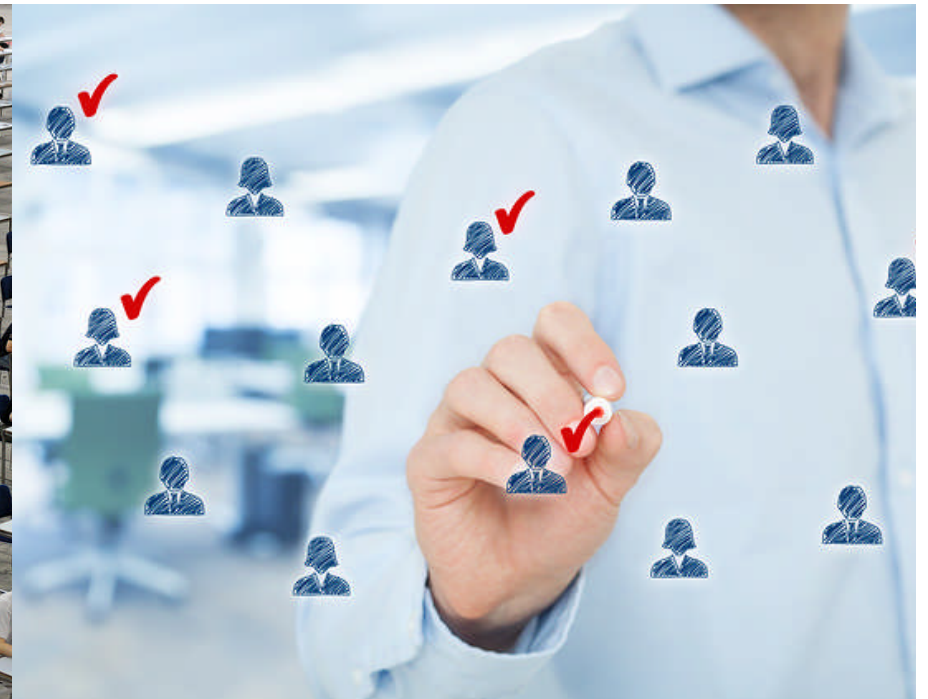


SYNTHÈSE

STRATÉGIES D'AMÉLIORATION DU MODÈLE DE PROJECTION DE L'OFFRE MÉDICALE : CONSULTATION DES STAKEHOLDERS



SYNTHÈSE

STRATÉGIES D'AMÉLIORATION DU MODÈLE DE PROJECTION DE L'OFFRE MÉDICALE : CONSULTATION DES STAKEHOLDERS

PHILIPPE VANDENBROECK, KRIS OOMS, NADIA BENAHMED, RACHEL WICKERT, WENDY CHRISTIAENS, SABINE STORDEUR



■ PRÉFACE

Peu de sujets agitent autant les esprits dans le domaine des soins de santé que la planification du nombre de futurs médecins. Agitation qui va d'ailleurs bien au-delà des limites de la santé publique, car elle touche à la formation universitaire, au numerus clausus et aux examens d'entrée, aux quotas non remplis, à l'afflux de candidats étrangers, le tout sur fond de discordes communautaires. Et nous savons d'expérience que, tôt ou tard, ce genre de patate chaude finit souvent par atterrir dans l'assiette du KCE.

Ce fut le cas une première fois en 2008, quand nous nous sommes penchés sur les stratégies de modélisation dans la planification des effectifs médicaux (Rapport KCE 72, 2008) et, plus récemment, quand nous avons réalisé une étude sur la planification des sages-femmes (Rapport KCE 278, 2016). Cette deuxième étude nous a donné l'opportunité d'étudier plus largement le processus de planification des professions de santé en général. L'objectif du projet de recherche actuel, réalisé à la demande de la Cellule de planification du SPF Santé publique, était de formuler des recommandations pour la mise à jour du modèle mathématique de projection des effectifs médicaux utilisé par la Commission de planification de l'offre médicale. C'est ce modèle qui sert à projeter et à planifier l'offre de médecins (-spécialistes) pour les 25 prochaines années.

Pour cette étude, nous nous sommes appuyés sur nos propres travaux antérieurs mais aussi sur les enseignements d'un projet européen récent comparant les systèmes de planification mis en œuvre dans sept pays européens. Nous y avons ajouté une analyse des points de vue des stakeholders belges concernés. Il s'agit donc d'une étude assez simple au premier abord, mais dont on peut espérer qu'elle sera utile, ne serait-ce que parce qu'elle apporte une assise au modèle de calcul utilisé.

Pour conduire à bien ce projet, nous avons bénéficié de l'expertise confirmée de l'équipe shiftN, que nous remercions chaleureusement pour ce partenariat, court dans la durée mais dynamique et efficace.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	PRÉAMBULE : FIXATION DES QUOTAS POUR LES MÉDECINS – COMPÉTENCES DE L'ETAT FÉDÉRAL ET DES COMMUNAUTÉS.....	4
2.	OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	7
2.1.	BUT DE LA RECHERCHE	7
2.2.	LA PLANIFICATION DE L'OFFRE DE MÉDECINS.....	8
2.3.	L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE PLANIFICATION EN BELGIQUE.....	9
2.4.	LE MODÈLE BELGE DE PROJECTION UTILISÉ POUR PLANIFIER LA FORCE DE TRAVAIL MÉDICALE	9
2.5.	SOURCES DE DONNÉES DU MODÈLE DE PROJECTION.....	11
3.	QUESTION DE RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	14
3.1.	APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	14
3.2.	CONSULTATION	14
3.3.	QUELQUES RÉFÉRENCES DE LA LITTÉRATURE.....	14
3.4.	L'ENQUÊTE	15
3.5.	ENSEIGNEMENTS DE L'ENQUÊTE	15
3.6.	ATELIER DES STAKEHOLDERS.....	15
4.	CONCLUSION	16
5.	RECOMMANDATIONS POLITIQUES.....	16
5.1.	PISTES DE RÉFLEXION SUGGÉRÉES PAR LES STAKEHOLDERS.....	16
5.2.	LIENS AVEC LE RAPPORT KCE 278.....	20
■	RÉFÉRENCES	22



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION

ETP

INAMI

JAHWPF

KCE

MB

ONSS

ONSS APL

SPF

SWOT

UE

DÉFINITION

Equivalent Temps-Plein

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting

Centre fédéral d'expertise des soins de santé

Moniteur belge

Office National de la Sécurité Sociale

Office National de la Sécurité Sociale des administrations provinciales et locales

Service Publique Fédéral

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

Union Européenne



1. PRÉAMBULE : FIXATION DES QUOTAS POUR LES MÉDECINS – COMPÉTENCES DE L'ÉTAT FÉDÉRAL ET DES COMMUNAUTÉS

Ce chapitre a été littéralement emprunté aux deux sources suivantes :

Cellule Planification des professions des soins de santé, DG Soins de Santé SPF Santé Publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Rapport annuel 2015 de la Commission de planification - offre médicale. Suivi de la planification de l'offre médicale en Belgique. 2016¹

Cellule Planification des professions des soins de santé, DG Soins de Santé SPF Santé Publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Rapport annuel 2016 de la Commission de planification - offre médicale. Suivi de la planification de l'offre médicale en Belgique (en préparation). 2017.²

La 6^e réforme de l'État a transféré aux Communautés une compétence en matière de professions des soins de santé relative à leur planification.

L'article 6 de la Loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État a notamment modifié l'article 5, § 1er I 7° de la Loi spéciale du 8 août 1980 des réformes institutionnelles. La modification portée à cet article 5 §1 I 7° détermine que les Communautés sont compétentes pour le contingentement des professions de santé, dans le respect, le cas échéant, du nombre global que l'autorité fédérale peut fixer annuellement par Communauté pour l'accès à chaque profession des soins de santé.

L'état fédéral reste compétent pour fixer le quota maximum, réparti par Communauté, mais les Communautés sont responsables de leurs sous-quotas respectifs.

Deux types de quota coexistent :

- un quota maximum à ne pas dépasser pour l'ensemble des spécialités ;
- des quotas minimaux, seuils à atteindre pour les spécialités nouvelles ou qui requièrent une attention particulière : médecine générale, médecins spécialistes en psychiatrie infantile-juvénile, médecine d'urgence, médecine aiguë, et gériatrie.

Le contingentement affectant la force de travail en médecine n'est pas *stricto sensu* une limitation du nombre de numéros INAMI, ni du nombre de diplômés. Il s'agit d'une limitation plus souple du nombre de plans de stage admis pour une formation menant à un titre professionnel de la médecine dite « curative ». Certains médecins sont exemptés, d'autres peuvent être remplacés.

Quels diplômés ne sont pas comptabilisés dans le contingent annuel ?

- les médecins porteurs d'un diplôme de base obtenu à l'étranger ;
- les médecins ayant obtenu leur diplôme de base avant 2004 ;
- les médecins ayant été sélectionnés lors d'une année précédente et introduisant un nouveau plan de stage pour changer de spécialisation ;
- les médecins sélectionnés pour une spécialisation en gestion de données de santé, en médecine légale, en médecine du travail et en médecine d'assurance et expertise médicale ;
- les médecins engagés par le Ministère de la Défense ;
- les médecins disposant d'un diplôme d'études secondaires octroyé par un État membre de l'Espace Économique Européen sans formation complète en médecine, chirurgie et accouchement (Grand-Duché de Luxembourg, Malte et Liechtenstein).



Dans quels cas les diplômés qui ont occupé une place dans les contingents annuels peuvent-ils être remplacés ?

Les places dans les contingents sont considérées comme libérées lorsque l'un des médecins comptés dans les contingents se trouve dans une des situations suivantes :

- décès d'un médecin ;
- abandon par le médecin de son plan de stage, sans entamer une nouvelle formation ;
- décision ministérielle de mettre fin au plan de stage ;
- interruption de la formation pratique pour effectuer une activité scientifique couverte par un mandat de recherche.

Les communautés sont compétentes pour fixer des sous-quotas pour le port d'un titre professionnel particulier (36 spécialités) ou d'une qualification professionnelle particulière (12 compétences particulières). Les communautés peuvent de cette manière planifier elles-mêmes une offre médicale qui corresponde à leurs propres besoins et adapter leur politique de santé à ces besoins.

Les sous-quotas fixés par le fédéral jusque 2020 restent d'application. En vertu des transferts de compétence mis en œuvre lors de la sixième réforme de l'État, les communautés peuvent fixer les sous-quotas qui seront en vigueur à partir de 2021.

L'autorité fédérale reste compétente pour déterminer si les prestations de ces professionnels donnent lieu à une intervention de l'assurance maladie-invalidité. À cet effet, l'autorité fédérale et les communautés peuvent, conformément à l'article 92bis de la loi spéciale du 8 août 1980, conclure un Accord de coopération.

Tableau 1 – Aperçu global de la situation actuelle des contingents avec "accès à la formation" (AR du 12 juin 2008 modifié par AR du 7 mai 2010 et du 1er septembre 2012) : les nombres minimaux et maximaux en vigueur pour la Belgique

Belgique		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019	2020	2021	2022**
Nombres maximaux (art. 3)		757	757	757	757	890	975	1025	1230	1230	1230	2460	1230	1230	1230	1320
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	300	300	300	300	300	300	300	360	400	400	800	400	400	-	-
	Psychiatres infanto-juvéniles	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-	-
	Médecine aiguë	10	10	20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-	-
	Médecine d'urgence	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	20	10	10	-	-
	Gériatrie			20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-	-

Note: * En 2018, deux cohortes arrivent en même temps au terme de leur formation de base en médecine, et ce, en raison de la réduction de la durée du parcours d'étude qui est entrée en vigueur en 2012 (de 7 à 6 ans). En conséquence, en 2018, les étudiants provenant de deux promotions différentes débiteront ensemble leur maîtrise de spécialisation (médecine générale ou autre spécialité) **Pas de publication d'AR



Tableau 2 – Aperçu global de la situation actuelle des contingents avec "accès à la formation" (AR du 12 juin 2008 modifié par AR du 7 mai 2010 et du 1^{er} septembre 2012) : les nombres minimaux et maximaux en vigueur pour la Communauté flamande

Communauté flamande		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019	2020	2021	2022**
Nombres maximaux (art. 3)		454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738	738	745
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	180	180	180	180	180	180	180	216	240	240	480	240	240	-	-
	Psychiatres infanto-juvéniles	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12	-	-
	Médecine aiguë	6	6	12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12	-	-
	Médecine d'urgence	3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	12	6	6	-	-
	Gériatrie			12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12	-	-

Note: * En 2018, deux cohortes arrivent en même temps au terme de leur formation de base en médecine, et ce, en raison de la réduction de la durée du parcours d'étude qui est entrée en vigueur en 2012 (de 7 à 6 ans). En conséquence, en 2018, les étudiants provenant de deux promotions différentes débiteront ensemble leur maîtrise de spécialisation (médecine générale ou autre spécialité) **Pas de publication d'AR

Tableau 3 – Aperçu global de la situation actuelle des contingents avec "accès à la formation" (AR du 12 juin 2008 modifié par AR du 7 mai 2010 et du 1^{er} septembre 2012) : les nombres minimaux et maximaux en vigueur pour la Communauté française

Communauté française		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019	2020	2021	2022**
Nombres maximaux (art. 3)		303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492	492	575
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	120	120	120	120	120	120	120	144	160	160	320	160	160	-	-
	Psychiatres infanto-juvéniles	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8	-	-
	Médecine aiguë	4	4	8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8	-	-
	Médecine d'urgence	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	8	4	4	-	-
	Gériatrie			8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8	-	-

Note: * En 2018, deux cohortes arrivent en même temps au terme de leur formation de base en médecine, et ce, en raison de la réduction de la durée du parcours d'étude qui est entrée en vigueur en 2012 (de 7 à 6 ans). En conséquence, en 2018, les étudiants provenant de deux promotions différentes débiteront ensemble leur maîtrise de spécialisation (médecine générale ou autre spécialité) **Pas de publication d'AR



La loi prévoit que les étudiants soient prévenus à l'entrée de leurs études sur les quotas fédéraux qui seront d'application à leur sortie des études. Donc, en médecine, ces quotas sont fixés 6 ans à l'avance de manière à être connus par les candidats avant d'entamer les études (avant 2012, la durée des études était de 7 ans). Au moment de l'introduction du plan de stage, le candidat entre dans le quota du nombre de candidats ayant accès à chaque Titre Professionnel Particulier.

Seuls les diplômes belges sont pris en compte dans ce quota. Il ne concerne pas les étudiants détenteurs d'un diplôme de base étranger qui souhaitent se spécialiser en Belgique.

Ce sont les doyens des universités qui gèrent la réalisation de ces quotas. La Commission de planification en assure le suivi.

2. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

2.1. But de la recherche

Depuis quelques années, la Commission de planification - offre médicale et la Cellule de planification des professions de santé améliorent la qualité des données, les outils et les processus de planification des professionnels de santé en Belgique.

Le couplage des données PlanCAD (couplage de données anonymes entre le cadastre du SPF Santé Publique, la base de données de l'INAMI, ainsi que le Datawarehouse marché du travail et protection sociale (DWH MT&PS)) permet d'obtenir des données toujours plus nombreuses et pertinentes.

L'utilisation du logiciel de statistiques SAS apporte au modèle plus de souplesse et permet non seulement d'ajouter des nouveaux paramètres et dimensions mais rend aussi possibles de nouveaux modes de calcul. Ces progrès ont permis d'affiner la projection de la force de travail, avec par exemple l'inclusion de la dimension « nationalité » et la possibilité de définir des scénarios spécifiques à chaque spécialité.

Près de 10 ans après la publication du KCE sur cette thématique (Rapport KCE 72, 2008),³ la Cellule de planification souhaite qu'un regard critique extérieur soit porté sur l'outil utilisé et que des améliorations puissent être envisagées pour enrichir le modèle de projection de la force de travail des professions de santé en Belgique.

Le présent rapport présente les enseignements tirés d'un projet d'enquête lancé par la Cellule de planification du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (ci-après, SPF), en collaboration avec le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE). L'enquête avait pour objectif de formuler des recommandations en vue de la mise à jour du « Modèle de projection de l'offre médicale » développé par la Commission de planification. Ce modèle sert à projeter et à planifier l'offre de médecins (-spécialistes) pour les 25 prochaines années.



2.2. La planification de l'offre de médecins

La garantie d'une offre adéquate de professionnels de santé est un facteur crucial de la politique des soins de santé. Une offre tant excédentaire qu'insuffisante est liée à des conséquences économiques et éthiques non souhaitables.³

Une pénurie de professionnels de santé conduit :

- à des limitations indésirables de l'accessibilité du système de soins de santé ;
- à une sollicitation excessive des effectifs avec, pour éventuelle conséquence, une baisse de la qualité des soins pour les patients et de la qualité de vie pour les professionnels ;
- à une hausse possible des coûts nécessaires pour attirer une offre alternative ;
- à des effets indésirables à long terme sur le marché international du travail pour les professionnels de santé (« fuite des cerveaux », pénurie dans les pays sources d'offre médicale, sous-investissement dans la formation dans les pays sources d'offre médicale).⁴

Un excédent peut conduire :

- à des dépenses inutiles en formation de professionnels ;
- à la dispensation de services non désirables (consommation induite par l'offre) et aux coûts en résultant ;
- à une baisse de la qualité des soins en raison d'un taux d'activité trop bas.

En général, la planification prospective de l'offre médicale a pour but de déterminer quel sera le nombre adéquat, ainsi que le mix et la répartition opportuns de praticiens, pour répondre aux besoins futurs en soins.

La planification est compliquée par le fait que la formation des professionnels de santé est un processus de longue durée (qui peut prendre 3 à 12 ans selon qu'il s'agit, respectivement, d'ergothérapeutes ou de médecins spécialisés suivant un cursus complet). L'horizon de planification varie en fonction de la durée de la formation, mais peut atteindre deux à trois décennies pour les médecins spécialistes.⁴

De plus, le système des soins de santé évolue constamment sous l'influence d'une combinaison de facteurs exogènes et endogènes. Les changements intervenant sur le plan de la technologie, de l'épidémiologie et de la démographie, ainsi que de la réglementation (à divers échelons administratifs, dont l'échelon européen), contraignent à une adaptation continue du système de santé.

Tout cela fait de la planification de l'offre médicale un défi complexe. Or, il n'existe pas d'approche standard reconnue sur le plan international pour planifier la force de travail médicale.³ Les pouvoirs nationaux (et régionaux) définissent de différentes manières les modalités de leur méthode de planification.⁴ L'élaboration et l'exploitation d'un modèle de projection mathématique jouent néanmoins sans exception un rôle central.

Une récente étude comparative menée par la *Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting* (projet européen) distingue cependant cinq activités de base constitutives de tout système évolué de planification de la force de travail médicale :

- activité n° 1 : spécifier les objectifs du système de planification ;
- activité n° 2 : mettre au point et utiliser un modèle de projection ;
- activité n° 3 : constituer une base de données et l'exploiter ;
- activité n° 4 : assurer la connexion entre planification et initiatives politiques ;
- activité n° 5 : organiser le système de planification.



2.3. L'organisation du système de planification en Belgique

En Belgique, la Commission de planification – un organe consultatif créé en 1996 – est chargée d'examiner les besoins en matière d'offre en ce qui concerne les professions de médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes et logopèdes^a. Elle évalue également l'impact de la détermination de ces besoins sur un levier politique important pour réguler l'offre, en l'occurrence l'accès aux études menant aux professions concernées.

La Commission se compose de représentants des universités, des mutualités, des professions de soins de santé, des ministres compétents des Communautés, de l'INAMI et du SPF Santé publique. Elle fonctionne avec une assemblée plénière et des groupes de travail dédiés aux différentes professions des soins de santé. Un support administratif et technique lui est fourni par la Cellule « Planification de l'Offre des professions des soins de santé » du SPF Santé publique.

Le processus de planification des professionnels de santé est décrit dans un rapport précédent du KCE dédié à la planification des sages-femmes (Rapport KCE 278).⁵ Dans ce rapport, les variables du modèle de projection de la force de travail et la mise en œuvre du modèle dans le cadre des politiques de planification des ressources humaines pour la santé sont identifiées et comparées avec celles utilisées dans les modèles étrangers étudiés (analyse SWOT ([Strengths–Forces, Weaknesses–Faiblesses, Opportunities–Opportunités, and Threats–Menaces])).

2.4. Le modèle belge de projection utilisé pour planifier la force de travail médicale

On peut globalement distinguer trois stratégies de modélisation sur le plan de la planification de la force de travail médicale (Rapport KCE 72, 2008) :³

- une projection basée sur l'offre qui part du flux entrant (influx) nécessaire pour obtenir une offre de services donnée ;
- une projection basée sur la demande dont le point de départ est la consommation future de soins ;
- une projection fondée sur les besoins qui entend calquer l'offre de professionnels de santé sur les besoins futurs en soins.

Le modèle belge de type 'stock and flow' repose par essence sur une projection axée sur l'offre. Cela veut dire que l'on part du stock (effectif) actuel de professionnels pour prédire le stock futur en tenant compte des modifications des flux entrants et sortants. Le modèle intègre aussi une composante « demande » en s'appuyant sur l'évolution de la population belge et de la consommation de soins qui y est associée. Les résultats du modèle sont présentés sous la forme de densités, respectivement, brutes et pondérées des nombres de professionnels individuels et d'équivalents temps pleins (ETP) y correspondants.

^a AR 78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé



Calcul des équivalents temps plein (ETP)

Les ETP dans le système ONSS et ONSS-APL

À la demande de la Cellule planification, la Banque carrefour de la sécurité sociale, sur base des données du Datawarehouse Marché du travail & Protection sociale, a calculé les prestations en ETP effectuées sur une base annuelle pour les médecins qui ont le statut d'employé. Cet indicateur ETP se rapporte donc au volume total de travail réellement fourni au cours des quatre trimestres.

Les ETP dans le système INAMI

Contrairement aux salariés, la Commission de planification ne dispose pas d'indicateur univoque du volume de travail fourni pour les indépendants.

L'INAMI se base sur le montant médian des remboursements effectués annuellement par l'INAMI, lié aux prestations observées au sein d'un groupe de référence, à savoir les médecins actifs dans la tranche d'âge 45-54 ans d'une spécialité médicale. Cette médiane est utilisée par la suite comme estimation de l'activité de 1 ETP et est calculée séparément par spécialité médicale.

Ainsi, l'activité médiane de ce groupe d'âge est mise en avant comme un niveau d'activité optimum.

Prenons l'exemple suivant. La médiane observée dans notre groupe de référence est de 100.000 € dans l'année calendrier. Une personne ayant enregistré des prestations pour un remboursement de cette valeur se verra attribuer 1 ETP. Une personne ayant fourni des prestations qui ont mené à un remboursement de 50.000 € se voit attribuer un mi-temps, soit 0,5 ETP. Il faut savoir que les ETP, dans le cas du couplage – et contrairement à la méthodologie développée par l'INAMI – ne sont pas limités à 1. Ainsi, sur la base de l'exemple précédent, un professionnel dont les prestations génèrent un remboursement de 150.000 € aura une activité de 1,5 ETP.

En conclusion, les équivalents temps plein sont calculés sur la base du montant des remboursements INAMI (qui est le seul indicateur d'activité disponible) et pas sur la base du temps de travail des praticiens (comme c'est le cas pour les employés).

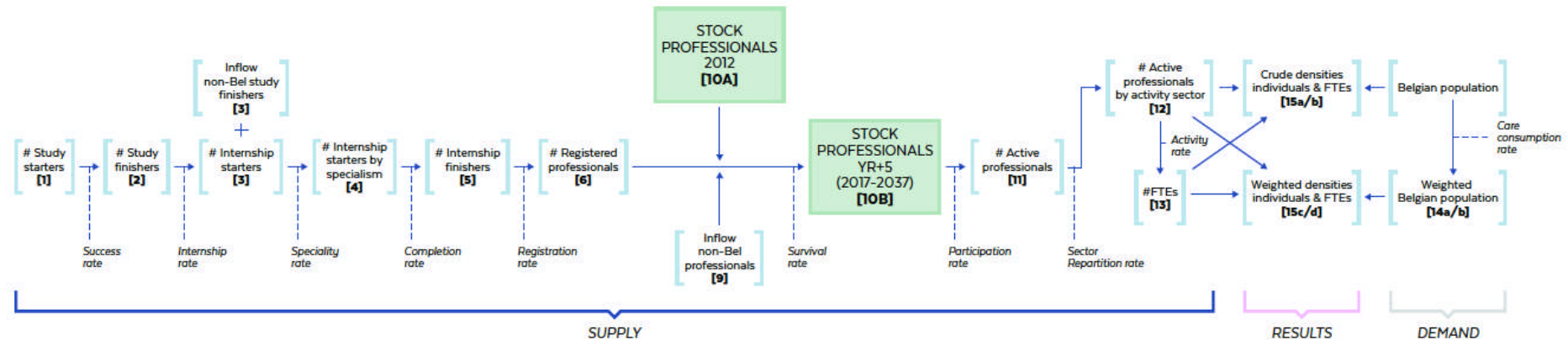
Le lecteur intéressé par une description plus approfondie des limites de ces méthodes de calcul se référera au document 'Rapport de synthèse PlanCAD Médecins 2004-2012'.⁶

Le modèle est en mesure de réaliser des projections uniformes pour toutes les professions des soins de santé considérées sur une période de 50 ans, par intervalles de 5 ans. Toutefois, ces dernières années, les périodes de projection envisagées étaient limitées à 25 ans. Le modèle a été fonctionnellement scindé par communauté linguistique et comprend les dimensions « âge », « sexe », « nationalité » et « secteur d'activité ». Un scénario distinct est proposé et introduit dans le modèle par spécialité médicale.

La Commission de planification utilise ce modèle pour produire tant des « scénarios de base » que des « scénarios alternatifs ». Le scénario de base se fonde sur des tendances historiques et sur une politique constante pour proposer des extrapolations. Les scénarios alternatifs autorisent la formulation d'hypothèses relatives à des ruptures de tendance (concernant, par exemple, l'influx, la réduction du temps de travail, la féminisation de la profession, etc.).



Figure 1 – Représentation simplifiée de l'architecture du modèle prévisionnel actuel de la force de travail médicale



2.5. Sources de données du modèle de projection

Ces dernières années, la Commission de planification a misé sur le projet PlanCAD en vue d'améliorer la qualité des données avec lesquelles on alimente le modèle prévisionnel. Ce projet prévoit de coupler les données de la Banque de données fédérale des professionnels des soins de santé – communément appelée le « Cadastre » – au Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale et aux données disponibles auprès de l'INAMI. Cela permet de se faire une idée de la position effective des praticiens agréés d'une profession des soins de santé sur le marché du travail. Le modèle de projection se base ensuite sur les données couplées relatives à la force de travail pour calculer des scénarios de planification par groupe professionnel. Depuis 2016, le couplage de données a été généralisé pour toutes les professions des soins de santé répertoriées dans le Cadastre.



Statistiques relatives aux médecins autorisés à pratiquer leur profession (au 31/12/2016)⁷

La banque de données fédérale des professionnels des soins de santé, plus communément appelée le « cadastre » représente l'enregistrement de l'ensemble des professionnels de santé en droit d'exercer en Belgique. Le cadastre permet d'avoir une vue des personnes qui peuvent exercer une profession des soins de santé, mais pas de celles qui l'exercent effectivement.

- **Médecins autorisés à pratiquer leur profession : 61.899 médecins domiciliés en et hors Belgique (dont 52.694 médecins domiciliés en Belgique)**

○ Médecins généralistes agréés :	16.682
○ Médecins généralistes en formation :	1.152
○ Médecins spécialistes agréés :	31.877
○ Médecins spécialistes en formation :	5.068
○ Médecins sans titre professionnel particulier :	7.736

- **Médecins généralistes et spécialistes agréés : 46.781**

○ Domiciliés en Flandre :	25.343
○ Domiciliés en Wallonie :	15.333
○ Domiciliés dans la Région de Bruxelles-Capitale :	6.105

- **Nombre de médecins (sans les médecins en formation) en Belgique selon leur nationalité**

○ Belgique :	43.442 (92,9%)
○ UE (sans la Belgique) :	3.069 (6,6%)
○ Hors UE :	269 (0,6%)

Utilisation du PlanCAD pour la construction de scénarios de planification⁶

Pour estimer l'offre future de praticiens d'une profession des soins de santé, une connaissance exacte de la situation actuelle s'impose. Ce n'est qu'au départ d'une image correcte du 'stock' actuel de prestataires de soins dans une profession donnée et d'une compréhension des flux entrants et sortants annuels que des prévisions robustes de l'avenir des professions peuvent être établies, et ainsi permettre aux experts de formuler des avis judicieux.

Fin 2013, une demande a été introduite pour réaliser un couplage des données pour le groupe professionnel des médecins. Les données ont été reçues à l'été 2014 et couvrent une période de 9 ans (2004-2012).

Au 31/12/2012, on comptait en Belgique **51.420** médecins agréés, en droit de prêter, répertoriés dans le cadastre fédéral des professionnels des soins de santé.

Un professionnel est considéré comme actif en Belgique (pour l'INAMI et/ou l'ONSS) s'il répond à au moins une des conditions suivantes : il a effectué au cours de l'année étudiée au moins 2 prestations INAMI s'il est médecin spécialiste ou 500 prestations INAMI s'il est médecin généraliste, ou il a presté au moins 0,1 ETP dans le cadre de l'ONSS ou de l'ONSS-APL.

Ces seuils d'activité dans le cadre du système INAMI ont été déterminés au sein du groupe de travail Médecin de la Commission de Planification.

Parmi ces médecins en droit d'exercer, 68,3% étaient actifs en Belgique et 60,8% avaient une activité INAMI.



Pour les médecins généralistes

- **Le nombre de médecins généralistes en droit de prester en Belgique s'élevait à 16.144**
 - 8.383 domiciliés en Région flamande,
 - 5.360 domiciliés en Région wallonne,
 - 1.561 domiciliés en Région Bruxelles-Capitale,
 - 840 médecins généralistes non domiciliés en Belgique.
- **76,1% des médecins généralistes en droit de prester sont aussi actifs**
 - 66,5% sont actifs dans le cadre de l'INAMI.
- **L'ETP moyen presté dans le cadre de l'INAMI est de 0,72 ETP.**
 - 0,90 ETP en Région flamande,
 - 0,64 ETP en Région wallonne,
 - 0,38 ETP en Région de Bruxelles-Capitale.

Pour les médecins spécialistes

- **Les médecins spécialistes dont les prestations entrent dans le cadre de l'INAMI (toutes spécialités confondues à l'exception de la médecine générale) étaient au nombre de 27.472 en droit de prester en Belgique**
 - 12.851 domiciliés en Région flamande,
 - 8.160 domiciliés en Région wallonne,
 - 3.570 domiciliés en Région Bruxelles-Capitale,
 - 2.891 non domiciliés en Belgique.

- **75,3% de ces spécialistes en droit de prester en Belgique sont aussi actifs.**
 - 73,4% sont actifs dans le cadre de l'INAMI.
- **L'ETP moyen presté dans le cadre de l'INAMI est de 0,73 ETP. Il s'agit d'une moyenne pondérée des ETP relatifs à chaque spécialité.**
 - 0,93 ETP en Région flamande,
 - 0,75 ETP en Région wallonne,
 - 0,57 ETP en région de Bruxelles-Capitale.



3. QUESTION DE RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

La question de recherche a été formulée comme suit :

« De quelle manière pouvons-nous adapter le modèle actuel de projection de la population médicale pour pouvoir contribuer à apporter une réponse aussi appropriée que possible à la planification de l'offre médicale pour un intervalle de temps pertinent ? »

Eu égard à sa brièveté (réalisation sur quatre mois, de février à mai 2017), cette enquête n'avait pas l'ambition de jeter les fondations d'un tout nouveau modèle prévisionnel. Elle a cependant donné aux acteurs du système des soins de santé concernés l'occasion de se livrer à une réflexion critique sur des aspects très spécifiques du modèle existant : variables incorporées, méthode de projection appliquée et sources de données utilisées. L'enquête s'est donc focalisée en premier lieu sur la composante technique du système belge de planification (cf. les activités n° 2 et 3 identifiées par la JAHWPF (*Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting*) : élaboration et exploitation d'un modèle de projection, gestion de données). Un couplage avec les éléments plus stratégiques du système prévisionnel (à savoir les activités n° 1 et 4 : spécification d'objectifs, couplage avec la politique) est néanmoins inévitable.

3.1. Approche méthodologique

La méthodologie appliquée a reposé pour l'essentiel sur un processus de consultation des parties prenantes. Le but était de dresser un inventaire des perceptions sur le fonctionnement du modèle et de condenser les suggestions d'amélioration dans une série de recommandations adressées à la Cellule de planification, à la Commission de planification et au monde politique. Les recommandations ont également été confrontées aux observations tirées de documents-clés de la littérature (internationale) portant un regard critique sur notre système de planification.

Les parties prenantes (*stakeholders*) ont été identifiées en collaboration avec les commanditaires. Il s'agit d'un groupe de représentants des institutions du monde politique (à différents échelons administratifs, tant au

niveau fédéral que des Communautés), du secteur (organisations professionnelles, syndicats, mutualités et associations de patients) et de l'enseignement supérieur. Au total, une quarantaine de ces *stakeholders* sont intervenus dans la consultation (une liste complète est reprise dans le colophon).

3.2. Consultation

La consultation s'est déroulée en trois phases :

- les *stakeholders* ont été invités à prendre connaissance de la structure et du fonctionnement du modèle de projection lors d'une séance d'information organisée par la Cellule de planification. La présentation utilisée à cette occasion a été jointe dans une annexe séparée au présent rapport. Cette séance avait pour objet de partager un socle de connaissances jugées nécessaires comme base de la réflexion ;
- ensuite, les *stakeholders* ont été invités à compléter un questionnaire électronique étendu (*survey*) destiné à sonder leurs préoccupations sur le fonctionnement du modèle actuel ;
- les résultats de cette enquête ont été condensés afin de formuler une série de recommandations provisoires visant à améliorer le modèle. Celles-ci ont ensuite été discutées avec les *stakeholders* lors d'un atelier organisé spécialement à cet effet le 08/05/2017. Les enseignements de l'atelier ont été ensuite intégrés à la formulation des recommandations dont la version finale est présentée dans cette synthèse.

3.3. Quelques références de la littérature

Les résultats de la consultation des *stakeholders* ont été évalués par référence aux conclusions de deux études antérieures qui avaient déjà examiné d'un œil critique le système belge de planification de la force de travail médicale : l'une, menée par une de nos équipes KCE, était consacrée aux défis à relever pour assurer une offre adéquate de médecins en Belgique (rapport KCE 72, 2008)³ et l'autre, une étude européenne récente, compare entre eux les systèmes de planification de sept États membres de l'UE (*EU Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting*, 2016).⁴



3.4. L'enquête

Le 27 janvier 2017, une vingtaine de *stakeholders* ont pris part à une séance d'information préliminaire sur le modèle de projection. Ensuite, une première liste de représentants individuels de ces parties prenantes a été élaborée, de laquelle 41 représentants disposés à participer à l'enquête ont été identifiés. Trente-sept d'entre eux ont complété le questionnaire. Le taux de réponse a donc été de 90 %.

Le questionnaire était structuré en quatre volets (par référence aux cinq activités-clés précitées d'un système de planification, identifiées par l'étude comparative de la *Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting* ; l'aspect 'organisation' ne fait pas partie du champ d'étude de ce projet).⁴ Au sein de ces 4 volets, 3 volets étaient couplés à une question ouverte portant respectivement sur :

- la perception qu'avait le répondant de la finalité du modèle de projection (question ouverte : « D'après vous, à quoi sert le modèle de projection de la force de travail médicale ? ») ;
- des suggestions pour un usage plus adéquat du modèle par la Commission de planification (question ouverte : « Avez-vous des réflexions à émettre sur la façon dont la Commission de planification se sert du modèle de projection ? ») ;
- des suggestions d'amélioration du couplage entre les avis de la Commission de planification et la politique (question ouverte : « Avez-vous des réflexions à émettre sur la façon dont les avis de la Commission de planification sont transposés dans la politique ? »).

De nature technique, le deuxième volet de l'enquête était le plus détaillé et traitait de chacun des différents paramètres du modèle de projection et des données alimentant celui-ci. Il combinait un grand nombre de questions d'évaluation et de questions ouvertes. Pour chaque paramètre, le/la répondant/e pouvait préciser dans quelle mesure il/elle estimait adéquates la méthode de calcul et la source de données. Il/elle avait aussi à chaque fois la possibilité de formuler des suggestions d'amélioration. Une synthèse des réponses des *stakeholders* est présentée, question par question, dans l'une des annexes au présent rapport.

3.5. Enseignements de l'enquête

L'enquête suggère que, dans le cadre de la stratégie de modélisation choisie et compte tenu des moyens disponibles, le modèle belge de planification de la force de travail médicale est plutôt performant sur le plan technique. Les répondants ont été 68 % à déclarer être plus ou moins familiarisés avec le modèle. Environ un tiers possédait, par son appartenance à la Commission de planification, une expérience plus poussée du modèle.

Néanmoins, il existe une marge d'amélioration. Les suggestions ont été regroupées en trois stratégies correctives :

- stratégie corrective n° 1 : rehausser le degré de détail (granularité) du modèle ;
- stratégie corrective n° 2 : clarifier les limites de l'extrapolation basée sur des données historiques ;
- stratégie corrective n° 3 : renforcer le couplage avec la politique des soins de santé.

3.6. Atelier des stakeholders

Les *stakeholders* ont débattu de ces trois stratégies lors d'un atelier tenu le 8 mai 2017 (liste des présences en annexe). Les participants ont confirmé dans une large mesure la pertinence des recommandations. Au cours de cet atelier, de nombreux éléments de discussion ont permis de renforcer ou de nuancer des informations apportées grâce à l'enquête.

Inévitablement, des suggestions ont été formulées pour les interventions politiques qui, par une offre mieux adaptée en effectifs médicaux, devraient mener à une meilleure qualité et une plus grande accessibilité des soins (comme le renforcement de la première ligne, une adaptation de la nomenclature afin de créer des incitants pour des spécialités sensibles, un accent porté sur la prévention). Ces suggestions ne relèvent toutefois pas du champ d'application de la présente étude.



4. CONCLUSION

La *JAHWPF* conclut que l'efficacité d'un modèle de planification de la force de travail médicale peut être évaluée en fonction de diverses dimensions :

- contribue-t-il au processus décisionnel ?
- repose-t-il sur des fondements mathématiques solides ?
- inclut-il tous les paramètres pertinents ?
- est-il soutenu par les parties prenantes du système de soins ?

La présente consultation de *stakeholders* livre un aperçu de la façon dont des acteurs-clés des soins de santé en Belgique perçoivent la pratique belge de la planification. Le modèle de projection est vu comme plutôt performant sur le plan technique, dans les limites de la stratégie de modélisation choisie et en tenant compte des moyens disponibles. Il existe néanmoins une marge d'amélioration. Trois groupes de recommandations visant à améliorer les performances techniques du modèle ont été formulés suite à l'enquête :

- les sources de données utilisées doivent être complétées et actualisées ;
- les analyses basées sur le modèle prévisionnel doivent reposer sur un maillage plus fin ;
- les incertitudes associées à l'extrapolation de données historiques doivent être mieux signalées et communiquées.

Une quatrième série de recommandations concerne la façon dont le modèle contribue au processus décisionnel :

- le couplage entre les avis basés sur le modèle et la politique de soins de santé doit être rationalisé.

^b Notamment les gens qui reportent des soins, les besoins en soins des patients non-assurés et les soins dispensés dans le cadre du paiement forfaitaire.

5. RECOMMANDATIONS POLITIQUES

5.1. Pistes de réflexion suggérées par les *stakeholders*

Les suggestions des parties prenantes ont été synthétisées dans quatre séries de recommandations visant à accroître les performances de la planification de la force de travail médicale en Belgique.

Recommandation 1 – Les sources de données utilisées doivent être complétées et actualisées.

1. Bien que la qualité des sources de données employées ait été jugée élevée dans l'ensemble, les parties prenantes discernent maintes possibilités de compléter les données afin de mieux cerner le niveau réel de l'offre et de la demande (en l'occurrence, les sources non enregistrées sur la consommation réelle et désirée de soins^b et les données spécifiques sur la démographie et les pathologies). Elles préconisent aussi d'accélérer la mise à disposition des données par leurs gestionnaires et/ou par les organes chargés de les enregistrer. Les données-sources utilisées pour le PlanCAD doivent être les plus récentes possibles et les données du PlanCAD doivent être couplées plus fréquemment (tous les ans de préférence).
2. Il faut être plus attentif à filtrer les sources de données utilisées pour les débarrasser des effets de localisation. Il s'agit d'imprécisions dues à des différences non enregistrées entre le lieu d'administration des soins, d'une part, et le domicile et/ou le lieu d'occupation du praticien, d'autre part. Le domicile du bénéficiaire de soins ne coïncide pas toujours bien avec celui du praticien professionnel. Il en résulte des imprécisions d'une ampleur inconnue lors de la détermination du stock présent et futur de professionnels.



3. L'articulation de la demande de soins est relativement faible dans le modèle de projection. La conceptualisation de la « demande de soins » sous la forme de « consommation de soins » est nécessairement corrélée en partie aussi avec l'offre de soins. Il est probable qu'une imprécision non négligeable se glisse ici, ce qui tend à renforcer la sous-/surconsommation observée à certains endroits. Les *stakeholders* recommandent d'intégrer plus clairement dans la « demande de soins », une estimation des besoins en lien avec l'évolution des données épidémiologiques. À cet effet, on peut s'appuyer entre autres sur les données disponibles telles que les données issues de l'Enquête de Santé, régulièrement reconduite par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP).
4. L'enregistrement actif (en sondant directement et régulièrement la population de professionnels) au lieu de l'extrapolation générique doit livrer une meilleure idée de l'état présent du stock de professionnels et de son évolution.

Confrontation à la littérature. La *JAHWPF*⁴ considère comme exemplaire la façon dont le système belge de planification gère les données, en l'occurrence en les couplant au sein du PlanCAD. Elle pointe plutôt le gros volume de données disponibles comme un défi conséquent pour les analystes, en particulier sur le plan de l'exploitation de ces données. Toutefois, le rapport de la *JAHWPF* mentionne que la rémunération des professionnels est une variable qui est souvent omise des exercices de projection de la force de travail, alors qu'elle peut exercer une influence notable sur l'offre. Elle n'est pas prise en compte non plus dans le modèle en Belgique. Le rapport 72 du KCE³, plus ancien, date d'avant le couplage des données au sein du PlanCAD. Le constat qu'il pose, selon lequel, dans la pratique belge de la planification de la force de travail, on ne tient pas compte d'un certain nombre de variables, pourtant essentielles à une analyse approfondie de l'offre médicale, telles que l'organisation de la

pratique, la répartition des compétences, le progrès technologique et les modifications de l'accessibilité des soins de santé, n'en garde pas moins toute sa pertinence.

Recommandation 2 – Le maillage appliqué pour réaliser les analyses basées sur le modèle de projection doit être plus fin.

1. Vu les différences régionales en matière d'offre et de demande, il est indiqué de pousser la désagrégation du modèle pour arriver à un niveau sous-régional adéquat^c. Il est judicieux d'opérer une différenciation entre généralistes et spécialistes, puisque la tension entre offre et demande ne se manifeste pas au même niveau géographique pour les deux groupes. Du côté de la Communauté germanophone, on prône une différenciation adaptée entre entrant et sortant du modèle^d.
2. Le calcul d'un ETP pour les praticiens indépendants sur la base d'une pratique moyenne, enregistrée par l'INAMI, au sein de la cohorte de la tranche d'âge de référence des 45-54 ans ne donne pas un reflet fidèle de la durée de travail réelle des professionnels et tient donc insuffisamment compte, d'une part, du phénomène – souvent mentionné par les *stakeholders* – de sur-sollicitation, ni, d'autre part, du changement de la pratique des professionnels (tel que l'affiliation à un cabinet de groupe ou l'accélération de la diminution de la charge de travail dans le cadre de la recherche d'un meilleur équilibre entre vie privée et professionnelle). Cette approche occulte également d'importantes distinctions (entre pratique moyenne et réelle, entre pratique en milieu urbain et pratique en milieu rural, entre strates de la population pour lesquelles l'intensité des soins prodigués peut être hautement variable).

^c Le modèle est de toute façon axé sur la fixation de contingents fédéraux, à décliner ensuite par et pour les deux communautés (la Communauté flamande et la Fédération Wallonie-Bruxelles), comme déterminé dans la mission que la loi attribue à la Commission de planification.

^d À ce propos, il ne faut toutefois pas oublier qu'il n'existe pas en Belgique de formation médicale en langue allemande, ce qui est gênant pour incorporer au modèle un flux entrant de médecins pour cette communauté.



Confrontation à la littérature. Le rapport du groupe de travail européen⁴ reconnaît les limites de l'approche belge du calcul de l'ETP des professionnels indépendants, mais considère néanmoins cette méthode comme une « bonne pratique ». La Commission de planification est aussi tout à fait consciente des limitations méthodologiques de l'ETP-INAMI et précise que sa valeur ne peut pas être utilisée à titre normatif ; elle sert uniquement à rendre compte d'un ordre de grandeur relatif pour une prestation fournie (Rapport annuel 2015 de la Cellule « Planification »).¹

Recommandation 3 – Les incertitudes liées à l'extrapolation de données historiques doivent être mieux signalées et mieux communiquées, et les évolutions plausibles doivent être envisagées sur la base d'une analyse prospective (*horizon scanning*).

1. La Commission de planification applique des méthodes d'extrapolation statique à tous les paramètres du modèle. Par exemple, le calcul du nombre d'étudiants inscrits repose sur une moyenne des trois dernières années d'observation. Ces choix doivent être mieux motivés tout au long du modèle. Il est également indiqué d'évaluer et de communiquer la sensibilité des projections pour d'autres hypothèses (analyse de sensibilité).
2. Aujourd'hui, les résultats du modèle sont produits sous la forme d'une estimation chiffrée unique (points). Aucune information ne permet d'estimer la marge d'erreur à prendre en compte quand on interprète ces résultats. Les *stakeholders* estiment que, dans l'idéal, une estimation doit s'accompagner d'un intervalle de confiance correspondant.
3. L'extrapolation basée sur des données historiques (parfois vieilles de cinq ans) ne permet pas d'intégrer des tendances en évolution rapide, à savoir l'*influx* de professionnels étrangers, la modernisation de la pratique professionnelle, l'organisation des soins et l'évolution de leur demande. Il faut dynamiser le modèle en y intégrant ces évolutions de manière plus globale et plus systématique. Aujourd'hui, le calcul de scénarios alternatifs n'est pas alimenté par un processus rigoureux d'analyse prospective (*horizon scanning*). Le fonctionnement par

consensus de la Commission de planification complique la gestion exploratoire des incertitudes du paysage des soins.

Confrontation à la littérature. Ces recommandations transparaissent aussi dans les publications consultées sur le système belge de planification. Notre propre rapport 72 (2008)³ avance comme l'un des points importants à surveiller le fait que l'on ne connaît pas les incertitudes liées au processus de modélisation. Le rapport dit qu'il faut utiliser un modèle prévisionnel avec prudence pour effectuer des prévisions quantitatives. Trois séries de facteurs influencent la validité du modèle : l'incertitude sur les paramètres de la population de référence (qualité des données de la situation de départ), la plausibilité des scénarios (la vraisemblance des hypothèses sous-jacentes en ce qui concerne les estimations) et la qualité de l'ajustement du modèle (correction apportée pour les variables de confusion). L'incertitude sur les estimations peut être appréciée au moyen d'une analyse de sensibilité déterministe ou d'une simulation stochastique.

Dans le cadre de l'étude menée par la JAHWPF⁴ divers modèles de planification ont été décrits et comparés. Le modèle belge a été comparé aux modèles utilisés au Danemark, en Finlande, en Espagne, en Angleterre, en Norvège et aux Pays-Bas. Le modèle belge est reconnu comme l'un des modèles de projection les plus complets. Néanmoins, l'expérience d'autres pays comme l'Angleterre et les Pays-Bas, peuvent servir de source d'inspiration pour développer des analyses prospectives (ou *horizon scanning*). Ces méthodes sont utilisées pour estimer l'évolution probable de la demande en soins et la répartition des compétences entre les professionnels, mais aussi pour réaliser des analyses de sensibilité afin d'évaluer le modèle de projection et le corriger si nécessaire.



Recommandation 4 – Le couplage entre les avis basés sur le modèle et la politique de soins de santé doit être rationalisé.

1. Les *stakeholders* signalent des déséquilibres manifestes entre l'offre et la demande dans le paysage actuel des soins, évoquant des heures supplémentaires prestées par des professionnels dans des proportions alarmantes et de façon récurrente, des lacunes géographiques dans l'offre actuelle et future, des disparités entre les communautés, des déséquilibres en matière d'opportunités offertes aux étudiants et professionnels étrangers d'une part, et aux étudiants et professionnels belges d'autre part^e. Selon les parties prenantes, de tels phénomènes peuvent avoir des implications néfastes pour l'accessibilité et la qualité futures des soins de santé en Belgique. Dans le cadre de la présente étude, il n'a pas été possible d'objectiver ces déséquilibres, ni de les valider empiriquement. Cette validation est toutefois nécessaire si l'on veut aussi intégrer les disparités existantes dans la planification continue de la force de travail.
2. Une planification efficace de la force de travail doit reposer sur une définition claire et explicite d'objectifs de santé. Or, la planification existante est axée sur le maintien d'une offre initiale, qu'aucune motivation inattaquable ne justifie. L'élaboration de cette vision et la définition de ces objectifs de santé ne font pas partie du mandat de la Commission de planification, mais elle devrait y être associée via un dialogue actif sur cette thématique. D'un côté, le modèle de projection permet de transposer les interventions politiques programmées en effets à prévoir sur l'offre (scénarios de simulation « what-if »). D'un autre côté, les scénarios proposés par la Commission de planification attirent l'attention des décideurs politiques sur les effets indésirables

^e En vertu de la réglementation européenne sur la libre circulation des personnes, les candidats étrangers ne sont pas soumis à un processus de sélection. À contrario, les candidats belges sont soumis à une double sélection : à l'entame de leurs études de spécialisation et à leur entrée sur le marché du travail.

des tendances transposées. Des objectifs sanitaires clairs permettent aussi de reconnaître les limites de la planification de la force de travail. En effet, dans bien des cas, les solutions aux goulots d'étranglement en matière de soins se situeront en dehors du système de formation. Il s'agira par exemple d'interventions à mener sur le plan de la répartition géographique des professionnels de soins ou sur le plan de l'organisation des soins.

3. La complexité institutionnelle du système belge de soins de santé complique la planification efficace de la force de travail. Il y a un manque de coordination entre les instances politiques à différents échelons administratifs, le secteur des soins de santé et l'enseignement supérieur. Les avis de la Commission de planification ne sont pas toujours suivis concrètement par les organes décisionnels qui ont un impact réel sur l'offre. Il y a lieu de réaffirmer et de renforcer le mandat de la Commission de planification.
4. Le modèle actuel possède une architecture ouverte, modulaire et chronologique. La façon dont le modèle de projection est utilisé aujourd'hui reflète pourtant implicitement une conception fermée du système de soins (au niveau belge). Seul le flux entrant d'étudiants y est employé comme levier politique pour adapter l'offre^f. Les autres flux entrants et sortants reçoivent dès lors *de facto* le statut de facteurs difficiles à influencer. Les acteurs concernés doivent se demander si cette démarche exploite pleinement le potentiel de régulation qu'offre une approche basée sur un modèle de planification de la force de travail.

^f Techniquement, le modèle prévoit aussi la possibilité d'un flux entrant de professionnels. Elle sert actuellement à reproduire un *influx* historique, mais peut éventuellement modéliser d'autres évolutions aussi.



Confrontation à la littérature : l'étude comparative de la JAHWPF⁴ déplore que les leviers politiques utilisés pour réaliser les objectifs de planification de la force de travail se limitent souvent à la régulation du flux entrant d'étudiants. Ce n'est donc pas un phénomène propre à la situation belge. Il n'empêche qu'il en résulte une sous-utilisation du potentiel de régulation de la planification de la force de travail médicale. L'étude constate aussi que les objectifs de la planification sont rarement formulés dans une perspective opérationnelle tournée vers l'avenir. Trop souvent, comme c'est aussi le cas en Belgique, on en reste au souhait de préserver le *statu quo* dans un contexte en évolution. En outre, les modèles utilisés postulent souvent un équilibre théorique entre l'offre et la demande, et ne tiennent pas compte des déséquilibres existants. Notre rapport 72³ relève aussi qu'il n'y a pas de cadre général explicite qui permette de rattacher la planification de la force de travail à d'autres initiatives politiques ayant une incidence sur l'offre médicale et sur les modalités d'exercice de la profession telles que les nouveaux accords de financement. Il n'existe pas de nombre, ni de *mix* de prestataires de soins qui soient « bons » de façon absolue. Les besoins en prestataires sont déterminés par des décisions sociétales sur le niveau de l'engagement de ressources pour les soins de santé, mais aussi sur l'organisation et les mécanismes de financement des soins de santé. La valeur des projections ne réside donc pas tant dans leur capacité à livrer des estimations quantitatives exactes que dans leur utilité pour définir ou prédire des tendances actuelles et émergentes que les décideurs politiques peuvent anticiper. Les besoins en prestataires de soins sont déterminés *de manière endogène* au travers de choix politiques et sociétaux qui fondent le système même des soins de santé. Le recours systématique à des méthodes scientifiques pour en déduire les effectifs de prestataires de soins dont une population donnée a besoin n'est possible que si ces choix sociétaux et politiques sur l'accès aux soins et leur dispensation sont explicites.

5.2. Liens avec le rapport KCE 278

Dans le cadre du rapport KCE 278 dédié à la planification des sages-femmes,⁵ un ensemble de recommandations ont été formulées qui 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. Ces recommandations sont donc applicables ici aussi et sont brièvement rappelées dans l'encadré suivant.

Nous référons le lecteur vers la synthèse de ce rapport via l'hyperlien suivant :

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE278Bs_planification_sante_donnees_sages-femmes_Synthese.pdf

Porter l'accent de la modélisation vers plus de planification des ressources humaines pour la santé :

- Afin d'anticiper les évolutions de l'offre et de la demande, la génération de scénarios devrait être renforcée méthodologiquement 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.

Mesure de l'offre :

- 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.
- Des améliorations sont nécessaires dans la collecte des données pour la description de la projection du nombre de diplômés et la conversion des effectifs professionnels en ETP dans le cadre des activités libérales.

**Mesure de la demande :**

- La récolte de données relatives à la demande devrait être améliorée.

Planification simultanée des professions de santé :

- Il conviendrait d'envisager la planification simultanée des professions de santé susceptibles de bénéficier d'une délégation des tâches.

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

- Il conviendrait de procéder annuellement à une analyse post-hoc du modèle de projection et d'analyser les déviations par rapport aux prévisions.
- Lorsque des politiques de planification sont mises en place, il conviendrait d'évaluer leur impact sur l'organisation et les dépenses de soins.



■ RÉFÉRENCES

1. Cellule Planification des professions des soins de santé, DG Soins de Santé SPF Santé Publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Rapport annuel 2015 de la Commission de planification - offre médicale. Suivi de la planification de l'offre médicale en Belgique. 2016.
2. Cellule Planification des professions des soins de santé, DG Soins de Santé SPF Santé Publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Rapport annuel 2016 de la Commission de planification - offre médicale. Suivi de la planification de l'offre médicale en Belgique (en préparation). 2017.
3. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. L'offre de médecins en Belgique : situation actuelle et défis. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008. Health Services Research (HSR) KCE reports 72B (D/2008/10.273/08)
4. Malgieri A, Michelutti P, Van Hoegaerden M. Handbook on Health Workforce Planning methodologies across EU countries. 2016. Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting Funded By the Health Programme of the European Union. Deliverable D052 (ISBN 978-80-89825-00-4)
5. Benahmed N, Hendrickx E, Adriaenssens J, Stordeur S. Planification des ressources humaines pour la santé et données relatives aux sages-femmes. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016. Health Services Research (HSR) KCE Reports 278B (D/2016/10.273/96)
6. Groupe de travail médecin de la commission de planification Offre médicale et Cellule Planification des professions de soins de santé, DG Soins de santé SPF Santé publique Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Rapport de Synthèse, PlanCAD Médecins 2004-2012. 2015.
7. Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé, DG Soins de Santé - Service public fédéral Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique - Nombre de professionnels en droit de prêter au 31/12/2016 et influx 2016. 2017.



COLOPHON

Titre :	Stratégies d'amélioration du modèle de projection de l'offre médicale : consultation des stakeholders – Synthèse
Auteurs :	Philippe Vandenbroeck (shiftN), Kris Ooms (shiftN), Nadia Benahmed (KCE), Rachel Wickert (shiftN), Wendy Christiaens (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Coordinateur de projet et superviseur senior :	Sabine Stordeur (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Philippe Vandenbroeck (shiftN), Sabine Stordeur (KCE)
Relecture :	Raf Mertens (KCE), Pieter-Jan Miermans (CelPlan, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu), Pascale Steinberg (CelPlan, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement), Veerle Vivet (CelPlan, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu)
Stakeholders :	Dirk Bernard (AZ St Lucas Brugge), Goele Bossaert (Agentschap voor Hoger Onderwijs, Volwassenenonderwijs, Kwalificaties en Studietoelagen [AHOVOKS]), Jacques Brotchi (Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale), Matthias Claeys (Vlaams Geneeskundig StudentenOverleg [VGSO]), Christophe Cocu (Fédération des Maisons Médicales), Karin Cormann (Département "Santé et Personnes âgées" du Ministère de la communauté germanophone), Rita Cuypers (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België [ASGB]), Chantal De Boevere (Raad van Universitaire Ziekenhuizen – Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique [RUZB – CHAB]), Jan De Maeseneer (Universiteit Gent), Jacques de Toeuf (Association Belge des Syndicats Médicaux – Belgische Vereniging van ArtsenSyndicaten [AbSyM – BVAS]), Alain De Wever (Université Libre de Bruxelles [ULB]), Pierre Drielsma (Cartel Groupement Belge des Omnipraticiens – Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België [GBO-ASGB]), Gretel Dumont (Agence pour une Vie de Qualité [AviQ]), Joanna Geerts (Federaal Planbureau), Jan Goffin (UZ Leuven), David Hercot (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale [COCOM]), Cédric Hermans (Université Catholique de Louvain ; Réseau Santé Louvain), Lon Holtzer (Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen), Yolande Husden (Cabinet du Ministre Demotte, Fédération Wallonie-Bruxelles), Stella Matterazzo (Service d'Appui à la Direction générale, Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles), Koen Matton (Orde der artsen), Dominique Maun (Commission communautaire française [COCOF]), Pascal Meeus (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering [INAMI – RIZIV]), Marc Moens (AbSyM – BVAS), Maxime Mori (Fédération des étudiant-e-s francophones), Renaat Peleman (Universiteit Gent), Alex Peltier (Mutualités Chrétiennes – Christelijke Mutualiteiten), Jean-Yves Pirenne (Cabinet du Ministre de l'enseignement supérieur, Jean-Claude Marcourt), Fabienne Pringels (Forum des Associations de Généralistes [FAG]), Jérémie Rafalowicz (Fédération des maisons médicales), Jean-Pierre Schenkelaars (Collège Intermutualiste National – Nationaal Intermutualistisch College [CIN – NIC]), Marco Schetgen (ULB), Wim Tambeur (Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen), Robert van den Oever (Christelijke Mutualiteiten – Mutualités Chrétiennes), Michel Van Hoegaerden



(European Joint Action on Health Workforce Planning & Forecasting), Guy Vanderstraeten (Universiteit Gent), Danny Vandewalle (Agentschap Zorg en Gezondheid), Brigitte Velkeniers (PlanningsCommissie – Medisch aanbod, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu), Mieke Walraevens (Beleidscel Federaal Minister van Volksgezondheid Maggie De Block), Patrick Waterbley (Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en huisartsen), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform)

Validateurs externes : An Jacobs (VUB), Olivier Schmitz (UCL)

Remerciements : Merel Claes (shiftN), Henk Akkermans (Supplynetworkdynamics)

Intérêts déclarés : Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine de la planification des professions de santé en Belgique. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Layout : 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.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-d-administration-du-centre-d-expertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 6 juillet 2017

Domaine : Health Services Research (HSR)

MeSH : Health Manpower ; Health Planning ; Forecasting ; Health Services Needs and Demand

Classification NLM : W76

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2017/10.273/48



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 ?

Vandenbroeck P, Ooms K, Benahmed N, Wickert R, Christiaens W, Stordeur S. Stratégies d'amélioration du modèle de projection de l'offre médicale : consultation des stakeholders – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 290Bs. D/2017/10.273/48.

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