | Laurence Kohn (KCE), Raf Mertens (KCE), Karin Rondia (KCE), France Vrijens (KCE) |
| Relecteurs externes du rapport : | Anne Delvaux (Cellule de planification des professions de soins de santé, SPF Santé Publique – Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen, FOD Volksgezondheid), Miguel Lardennois (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Pascale Steinberg (Cellule de planification des professions de soins de santé, SPF Santé Publique – Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen, FOD Volksgezondheid), Virginie Verdin (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid) |
| Validateurs externes : | Katelijne De Koster (Federale Raad van Vroedvrouwen, werkgroep permanente opleiding en erkenning), Anne Niset (Belgian Midwives Association (BMA), Conseil Fédéral des Sages-Femmes), Vanessa Wittvrouw (Union Professionnelle des Sages-femmes Belges (UPSfB), Conseil Fédéral des Sages-Femmes) |
| Remerciements : | Mia Ahlberg (Svenska Barnmorskeförbundet), Ronald Batenburg (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg [NIVEL]), Goele Bossaert (Agentschap Hoger Onderwijs, Volwassenenonderwijs, Kwalificaties & Studietoelagen Afdeling Hoger & Volwassenenonderwijs Vlaanderen [AHOVOKS]), Iris Cannaerts (AHOVOKS), Carole Chaumont (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV), Eveline Depuijdt (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Beth Eastwood (Health Education England), Gunilla Hammarström (Universitets-och högskolerådet), Caroline Obyn (KCE), Hans Schwartz (Socialstyrelsen, Department of Statistics and Comparisons, Sweden), Moore Stuart (Health Education England), Jean Taymans (Entreprise publique des Technologies Nouvelles de l'Information et de la Communication [ETNIC], Communauté française), Anders Viberg (Universitetskanslersämbetet) |
| Intérêts déclarés : | Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de cette étude pourraient avoir un impact : Vanessa Wittvrouw (Présidente de l'UPSfB, Vice-Présidente du Conseil Fédéral des Sages-Femmes auprès du SPF Santé Publique et membre de l'Association des Sages-femmes belges [BMA]) Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel les résultats de cette étude pourraient avoir un impact : Katelijne De Koster (Présidente du Conseil Fédéral des Sages-Femmes et présidente de la Commission de Planification Sages-Femmes auprès du SPF Santé Publique) ; Vanessa Wittvrouw (Présidente de l'UPSfB, Vice-Présidente du Conseil Fédéral des Sages-Femmes auprès du SPF Santé Publique et membre de l'Association des Sages-femmes belges [BMA]) |
| Layout : | Joyce Grijseels, Ine Verhulst |



Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication : 20 décembre 2016 (2nd print ; 1st print : 20 décembre 2016)
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Health Manpower ; Health Planning ; Forecasting ; Health Services Needs and Demand ; Midwifery ; Nurse midwives
Classification NLM : W 76
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépôt légal : D/2016/10.273/94
ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Benahmed N, Hendrickx E, Adriaenssens J, Stordeur S. Planification des ressources humaines pour la santé et données relatives aux sages-femmes – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 278Bs. D/2016/10.273/94.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.