



Université catholique de Louvain  
Ecole de Santé publique

**SESA – Socio Economie de la Santé**



**Hoger Instituut voor de Arbeid**

Katholieke Universiteit Leuven

Groupe de travail interuniversitaire établi auprès du SPF « Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement » en appui scientifique à la Commission de Planification de l'Offre médicale

## **Ressources humaines pour la santé Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir**

Phase 1

Analyse de l'existant - Paramètres pour la modélisation

Rapport de synthèse

**Prof. Denise Deliège**

**Caroline Artoisenet**

**Prof. Jozef Pacolet**

**Griet Cattaert**

Edition 2005

UCL : SESA, - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles,  
Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : [www.sesa.ucl.ac.be](http://www.sesa.ucl.ac.be)  
KUL : HIVA, Parkstraat 47, 3000 Leuven,  
Tel : 32 16 32 33 33 - Fax : 32 16 32 33 44 - [www.hiva.be](http://www.hiva.be)

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>II</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY</b> .....	<b>III</b>
<b>1. Analyses prospectives et planning normatif</b> .....	<b>III</b>
<b>2. Offre et besoins : concepts généraux</b> .....	<b>IV</b>
<b>3. Perspectives d'avenir</b> .....	<b>IV</b>
3.1. En général : évolution en dents de scie .....	IV
3.2. En Belgique .....	V
3.3. Le modèle actuellement en usage au SPF « Santé publique ».....	V
<b>4. Données utiles pour la planification</b> .....	<b>VI</b>
<b>RAPPORT DE SYNTHÈSE</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Planification des Professions de santé : point de départ pour un modèle prévisionnel</b> .....	<b>1</b>
1.1. Planification <i>versus</i> analyse prospective .....	1
1.2. Principes de base .....	2
1.3. Mise en oeuvre.....	2
<b>2. Etat des connaissances</b> .....	<b>11</b>
2.1. Offre, besoins, pléthore et pénurie : concepts et indicateurs.....	11
2.2. Perspectives d'avenir relatives aux médecins .....	14
2.3. Données factuelles concernant les médecins.....	18
2.4. Etat des lieux et perspectives pour la kinésithérapie et l'art infirmier .....	19
<b>3. Suggestions pour l'avenir</b> .....	<b>21</b>
3.1. Comblar les lacunes d'information .....	21
3.2. Faciliter l'accès à l'information .....	22
<b>Bibliographie</b> .....	<b>23</b>

## INTRODUCTION

En 2004, un groupe de travail scientifique a été constitué auprès de la Cellule de Planification de l'offre médicale.

Au cours de la première phase (six mois), l'objectif fut de réaliser un état des lieux des connaissances et d'analyser le modèle d'offre existant au SPF « Santé publique » en lui apportant des suggestions d'amélioration.

La deuxième phase visera à mettre en œuvre les enseignements ainsi établis.

Le présent document rassemble l' « executive summary », vue sommaire du travail accompli, ainsi qu'un rapport de synthèse, exposant de façon succincte, les principaux résultats.

*Cette étude a été réalisée pour le compte et grâce au soutien financier du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises (numéro de contrat : N05-51).*

*Nous tenons à remercier ce Service public de nous avoir confié cette tâche et de la large liberté académique dont nous avons bénéficié ; les résultats de l'étude présentée ci-dessous n'engagent que leurs auteurs et non le SPF.*

## EXECUTIVE SUMMARY <sup>1</sup>

### 1. ANALYSES PROSPECTIVES ET PLANNING NORMATIF

Il importe d'établir d'emblée une distinction claire entre le planning normatif (et son objectif de régulation) et les analyses prospectives, lesquelles visent à estimer les tendances en cours et à établir des perspectives d'avenir sous diverses hypothèses. En envisageant plusieurs scénarios, de telles analyses permettent de fonder le planning normatif sur des bases étayées. La collaboration entre la Cellule de Planification du SPF « Santé Publique » et l'équipe UCL-KUL concerne les analyses prospectives.

De façon générale, un modèle d'offre et de besoins doit respecter quelques principes de base : il doit intégrer les leçons du passé et les définitions internationales, être fonctionnel, dynamique, simple et exhaustif.

Trois types d'informations sont utiles à sa construction, bien qu'elles ne soient pas toutes disponibles actuellement :

- Les informations relatives à **l'enseignement** (les flux, le contingentement, etc.) : elles donnent une indication sur les forces potentielles de travail.
- Les informations relatives aux **ressources humaines** (influx, migrations, retraites, etc.) :
  - influx bruts (les nouveaux diplômés) et influx nets (le surplus d'actifs, compte tenu des sorties) ;
  - différents secteurs de soins et du système de santé (hôpitaux, soins à domicile, etc.).
- Les informations relatives à la **demande** dans le secteur des soins et de la santé au sens large : les effectifs qui en découlent pour l'avenir peuvent être évalués à partir des taux d'utilisation de la population (à taux constants ou croissants), pour ce qui concerne les soins, et/ou des autres demandes du marché (en termes de postes ou de fonctions à pourvoir) ; ces évaluations permettent à leur tour d'évaluer la demande de travail et les besoins de financement du secteur de la santé.

Plusieurs sources d'information existent en Belgique ; pour l'offre de médecins, leur concordance est meilleure que dans plusieurs pays étrangers. Il faut saluer la constitution en cours du « cadastre » (base de données fédérale des professionnels de la santé). Ce cadastre permettra à terme d'améliorer l'information relative aux ressources humaines. Actuellement, des données sont déjà disponibles pour les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes et le cadastre devrait s'élargir aux autres professions de santé, notamment aux infirmières. Il est couplé au Registre national et devrait à l'avenir être couplé à d'autres bases de données (notamment de l'INAMI, de l'ONSS, et de l'Office national des Pensions).

Ce cadastre constituera une référence importante, surtout à mesure que les couplages avec d'autres bases seront réalisés ; pour qu'ils puissent répondre au mieux aux besoins de la planification, il importe de préparer très soigneusement chacun de ces couplages : quelles sont les données utiles, comment les enregistrer, comment les combiner, comment garder régulièrement trace des flux et des stocks, ... ? Pour les perspectives d'avenir de l'offre, ainsi que pour l'analyse de la demande de soins et de la demande de travail qui en découle, diverses propositions de dépouillement complémentaire ont été faites : mortalité différentielle (INS-VUB-SESA), taux de rétention (INAMI ou SESA), données INAMI, enquête de santé, RCM, etc ).

---

<sup>1</sup> Le rapport complet peut être obtenu sur demande : D. Deliège, J. Pacolet, C. Artoisenet, G. Cattaert, "Ressources humaines en santé - Manpowerplanning voor gezondheidsberoepen", juin 2004 : 256. Il peut être téléchargé à partir des sites web des équipes : [www.sesa.ucl.ac.be](http://www.sesa.ucl.ac.be) en <http://www.hiva.be> et de la cellule de Planification du SPF Santé Publique.

## 2. OFFRE ET BESOINS : CONCEPTS GENERAUX

Pour mesurer, parmi l'ensemble des diplômés des professions de santé, l'offre qui est réellement disponible, il convient de distinguer :

- a) les diplômés en activité (« taux d'activité ») et, parmi eux, ceux restant dans le secteur de la santé (« taux de rétention ») ;
- b) l'ampleur des équivalents temps plein, compte tenu du volume de travail (mesuré en heures ou en services fournis) ;
- c) la part d'activité dans les différentes fonctions (curatives et non-curatives).

Quant aux « besoins » en ressources humaines, ils correspondent aux effectifs « idéaux », dans l'hypothèse d'une demande solvable. Pour les soins (au sens strict), ils peuvent être évalués à partir de plusieurs critères : la santé, les prestations à fournir, la demande de la population, la comparaison avec d'autres lieux. Pour estimer l'ensemble des « besoins » à l'avenir, il est nécessaire de prendre en compte deux types d'évolutions :

- l'évolution de la demande : la demande de soins d'une part et celle des fonctions non-curatives, d'autre part ;
- l'impact de l'évolution des structures d'offre (cf. détails en 3.2) : diplômés supplémentaires nécessaires pour y faire face.

En cas d'insolvabilité réelle ou menaçante, les pouvoirs publics peuvent décider de mesures restrictives ; dans ce cas, il importe de bien anticiper les évolutions probables pour éviter de trop fortes tensions.

En effet, une discordance entre offre et besoins peut entraîner pléthore ou pénurie. De multiples indicateurs de pléthore et de pénurie ont été proposés dans la littérature ; mais la plupart sont ambigus. Malgré leurs défauts, retenons deux indicateurs de *pléthore* :

- Une densité de professionnels plus élevée que dans un pays ou une région « semblable » sur divers plans (socio-économique, histoire de la médicalisation, niveau de santé, organisation du système de santé) ; le choix de la base de comparaison est délicat, mais crucial.
- Un rythme d'évolution trop rapide de l'offre prévisible pour l'avenir : dans ce cas, des difficultés sont quasi inévitables, car le marché ne pourra l'absorber en temps utile.

Quant à la *pénurie*, les meilleurs indicateurs semblent être : une forte diminution d'effectifs (vu ses effets pervers : accessibilité réduite, fermeture de services avec pertes d'emploi, troubles sociaux, ...), des difficultés de recrutement, une tension sur les salaires et les tarifs, la présence de praticiens étrangers, l'augmentation des heures de travail et, comme menace pour l'avenir de l'accessibilité aux soins, des départs croissants vers l'étranger.

Quand la pléthore ou la pénurie est perceptible, il est bien souvent trop tard pour y remédier rapidement ; d'où l'importance de bien anticiper les évolutions probables et souhaitables.

## 3. PERSPECTIVES D'AVENIR

### 3.1. En général : évolution en dents de scie

Nombre de perspectives d'avenir ont été établies dans le monde, tant pour les ressources humaines que pour les « besoins » du système de santé. L'histoire de la planification a évolué en dents de scie : l'expansion du secteur de la santé sciemment organisée au milieu de 20<sup>ème</sup> siècle, fut trop rapide et a fait place à un souci de pléthore entraînant une régulation des ressources humaines en santé. Mais au début du 21<sup>ème</sup> siècle, de nouvelles perceptions et perspectives de pénurie à venir ont vu le jour et plusieurs pays ont ainsi relevé leur *numerus clausus*. Cette évolution en dents de scie provient notamment du fait que les politiques sont souvent plus réactionnelles (à la perception du moment) que prospectives (attentives au futur probable).

Du côté des « besoins » en ressources humaines idéalement nécessaires, diverses évolutions les poussent à la hausse en Belgique, comme dans beaucoup de pays industrialisés.

- Pour la demande de soins : population croissante (en Belgique) et vieillissante, augmentation des recours aux soins, développement des progrès médicaux et de la technicité.
- Pour l'impact des évolutions de l'offre :
  - a) féminisation croissante et vieillissement de plusieurs professions (médecins, dentistes, ...)
  - b) modification des législations relatives à l'organisation du système (normes de qualité, formation continue, ...)
  - c) changement des mœurs (durée du travail, âge de la retraite) et des pratiques médicales (gestion des groupes, ...) et
  - d) « besoins de remplacement » croissants vu la bosse démographique des « sorties » de plusieurs professions, prévue vers 2015-2025.

Néanmoins, même si la croissance de la demande et de ces autres besoins semble inéluctable, des questions d'ordre politique subsistent : ces besoins seront-ils solvables, pourra-t-on les financer et comment ?

### 3.2. En Belgique

En Belgique, quatre rapports (Dercq et al, Deliège et al, Buntinx et al, De Maeseneer et al) ont tenté d'évaluer l'offre et les besoins à venir pour les médecins. Leurs conclusions ne concordent pas toujours, notamment parce qu'ils utilisent des données différentes, posent des hypothèses différentes et adoptent des paramètres d'estimation différents. Ainsi, Deliège (pour l'ensemble des médecins) et De Maeseneer (pour les généralistes) concluent à des menaces de discordance entre la croissance de l'offre et celle des besoins ; alors que Dercq et Buntinx recommandent des contingentements assez serrés (mais ces auteurs ne considèrent pas l'ensemble des médecins).

Des modèles d'offre des kinésithérapeutes ont aussi été mis au point. Celui du SPF « Santé publique » prend comme effectifs de base les seuls kinésithérapeutes qui pratiquent dans le cadre de la nomenclature M de l'INAMI. Le modèle du HIVA (Prof. Pacolet) prend aussi en compte les kinésithérapeutes au forfait et ceux de la nomenclature K ; il a aussi tenté d'établir une image de l'ampleur totale de l'activité professionnelle des kinésithérapeutes. L'information sur le volume réel de travail et sur l'évolution de la demande est encore partielle. Une combinaison du modèle d'offre de la cellule de Planification et de l'analyse de la demande du HIVA permet une vue plus complète. Dans un autre domaine, celui de la pénurie supposée ou réelle d'infirmières (actuellement et à l'avenir), l'expérience des équipes HIVA/SESA illustre que les sources d'information sur l'emploi constituent une base adéquate, de sorte que la combinaison de sources reste nécessaire dans l'attente d'un cadastre exhaustif. Le cadastre ne contiendra pas de données relatives aux prestations de soins, de sorte que la combinaison avec d'autres données (par exemple FINHOSTA) restera nécessaire.

### 3.3 Le modèle actuellement en usage au SPF « Santé publique »

Le modèle prend surtout en compte les médecins « agréés » et pondère ces effectifs en fonction de l'ampleur de l'activité, par âge, genre et qualification, au sein de chaque Communauté. Au stade actuel, les influx tiennent compte de l'évolution prévisible de la féminisation et des médecins qui pourraient être admis provisoirement au-delà des quotas officiels. Les sorties sont évaluées par le biais de la mortalité, les retraites définitives étant fixées à 75 ans. Il est tenu compte d'une légère immigration annuelle et de la tendance historique à la baisse de la durée de travail.

Pour l'avenir, nous suggérons d'améliorer ce modèle comme suit :

- prise en compte des médecins exerçant des fonctions non-curatives et des jeunes diplômés non-agrèés ;
- réévaluation des influx : taux de féminisation et mouvements migratoires ;
- utilisation de tables de mortalité adaptées aux classes d'instruction supérieure et éventuellement prise en compte de la décroissance de la mortalité avec le temps ;
- âge de la retraite à 65 et à 75 ans ;
- prise en compte des sorties précoces (par le biais de taux de rétention) ;
- prise en compte des émigrations annuelles (statistiques de l'Union européenne).
- amélioration de la définition du volume de travail offert et demande (en équivalents temps-plein).

#### 4. DONNEES UTILES POUR LA PLANIFICATION

Plusieurs constats relatifs aux *médecins* en Belgique sont intéressants pour la planification. Comme le marché évolue sans cesse, de tels constats devraient pouvoir être réévalués régulièrement. En outre, ils devraient devenir disponibles aussi pour *d'autres professions*, car toutes les professions agréées par l'INAMI sont en forte expansion. Enfin, ils devraient pouvoir être pris en compte dans les modèles prospectifs, base de la planification .

Malheureusement, nombre de *données restent mal connues*. L'obtention d'informations supplémentaires à propos de certains paramètres semble nécessaire pour affiner les perspectives d'avenir en matière de ressources humaines :

- Retraites : un projet Agora pourrait être proposé aux SSTC en automne (tâche qui incomberait au SPF « Santé publique », lui donnant ainsi accès à un financement extérieur).
- Ampleur de l'activité par âge des actifs : demande de données à l'INAMI en cours.
- Choix de carrière des jeunes, charge de travail et attitude au travail : relance d'une enquête.
- Dépouillement de diverses données déjà accessibles (prévu dans la deuxième phase de la collaboration en cours).

# RAPPORT DE SYNTHÈSE

Ce rapport établit d'abord la distinction entre analyses prospectives et planning normatif. Puis, il décrit un modèle générique qui devra être opérationnalisé pour les diverses professions et présente une série de concepts et d'indicateurs. Il commente ensuite l'évolution des recommandations relatives à la régulation des médecins dans le monde depuis un demi-siècle. Il présente aussi les principales études prospectives en Belgique, pour les médecins, les infirmier(e)s, et les kinésithérapeutes. Enfin, il émet des suggestions, pour améliorer un modèle existant, pour combler certaines lacunes d'information et pour améliorer l'accès à l'information.

## 1. PLANIFICATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ : POINT DE DÉPART POUR UN MODELE PREVISIONNEL

La Commission de Planification de l'Offre Médicale a pour mission d'estimer les besoins de la population en matière de services de santé et de veiller à ce que l'offre en professionnels soit en adéquation avec ces besoins (art. 35 octies, § 2 AR n° 78). Dans un premier temps, les professions concernées ont été les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes. Y ont ensuite été joints les infirmiers, les sages-femmes et les logopèdes. Il convient de distinguer la mission normative qui en résulte de la mission analytique, consistant à établir avec précision l'offre et la demande actuelle en ressources humaines pour la santé et d'en estimer l'évolution future.

Le projet de collaboration vise à développer un modèle de calcul générique, basé sur le modèle existant utilisé par le SPF Santé publique, et complété par l'expérience des équipes de recherches du SESA (Socio-Economie de la Santé) de l'Université catholique de Louvain, et de l'HIVA (Hoger Instituut voor de Arbeid) de la Katholieke Universiteit Leuven.

### 1.1. Planification *versus* analyse prospective

Le terme de planification (comme aussi ceux de « planning » et de programmation) peuvent être utilisés dans deux acceptions :

- a) Les **études dites de « manpower planning »** (littéralement planification de la force de travail) ne constituent pas une planification au sens strict de l'offre médicale. Il s'agit plutôt d'analyses prospectives, basées sur des hypothèses et élaborant divers scénarios. Le développement d'un modèle de calcul pour l'offre et la demande des professions de santé s'insère dans le cadre de ces analyses prospectives, basées sur une étude détaillée de la situation présente et esquissant l'évolution future de l'offre et de la demande. Cette mission scientifique est comparable à une prospective réalisée par un Bureau du Plan et a une portée essentiellement informative.
- b) Quant au **planning normatif**, il assure le pilotage d'une activité bien précise, en l'occurrence l'offre en prestataires de soins. Il vise à influencer le cours des événements, en fonction des objectifs que se fixe une instance régulatrice ; il joue donc un rôle normatif, qu'exercent les pouvoirs concernés. Ces normes peuvent s'inspirer de la volonté de contrôler l'offre ou de l'encourager, et peuvent se focaliser sur les professionnels de santé ou réguler le remboursement, le financement, les structures ou l'organisation des soins (ex. programmation de lits hospitaliers, ...).

Le planning informatif fournit à l'instance normative les informations nécessaires, mais ne se substitue pas à cette dernière. Le projet de collaboration entre la Cellule de Planification du SPF Santé publique et les équipes UCL-KUL, dont la première phase se conclut par le présent rapport, porte uniquement sur ces analyses prospectives. Le planning normatif relève de la compétence exclusive des autorités et de la Commission de Planification de l'Offre Médicale.



Ce planning de nature scientifique doit répondre à des critères d'information non négligeables. Comme avancé plus loin (cf. section 1.3), la planification ne se limite pas à analyser le marché du travail pour les professions de santé dans le présent et le futur, mais il concerne aussi un planning prospectif dans les secteurs de l'Enseignement et des Soins.

## 1.2. Principes de base

Certains principes guident le parcours suivi par le présent projet de collaboration avec la Cellule de Planification :

1. Capitalisation de l'expérience et des connaissances combinées de la Cellule de Planification et des deux équipes de recherche
2. Analyse intégrée du passé, du présent et de l'avenir
3. Fonctionnalité
4. Dynamisme
5. Simplicité
6. Modèle générique
7. Largeur
8. Profondeur
9. Exhaustivité
10. Définitions et paramètres en conformité avec les acquis au niveau international

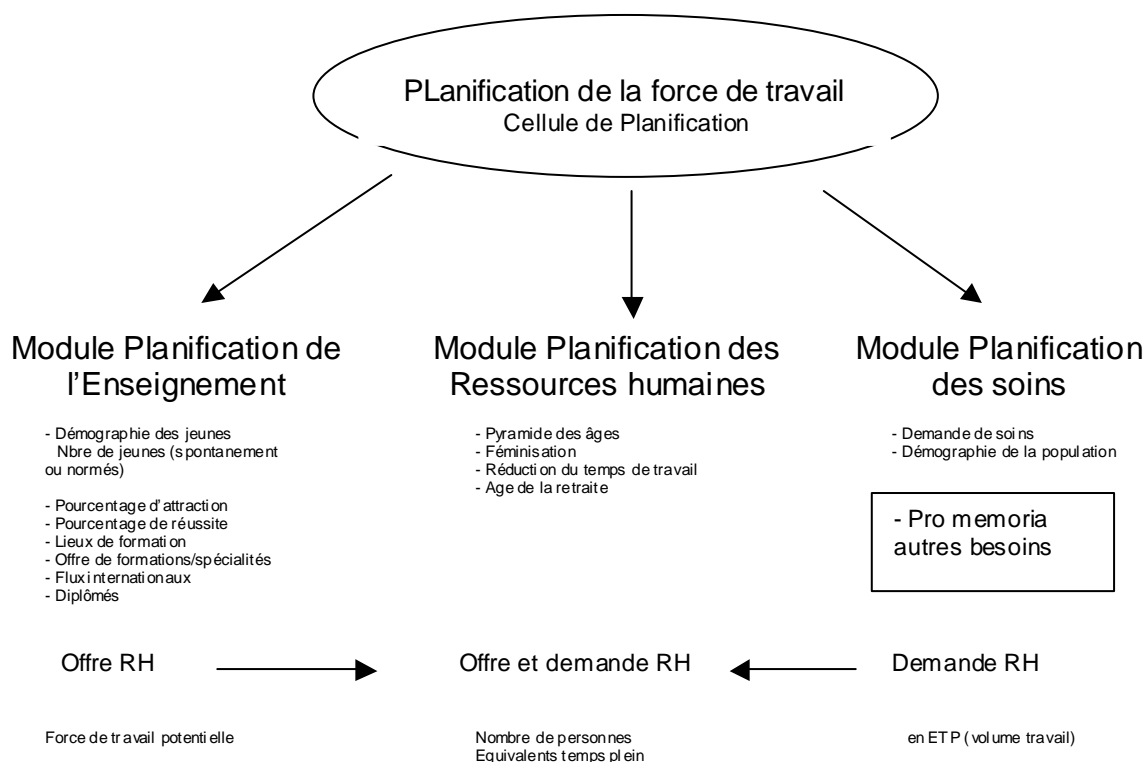
## 1.3. Mise en oeuvre

Sont repris ici les éléments de base sur lesquels doit reposer le modèle de calcul de la Cellule de Planification.

### 1.3.1. Modules du modèle de planification

Les types d'information et d'analyse utiles à la construction du modèle de planification sont théoriquement au nombre de trois, bien que ces informations ne soient pas toutes disponibles :

- Les données relatives à l'enseignement (flux, pourcentage de réussite, contingentement, etc.) : elles fournissent une indication sur les forces potentielles de travail, pour aujourd'hui et demain ;
- Les ressources humaines actuellement présentes dans le secteur (pyramides d'âges, influx, migrations, retraites, durée de travail, ...) ;
- Les « besoins » et la demande dans le secteur des soins et de la santé au sens large. Ceci implique une planification du système de santé (évaluation des soins nécessaires, demande de soins, organisation des soins et répercussions au niveau des personnels).



**Fig. 1 - Modules informatifs nécessaires**

Ni l'Etat fédéral ni les Communautés ne disposent à l'heure actuelle de sources d'informations publiques, facilement accessibles pour l'ensemble de ces systèmes, et encore moins de modèles et études prospectives, si ce n'est parfois à un niveau très agrégé.

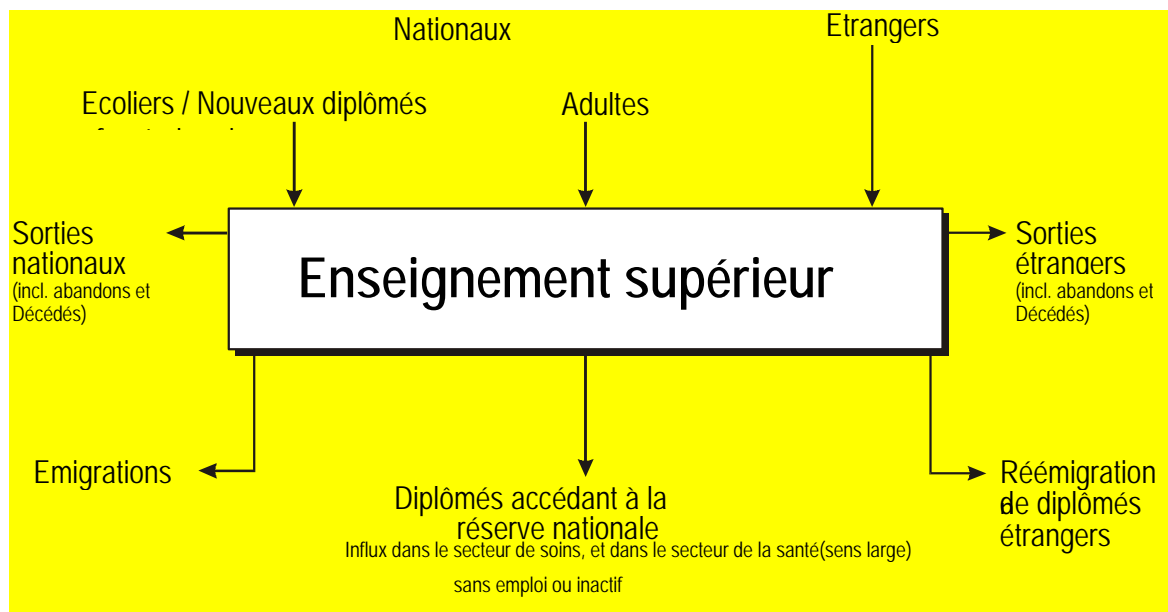
L'effort considérable consenti en matière d'information révèle l'ampleur de la mission confiée à la Commission de Planification. Ainsi, l'actuel modèle du SPF pour les médecins travaille en détails sur l'offre, mais la demande de soins et la demande en médecins doivent être développées davantage. Dans l'attente de modèles plus précis, la Cellule de planification doit pourvoir aux modules manquants de façon pragmatique.

### **1.3.2. Module relatif à l'Enseignement**

Un module relatif à l'enseignement doit documenter sur les influx actuels et futurs, ainsi que sur les diplômés potentiels du système de formation ; les « sorties » incluent en outre les décès, les abandons et les migrations vers l'étranger.

Un tel volet peut constituer une composante d'un modèle d'offre de travail, mais il peut aussi être développé indépendamment, entre autres pour permettre la comparaison avec la formation dans les autres professions.

Comme le montre le schéma de l'OCDE ci-dessous, le système de formation occupe une place importante dans l'estimation des ressources humaines. Et ce système se situe en première ligne quand surgissent les discussions en matière de contingentements, de pénuries ou de pléthores. Il est dès lors primordial de fournir quasi annuellement une information détaillée en ce domaine.



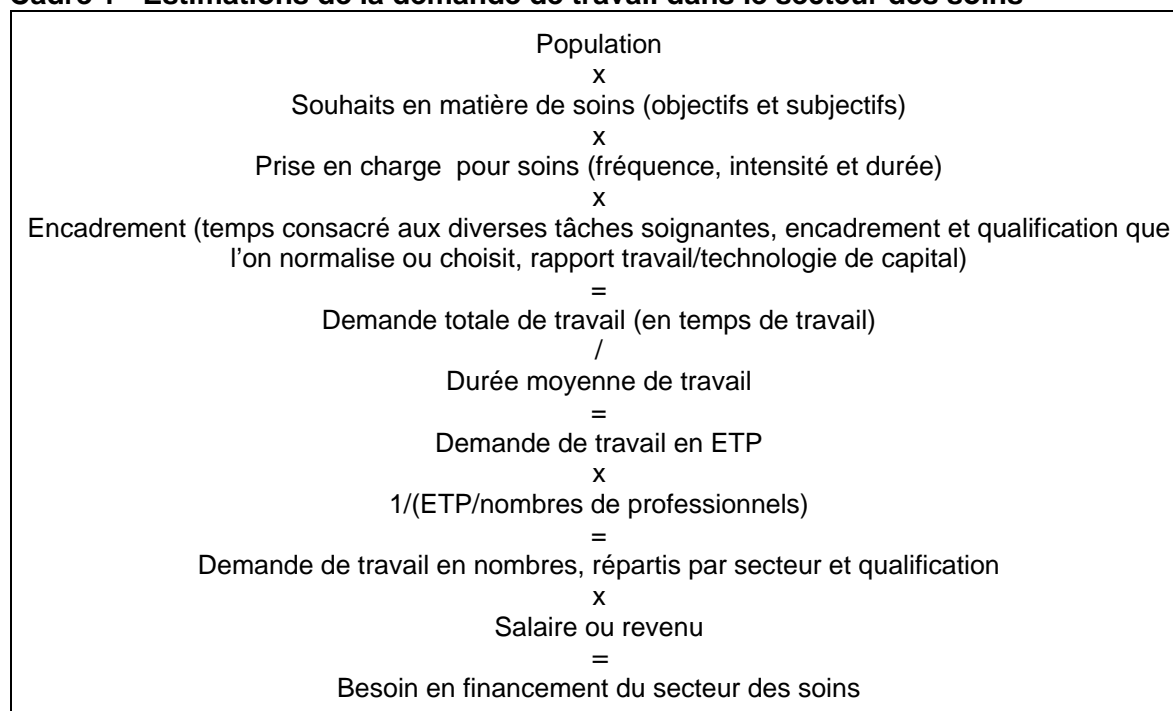
Source : adapté de l'OCDE

**Fig. 2 - Principaux flux du système de formation**

### 1.3.3. Module Demande dans le secteur des soins et de la santé

Les besoins en ressources humaines dans le secteur des soins et de la santé proviennent de trois sources : la population qui demande des soins (= demande primaire), les praticiens qui en prescrivent (= demande dérivée) et les organismes publics et privés qui organisent un ensemble de services en faveur de la santé (administration, recherche, prévention, ...). Cette demande de professionnels de santé ne fait actuellement l'objet d'aucun modèle détaillé en Belgique. C'est pourquoi la Cellule de Planification du SPF Santé publique doit, dans la mesure du possible, tâcher de combler cette lacune. Le schéma qui suit illustre la séquence pour une telle estimation

#### Cadre 1 - Estimations de la demande de travail dans le secteur des soins

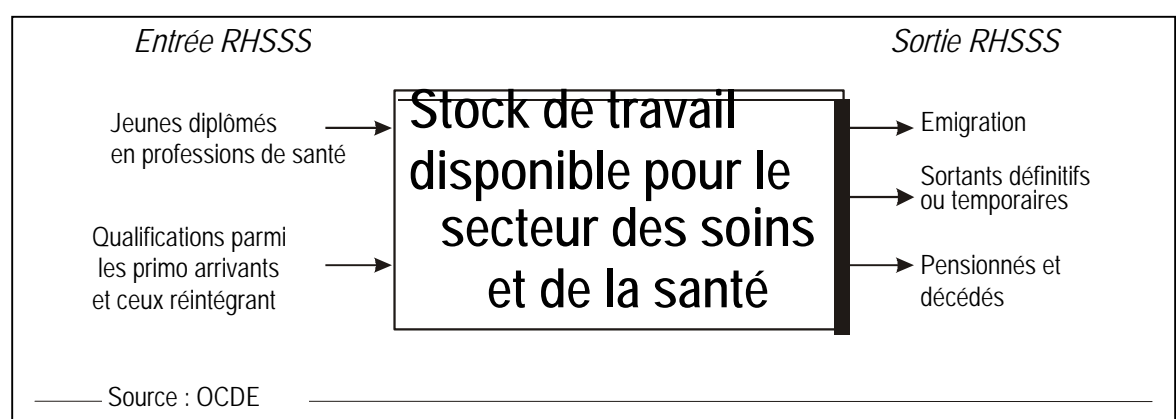


NB : Un schéma analogue peut-être établi pour ce qui concerne les tâches confiées aux professionnels de santé, hors du secteur de soins.

Les besoins de la population sont un concept évolutif et peuvent être objectifs ou subjectifs. La demande de soins peut être ou non solvable et honorée par celui ou celle qui doit payer. À partir d'une estimation de ces besoins, on déduit une demande, une utilisation de soins. La demande primaire est la satisfaction d'un besoin de la population en matière de soins. Suite à cette demande, la production de soins utilise une certaine technologie, qui combine les facteurs de production travail, capital et connaissances technologiques. C'est ce que l'on appelle la « fonction de production » des soins. Le facteur de production que nous voulons traiter plus particulièrement ici est le facteur travail. De la demande en soins et de celle dans les autres secteurs de santé, résulte une demande de travail des professions de santé (et autres actifs dans les secteurs en question), ce qui équivaut à un certain volume de travail nécessaire à un moment donné dans lesdits secteurs. On peut ensuite en tracer les grandes lignes d'évolution et les modifications souhaitables, sans oublier que les professionnels de santé seront également appelés dans d'autres segments du domaine sanitaire, voire même dans l'ensemble du secteur économique (principe d'exhaustivité). Il ne faut jamais oublier que la demande de travail découle des activités dans un ensemble de secteurs (donc pas seulement celui des soins). Dans le module suivant, la demande est confrontée à l'offre de travail que ces professionnels sont disposés à réaliser ou réalisent de manière effective.

#### 1.3.4. Module d'offre et de demande en ressources humaines

La matrice des professions et secteurs à établir devra demeurer comparable aux statistiques macro-économiques qui sont de plus en plus utilisées au niveau européen, et ce pour les détails comme pour les données agrégées. Notamment dans les "comptes satellites pour le secteur des soins" (système de santé pris au sens large), les SHA (System of Health Accounts) et les HLA (Health Labour Accounts), l'OCDE et Eurostat tendent à normaliser toujours davantage ce type d'information.



\* Les jeunes professionnels de santé nouvellement diplômés ou récemment qualifiés entrent comme stock de travail potentiellement disponible dans le secteur des soins ou d'autres secteurs de santé.

\* Par sortie à la suite d'une mise à la retraite ou d'un décès, on entend aussi la sortie prématurée et le départ vers d'autres secteurs.

\* Il faut comprendre le secteur des soins dans un contexte large, qui englobe à la fois le secteur des soins et les autres secteurs de santé.

**Fig. 3 - Ressources humaines dans le secteur des soins et de la santé (au sens large) (RHSSS) : modèle schématique des réserves et des flux**

L'analyse devra porter d'une part sur les données de stock et, d'autre part, sur leurs modifications, via des analyses de flux : les inscriptions dans et les diplômés du système de formation et les entrants et sortants du marché du travail. Dans le secteur enseignant les flux sortants concernent les diplômés annuels. Le marché du travail aussi est tantôt décrit en termes de flux (remplacements, expansion), tantôt en variables de stock pour les mêmes phénomènes. Dans le

secteur des soins et de la santé, les pyramides d'âge, le volume de travail, la densité de prestataires, etc. renvoient à ces variables de stock.

Il importe de distinguer **influx brut et net**.

Les influx bruts ne sont pas soldés pour des mouvements compensatoires et peuvent faire l'objet de distinctions à divers niveaux. L'arrivée et le départ de diplômés de et vers l'étranger peuvent résulter, pour l'influx net, en un solde positif ou négatif. Une mobilité permanente existe également entre secteurs et entre structures ; ainsi, certains quittent un établissement ou un secteur avec la possibilité de se retrouver ailleurs. A l'échelle macro, il importe d'estimer le flux net (influx moins sorties), se soldant par un secteur en augmentation ou en diminution.

Par ailleurs, divers facteurs peuvent influencer les « besoins » : nouvel encadrement, modification de la durée de travail, nouvelle organisation ou répartition du travail. C'est une partie de la **demande d'expansion** en ressources humaines. Celle-ci connaît surtout l'influence d'une augmentation des besoins (ou attentes) en soins d'une population vieillissante, dans un contexte de technologie et de prospérité en continuels progrès.

Les flux bruts sont bien plus importants que les flux nets, notamment parce qu'il faut également faire face aux **besoins de remplacement** pour la main-d'œuvre quittant le secteur ou ayant atteint l'âge de la retraite définitive. Les besoins de remplacement sont surtout influencés par la démographie des professionnels (hausse du travail à temps partiel, départs du secteur, retraites), compte tenu des scénarios retenus.

Ces deux types de « besoins » déterminent l'influx total de professionnels qui serait nécessaire, compte tenu des scénarios retenus. Cet influx devra en phase finale être assuré depuis le système d'enseignement. Néanmoins, il peut être « contingenté » pour des raisons politiques, motivées en général par des contraintes de financement.

Des exemples de planification informative sont présentés plus loin pour diverses professions : médecins, kinésithérapeutes et infirmiers (Deliège et al, Leroy et al, Pacolet et al, Van Ouytsel et al). Ci-dessous, nous présentons le détail souhaité des groupes de professionnels à soumettre à l'analyse, et les secteurs dans lesquels ils sont susceptibles d'être employés. Ceci illustre l'« exhaustivité » indispensable pour une analyse en matière de ressources humaines.

**Tableau 1 Champs des professions de santé en Belgique (au sens large)**

---

*A. Médecins*  
 Candidats généralistes  
 Généralistes  
 - Agréés  
 - Non agréés  
 Candidats spécialistes (selon spécialisation)  
 Spécialistes (selon spécialisation)  
 Médecin (sans autre qualification)

*B. Dentistes*

*C. Pharmaciens*

*D. Praticiens infirmiers et accoucheuses*  
 Infirmières graduées  
 Infirmières brevetées  
 Accoucheuses  
 Assistants en soins hospitaliers

*E. Personnel soignant*  
 Soins à domicile et aux personnes âgées  
 Puéricultrices

*F. Paramédicaux*  
 Ergothérapeutes  
 Podologues  
 Orthopédistes  
 Technologue de laboratoire médical  
 Logopèdes  
 Nutritionnistes – diététiciens  
 Bandagistes  
 Orthésistes  
 Prothésistes  
 Orthoptistes

*G. Kinésithérapeutes*

*H. Travailleurs sociaux*  
 Assistants sociaux  
 Assistants en psychologie

*I. Educateurs*

*J. Assistance personnelle et logistique*

*K. Autres*

---

Source : Pacolet J. e.a. (2002), Plus est en vous herbekeken.

Les professionnels en question seront surtout employés dans le secteur des soins. La planification devra toutefois aussi décrire l'**emploi des professionnels de santé dans les secteurs autres que celui des soins**, ainsi que dans le reste de l'économie.

En outre, l'**emploi des professionnels non soignants** dans le secteur des soins doit être estimé ; pour une part, ils peuvent se substituer à des prestataires de soins.

Les principaux secteurs d'activité des professions de santé en Belgique sont présentés ci-dessous. La planification ('Human resources accounting') devra identifier la main-d'oeuvre utile pour l'ensemble de ces secteurs. L'OCDE et Eurostat demandent de subdiviser ces acteurs selon les distinctions en vigueur à l'échelle internationale. Cette norme internationale servira à terme de source d'informations dans le cadre d'un étalonnage au niveau international.

**Tableau 2 Principaux secteurs d'activité des professions de santé**

Secteur	Description
1. Cabinet du médecin / dentiste / kinésithérapeute	Cabinet où se tiennent les consultations et à partir d'où les visites à domicile peuvent s'organiser.
2. Hôpitaux	Les différents départements des hôpitaux généraux et psychiatriques, y compris l'hôpital de jour, où travaillent à la fois indépendants et salariés. Répartition en fonction de différents services (les « indices » en Belgique).
3. Maisons de repos	Maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS).
4. Soins à domicile	Services aux personnes (seniors, handicapés, patients psychiatriques ou autres,... ) à domicile, résidence-service ou habitation protégée.
6. Structures pour handicapés	Équipements pour mineurs d'âge et adultes.
7. Accueil et soins à l'enfance	Structures d'accueil formelles et informelles, soins préventifs aux enfants et soins aux enfants en situation particulière.
8. Aide spéciale à la jeunesse et aide aux personnes	Équipements ambulatoires et (semi-)résidentiels, services d'aide spéciale à la jeunesse, et centres autonomes d'aide aux personnes
9. Autres secteurs de soins et de prévention	On retrouve de nombreuses professions de santé dans des secteurs plus petits, isolés ou s'apparentant à des secteurs non soignants plus vastes comme l'enseignement : centres PMS, inspection scolaire, médecine du travail, Croix-Rouge, centres de transfusion sanguine,... .
10. Autres secteurs de santé	Notamment, enseignement, administration, secteur pharmaceutique,...
11. Autres secteurs de l'économie	Par exemple, journalisme, politique,...

Source : 'Plus est en vous herbekeken, deel 3' et rapports sur l'offre et la demande

Tableau 3- **Calcul des flux entrants et sortants pour infirmiers gradués ETP dans les hôpitaux généraux, Communauté flamande, 1995-2000**

	0-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	70+	Totaal
Infirmiers gradués ETP dans les hôpitaux généraux, Communauté flamande												
1995	985	2 228	2 376	2 415	1 809	1 148	556	304	62	9		11 890
1995 cinq ans plus âgé		985	2 228	2 376	2 415	1 809	1 148	556	304	62	9	
Flux entrant et sortant	1 599	1 385	-207	-84	-25	-66	-158	-165	-238	-56	-9	
2000 estimation profil d'âge	1 599	2 370	2 021	2 292	2 390	1 743	990	391	66	6	0	13 866
		Influx net				Sorties			Influx brut			
1995-2000		1 976				1 008			2 984			

Note : ETP = équivalent temps plein

Source : 'Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socio-culturele sector. Deel 3: Prognoses tot 2005 en scenario's tot 2020 voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap.', HIVA, 2002



### **1.3.5. Fichiers sources et analyses de base : rôle du cadastre et d'autres banques de données**

Toute bonne prospective dépend de la qualité et du caractère exhaustif des données de base. De nombreuses sources d'information en Belgique ont déjà été utilisées pour diverses études de planification (médecins, personnel infirmier, kinésithérapeutes). En ce qui concerne l'offre de médecins, leur concordance est meilleure en Belgique que dans de nombreux autres pays.

Le SPF Santé publique mit sur pied en 2002 une base de données fédérale des professionnels de santé : le « cadastre » ; celui-ci contient des informations relatives aux médecins, dentistes et kinésithérapeutes. Les praticiens infirmiers aussi seront intégrés à terme dans cette base.

Le cadastre des professions de santé est une occasion privilégiée d'améliorer le décompte des personnels de santé. À l'étranger, des pays tels que le Canada, l'Australie, les Pays-Bas et l'Allemagne créent un registre similaire. Cet outil pourrait permettre de combler les lacunes rencontrées dans le passé (absence d'exhaustivité, estimations nécessaires, ...).

Le cadastre des professions de santé repose notamment sur les données des commissions d'agrément : les professionnels précités qui souhaitent exercer leur art doivent en effet introduire auprès du SPF Santé publique une demande d'agrément. Les informations transmises au cadastre par les commissions d'agrément sont les suivantes : nom, sexe, nationalité, lieu et date de naissance, adresse de domicile, n° INAMI, diplôme, date de diplôme, université où la personne a effectué ses études, plan de stage, qualification en tant que généraliste ou spécialiste (avec spécialisation) et langue choisie pour la correspondance.

Suite à la création de cette base de données fédérale, l' "ancien" registre basé sur les données des commissions d'agrément, fut couplé avec le Registre national, de sorte que l'ancien fichier fut d'emblée mis à jour en ce qui concerne les décès et partiellement en ce qui concerne les personnes émigrées.

Il existe par ailleurs des bases de données où sont enregistrées et tenues à jour des informations afférentes au volume de travail, au lieu de travail et/ou à l'employeur : Institut national d'Assurances sociales pour Travailleurs indépendants (INASTI), Office national de Sécurité sociale (ONSS), Office national des Pensions (ONP), Office national d'Allocations familiales pour Travailleurs salariés (ONAFST), INAMI,... La possibilité existe de coupler ces bases de données au cadastre par le biais de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale, via le numéro de Registre national ; ceci permettrait d'étendre de manière considérable le champ des informations disponibles, sans pour autant surcharger les professionnels ou les établissements de soins.

Le cadastre constituera un point de référence important, principalement lorsque la connexion avec d'autres fichiers sera devenue une réalité. Pour un couplage optimal au niveau de la planification, une préparation minutieuse s'impose : quelles sont les informations utiles, comment enregistrer et combiner les diverses informations, comment garder trace des différents flux (passages entre les divers stocks à un moment donné : ex. fig. 3) ? L'expérience des équipes de recherche et de la Cellule de planification offre une palette d'analyses informatives et de présentations réalisables et souhaitables.

Pour analyser l'offre, nombre d'autres sources sont disponibles, au delà de l'information utilisée aujourd'hui par la Cellule de planification. Nous songeons plus particulièrement au recensement de la population, aux statistiques améliorées dans l'enseignement (actualisées, plus détaillées), aux sources génériques et spécifiques du marché du travail, telles que le décompte de la main-d'œuvre et le « datawarehouse » de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale, ainsi que des enquêtes spécifiques, notamment sur les budgets-temps. En ce qui concerne la demande de soins et ses implications pour les professionnels, on dispose d'instruments tels que RCM, RIM, Finhosta, INAMI, enquêtes de santé et d'utilisation des services de santé, sans oublier à présent les échantillons en matière de consommation médicale (AIM, ...).

## 2. ETAT DES CONNAISSANCES

### 2.1. Offre, besoins, pléthore et pénurie : concepts et indicateurs

Pour étudier l' « offre » et les « besoins », il convient de délimiter les professions visées et le périmètre du secteur concerné : le secteur des soins, le secteur élargi de la « santé » ou encore le secteur plus global de « la santé et de l'aide sociale ».

#### 2.1.1. Mesurer l'offre

Il s'agit des ressources humaines, lesquelles peuvent être formelles ou informelles. On s'intéresse ici aux personnels de santé de type formel.

Pour mesurer, parmi l'ensemble des diplômés des professions de santé, l'offre qui est réellement disponible, il convient de distinguer :

- les *diplômés en activité* (donnant lieu à des « taux d'activité ») et, parmi eux, ceux restant dans le secteur de la santé (mesuré par des « taux de rétention ») ;
- l'ampleur des *équivalents temps-plein* dans l'une et/ou l'autre de ces catégories, compte tenu du volume relatif de travail (par âge et genre), mesuré en heures ou en services fournis et
- la part d'activité dans les *différentes fonctions* (curatives et non-curatives).

Les futurs diplômés aussi se répartiront entre ces diverses catégories. Plus particulièrement, tous les diplômés ne travailleront pas dans les fonctions curatives, même s'ils sont « agréés » (erkend) (par exemple par un titre particulier attribué par une autorité) ou « habilités » (gerechtigd) à exercer dans le cadre de systèmes d'assurance : certains abandonneront, partiront à l'étranger, exerceront d'autres fonctions ou décèderont. Il serait bon d'en tenir compte dans les exercices de prospective.

Les résultats exprimés en nombres de personnes peuvent différer fortement de ceux établis en équivalents temps-plein là où le temps-partiel règne en abondance et là où les effectifs sont vieillissant.

Les décomptes sont relativement aisés quand une instance centrale comptabilise l'ensemble des diplômés (bien qu'il existe souvent des écarts entre les fichiers) ; la comptabilisation est plus difficile lorsqu'elle doit estimer les nombres à partir des postes existants ; en effet, à la difficulté matérielle relatif à l'exhaustivité des données, s'ajoute une difficulté conceptuelle : les individus recensés sont ceux qui ont été embauchés et leur nombre reflète donc surtout la « demande » de personnels ! Ils font donc partie de l'offre, mais ne la représente pas entièrement.

#### 2.1.2. Les besoins en personnels de santé

Les besoins peuvent être estimés pour une situation présente et/ou pour l'avenir.

a) **A un moment donné** du temps, les besoins en personnels de santé peuvent être évalués, d'une part pour les soins à fournir, d'autre part pour les autres fonctions nécessaires à un fonctionnement harmonieux du système de santé. La théorie classique se concentre surtout sur les besoins de soins, ceux-ci pouvant être estimés à partir de l'un ou l'autre des concepts suivants : la santé, les prestations à fournir, la demande des « consommateurs », ou la comparaison avec d'autres populations. Quel que soit le concept retenu, les appréciations varient au fil du temps, en fonction notamment de l'organisation des systèmes de santé et du développement des connaissances. Il n'y a donc pas de norme de référence stable et universelle pour définir les « besoins ».

b) **Pour l'avenir**, il faut tenir compte de trois types d'évolution : les évolutions démographiques, celles relatives aux besoins de soins, et celle des autres « besoins ».

- Les *évolutions démographiques* concernent le nombre d'habitants et le vieillissement de la population.

- Les *besoins de soins* sont à la hausse suite à nombre d'évolutions sociétales : amélioration des revenus et de l'éducation, progrès des connaissances, ... Ces tendances à la hausse peuvent être fortes, vu le peu d'incitants à la modération, tant pour les usagers (propension croissante à consommer dans une société prospère), que du côté des prestataires (leurs revenus en dépendent) et des organismes assureurs (qui veulent satisfaire leurs adhérents). Aussi, les décideurs sont souvent contraints de brider cette croissance, en vue notamment d'assurer la pérennité du système d'assurance.

- *D'autres besoins de personnel* viennent amplifier ceux dus aux seuls soins : ceux résultant des modifications sociétales dans trois domaines : les structures d'offre (féminisation, baisse de l'âge de la retraite, ...), l'activité professionnelle (diminution de la durée de travail, abandons en cours de carrière) et les modes de pratique (accroissement de la gestion, de la coordination, de la formation continue, ...).

Déterminer un niveau de ressources humaines comme objectif à atteindre constitue donc un exercice délicat, d'autant plus que, même s'ils sont avérés, certains besoins risquent de ne pas être solvables. Plutôt que d'accepter les projections basées sur les tendances à la hausse, les décideurs peuvent préférer se référer à une densité normative, à partir d'exemples étrangers (comparaison qui n'est pas sans danger !) ou sur une appréciation de la situation du moment. Là où sévit une pléthore, une option possible consiste à tenter de stabiliser l'offre, permettant ainsi de brider la croissance, sans pour autant provoquer des à-coups trop brusques dans le système de santé. Néanmoins, il importe de bien anticiper les évolutions probables pour éviter de trop fortes tensions.

c) Quand on veut traduire l'objectif-cible en **nombre souhaitable de nouveaux diplômés**, il faudra tenir compte des « besoins de remplacement », c'est-à-dire des « sorties » prévisibles de la profession (décès, retraites et sorties précoces), fortement déterminées par la pyramide d'âges des professions étudiées. Pour un objectif-cible donné, le nombre souhaitable de nouveaux diplômés sera plus ou moins élevé selon l'ampleur attendue des sorties ; comme nous ferons bientôt face à une « bosse » démographique dans plusieurs professions, les quotas souhaitables de futurs diplômés s'en trouveront temporairement accrus.

### 2.1.3. Pléthore

Une discordance entre offre et besoins peut entraîner pléthore ou pénurie. Les indicateurs proposés dans la littérature sont multiples mais souvent ambigus. Si, pour le confort du patient, l'offre peut croître quasi indéfiniment, il importe néanmoins de maîtriser le rythme de sa croissance pour au moins trois raisons : éviter la déqualification de personnels sous-occupés, éviter les abandons en cours de carrière (frustrant pour les intéressés et inefficace pour l'investissement consenti par la société) et maîtriser la croissance des dépenses de soins, notamment en vue d'assurer l'équilibre des finances publiques.

Malheureusement, il est difficile d'objectiver la pléthore, aucun consensus n'existant pour la mesurer et nombre d'arguments avancés prêtant à la critique. La plupart des indicateurs de pléthore utilisés dans la littérature internationale sont d'ordre socio-économique :

- ◆ Faible efficacité du système (on peut obtenir des résultats de santé équivalents avec moins de personnel).
- ◆ Rythme de croissance inadapté (trop rapide par rapport aux possibilités d'absorption du marché).
- ◆ Revenus insuffisants ou se détériorant (critère ambigu, faute de pouvoir indiquer le revenu adéquat dans un contexte donné).
- ◆ Retour insuffisant sur l'investissement.
- ◆ Nécessaire maîtrise des dépenses de santé, la raréfaction de l'offre devant peser sur les possibilités de demande. Ce critère est souvent utilisé, malgré ses lacunes : l'effet attendu pourrait être contrecarré de trois façons :
  - Dans un premier temps, la croissance de la demande pourrait être absorbée par une augmentation de l'activité des praticiens (notamment par résorption de la pléthore).

- Dans un deuxième temps, des *accroissements de productivité* sont possibles : diminution de la durée des actes, création de doubles circuits (cabinets, cabines de déshabillage), recrutement de praticiens étrangers ou sans agrément.
- Enfin, à mesure que s'installera une distorsion entre une demande croissante et une offre raréfiée, la *pression sur les prix* se fera sentir encore davantage : salaires en hausse et négociations plus dures sur les tarifs ; ce scénario est d'autant plus probable que les pays voisins (qui connaîtront aussi une bosse démographique pour diverses professions de santé) feront davantage entendre leurs sirènes pour débaucher les praticiens étrangers, particulièrement les Belges vu la communauté de langue.

Seuls deux arguments concernent la santé publique : risque pour la qualité des soins (vu le risque de déqualification en cas de patientèle réduite) et prévention quaternaire (risques iatrogènes en cas de soins inutiles induits par la surabondance de l'offre).

Parmi ces indicateurs, retenons comme intéressants, malgré leurs défauts :

- Une *densité* plus basse dans un pays ou une région « semblable » sur divers plans (socio-économique, histoire de la médicalisation, niveau de santé, organisation du système de santé) ; le choix de la base de comparaison est délicat, mais crucial. Une telle référence est utile malgré ses ambiguïtés ; elle permet de tendre vers des convergences raisonnées, à condition de tenir compte de l'organisation des soins de santé, de la hiérarchisation des soins, des spécificités régionales (morbidité, besoins de la population, temps de travail des praticiens, ...) et d'un laps de temps raisonnable pour une adaptation harmonieuse.
- Le rythme de l'évolution prévisible de l'offre : si ce rythme est excessif, il sera difficile pour le marché d'absorber sans heurt le surcroît de diplômés ; il s'agit là d'un clignotant d'alerte important qui peut permettre d'anticiper les évolutions dangereuses. Pour le mesurer, il faut tenir compte des besoins de remplacement.

#### **2.1.4. Pénurie**

Pour apprécier une éventuelle pénurie, les indicateurs suivants ont été proposés :

- *Accès insuffisant* aux soins : faible disponibilité, temps d'attente ou délais excessifs, pénuries régionales.
- *Accès se détériorant* : diminution d'effectifs, offre croissant moins vite que la demande, émigrations, fermetures de cabinets et absence de repeneur.
- *Difficultés d'organiser les soins* : recrutement laborieux, tension sur les salaires et les prix, fermeture de services, cadre incomplet.
- *Signaux sociologiques* : plaintes de patients ou de professionnels ; soins prodigués par des médecins étrangers ou des non-médecins, surcharge de travail, diminution des raisons mineures de contact.

Nombre de ces indicateurs sont contestables ; certains témoignant d'ailleurs d'une efficacité accrue dans le système. Aussi, en Australie, des codes d'interprétation ont été construits peu à peu en vue de définir les niveaux d'alarme pour toute une série d'indicateurs.

A notre avis, les meilleurs indicateurs sont :

- une forte *diminution d'effectifs* (actuelle ou prévisible), vu ses effets pervers : accessibilité réduite, fermeture de services avec pertes d'emploi, frustration de la population pouvant entraîner des troubles sociaux...,
- la présence d'une proportion relativement forte de *praticiens étrangers*, souvent au détriment des pays d'origine,
- *l'augmentation des heures de travail*, déjà élevées en médecine,
- *les difficultés de recrutement* et une *tension sur les salaires et les tarifs*,
- *les départs croissants vers l'étranger*, du moins quand l'accessibilité aux soins s'en voit pénalisée, par exemple par des files d'attente.

### 2.1.5. Anticiper pour planifier

Quand la pénurie ou la pléthore est déjà perceptible, il est bien souvent trop tard pour y remédier rapidement : il faut longtemps pour la résorber, vu l'inertie des structures démographiques et la longueur des études. Pour les prévenir, il est donc essentiel de pouvoir les anticiper ; à cette fin, il faut monitorer les flux à venir (notamment les sorties prévisibles) ; on obtient ainsi un bon clignotant pour le risque de pléthore ou de pénurie à venir. Ceci permet en principe d'y remédier en temps utile pour assurer ainsi soit une stabilisation de la force de travail à terme, soit une progression demeurant suffisamment lente, compatible avec l'objectif-cible et pouvant être absorbée sans heurt.

## 2.2. Perspectives d'avenir relatives aux médecins

### 2.2.1. Les études dans le monde

#### ◆ « Push and pull »

L'histoire de la planification/régulation a évolué en dents de scie. Au milieu de 20<sup>ème</sup> siècle, une expansion du secteur de la santé a été organisée dans de nombreux pays, vu le consensus prévalant à l'époque quant à une pénurie de professionnels de santé. Cette expansion ayant été trop rapide, une autre conviction s'est installée, affirmant la présence d'une pléthore s'est progressivement implantée. Les politiques d'assurance santé, initialement généreuses, ont été contraintes à se soucier davantage d'efficacité et de maîtrise des dépenses ; une régulation des ressources humaines en santé s'en est suivie. Le début du 21<sup>ème</sup> siècle a vu un retour du balancier, avec de nouvelles perceptions et perspectives de pénurie. Des diminutions d'effectifs médicaux étant annoncées, plusieurs pays ont récemment relevé leur *numerus clausus*.

Cette sinusoïde résulte notamment du fait que les politiques sont plus réactionnelles (réagissant à la perception d'une situation du moment) que prospectives (attentives au futur probable). Pour mieux planifier, il faut anticiper. Voyons les travaux récents en la matière.

#### ◆ Les besoins liés à la demande

En Europe, et notamment en Belgique, les « besoins » de soins iront encore croissants :

- a) Les *populations croissent* encore, mais désormais faiblement (elles diminueront même dans certains pays).
- b) Par ailleurs, *elles vieillissent*, entraînant une croissance mécanique des besoins, même à niveaux de soins par âge inchangés ; en effet, le nombre de personnes âgées augmente et, sous la pression d'une morbidité accrue avec l'âge, elles recourent beaucoup plus fréquemment aux soins, notamment pour le contrôle des maladies chroniques, les soins liés à la multimorbidité et la prise en charge de la dépendance au grand âge.
- c) En outre, le *recours aux soins et la technicité des soins croissent* avec le temps, notamment grâce aux progrès de la richesse.

Plusieurs études concordent pour prévoir une croissance des dépenses de santé en Europe, supérieure à celle du PIB (cf. Tableau 4). A cela s'ajoute la croissance en cours des tâches liées aux soins (= soins indirects : dossier médical, évaluation, qualité des soins, ...) et celle des tâches non-curatives dans le système de santé (cf. 2.3.3).

Tableau 4. Perspectives d'avenir des dépenses de santé

	Taux de croissance par an		
	Belgique 2009-2030 Scénario de base Y compris effet prix »	Europe 2000-2020 Hors croissance salariale	OCDE 1995-2020
Total	+ 2,9 % (a)	+ 3 %	+ 4,1 %
Effet mécanique du vieillissement	+ 0,7 %	+ 0,5 %	+ 0,8 %
Effet volume de population	+ 0,2 %		+ 0,3 %
Effet tendance lourde	+ 2,1 %		
Effet morbidité et possibilité de traiter		+ 0,5 %	
Effet attentes accrues des consommateurs		+ 0,75 %	
Effet progrès des connaissances/ technologie		+ 1,25 %	+ 3 %

(a) + 4.4 % par an de 2004 à 2008

Sources : - Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement, rapport annuel 2004,  
- Lister (in Barnard, 2003), - Mayhew (2000)

◆ Les besoins résultant de l'évolution de l'offre

Pour les soins médicaux, la réponse à ces besoins sera handicapée par la diminution de la force de travail des médecins, liée à *l'évolution des mœurs* (importance accrue conférée à la vie privée), et, dans plusieurs professions de santé, au *vieillessement des effectifs* (retraites et diminution de production) et à leur *féminisation* croissante (les femmes travaillant environ 20% de moins que leurs collègues, au plan professionnel s'entend).

Le nombre de nouveaux diplômés nécessaires dépend aussi du nombre de leurs collègues qui quittent la profession ; *l'Europe va connaître à cet égard une « bosse démographique »* sans précédent : les « besoins de remplacement » (décès, retraites et sorties précoces) vont doubler en quelques lustres, accroissant transitoirement ce type de besoins. En Belgique, le pic est attendu entre 2015 et 2025. Vu cette bosse démographique à l'horizon, relever le *numerus clausus* en Belgique ne conduirait pas à une croissance des effectifs (Deliège 2000, 2003).

En France, trois exercices récents concluent à une diminution prévisible des effectifs ; l'ordre de grandeur le situe à quelque 4% entre 1998 et 2013, et davantage après cette date. Les modèles permettent d'affiner les perspectives, par région et/ou par qualification, voire par spécialité (Vilain 2000, Collectif 2001).

Au Québec, une diminution des effectifs médicaux s'est déjà produite (- 2% entre 1993 et 1997). Les projections démographiques des effectifs tiennent compte des niveaux d'activité relatifs par âge et genre, ainsi que des perspectives de besoins, calculées sur base de la croissance de la population et de l'effet mécanique de son vieillissement. La Commission de planification du Québec en conclut qu'un surcroît de médecins s'avèrera nécessaire et que, même en accroissant les admissions de nouveaux étudiants, il subsistera un écart entre offre et demande en services médicaux à moyen et à long terme (Contandriopoulos, 1993).

◆ Conclusions à tirer au plan politique

Au vu de ces expériences, il semble primordial de ne pas fixer actuellement un *numerus clausus* trop sévère, sous peine d'engendrer des pénuries et de revoir à nouveau le *numerus clausus* à la hausse à contretemps (càd. en réaction à une pénurie ressentie, à un moment où les retraites auront à nouveau diminué).

Certes la croissance de la demande semble inéluctable, poussant plutôt à prôner une croissance des effectifs, mais des questions d'ordre politique subsistent :

- *Faut-il la financer et comment ?* Dans la mesure où, contrairement au passé, les dépenses publiques de soins se stabilisent ou même décroissent dans certains pays de l'OCDE, pouvons-nous exiger des charges supplémentaires de la part de nos entreprises ? Ou faut-il chercher d'autres voies de financement ?
- Si l'on accepte l'idée d'une croissance tolérée, *quel est son rythme souhaitable ?*

- Quelle sera la *place des services publics* face aux pressions de l'accord général sur la libéralisation des services ?
- Faut-il chercher *d'autres voies pour freiner les dépenses publiques* ?
- Plus généralement, les dépenses de santé constituent-elles une charge ou s'agit-il aussi d'un investissement et d'une *contribution à la croissance du PIB* ?

En outre, la plupart des perspectives d'avenir raisonnent à système constant. Pour déceler les évolutions probables et/ou souhaitables, des scénarios du futur devraient être dressés : Développement de la société de l'information (quel impact sur le système de santé et quelle opportunité pour le faire évoluer ?) Prise en compte de la globalisation (faut-il prévoir, encourager, freiner les migrations de personnels de santé ?). Solidarité renouvelée avec les pays du tiers-monde (faut-il plutôt accroître l'aide au tiers-monde en vue d'y améliorer une situation sanitaire catastrophique et favoriser le développement sur place ?).

### 2.2.2. Les études en Belgique

En Belgique, au moins quatre rapports (Dercq et al, Delière, Buntinx et al, De Maeseneer et al) ont tenté d'évaluer l'offre et les besoins à venir. Leurs conclusions ne concordent pas toujours, notamment parce qu'ils utilisent des données différentes, posent des hypothèses différentes et adoptent des paramètres d'estimation différents. En voici quelques différences importantes.

Seule Delière prend en compte *l'ensemble des médecins*, y compris les généralistes non-recyclés (ceci permet d'estimer l'ensemble des diplômés nécessaires pour l'avenir et pas seulement ceux qui se consacrent aux seuls soins). Elle est aussi la seule à prendre en compte, pour la Communauté française, un *sur-quota* de 15% par rapport aux chiffres officiels (médecins qui en principe ne recevront pas de titre particulier). Enfin, elle estime les actifs qui resteront sur le marché parmi les survivants.

La croissance de la féminisation au sein des flux entrant est prise en compte par Dercq (74% en 2030) et par Delière (2 points de % par lustre jusqu'à 70% en 2025, valeur considérée comme plafond). Pour ce qui est des sorties, Delière tient compte de la mortalité plus basse des classes socio-économiquement favorisées (d'instruction supérieure) et de la baisse probable de la mortalité à travers le temps.

Il y a incertitude quant à *l'âge de la retraite* : 65 ou 75 ans pour Dercq et Delière, 66 ans pour De Maeseneer, 65 ou 70 ans pour Buntinx. *L'activité par âge et sexe* est prise en compte par Dercq et Delière, mais de façon différente : maintien ou non en activité pour Delière, diminution de la production des diplômés pour Dercq. De Maeseneer tient compte de l'augmentation du temps partiel. Dercq et De Maeseneer considèrent la *réduction historique* du temps de travail.

Aucun de ces modèles n'envisage des scénarios de *substitution* entre professions.

Dercq et Delière ont en outre tenté d'estimer la *pléthore* en Communauté française. Le choix de la densité de référence est particulièrement délicat. La densité française peut constituer une première approximation par rapport à la Communauté française de Belgique (proximité des historiques du système de santé, présence de régions peu urbanisées, ...); la densité de la Flandre pourra constituer une référence valable à l'avenir, à condition que diminuent les écarts de morbidité entre ces régions. La densité des Pays-Bas est une référence particulièrement contestable, en raison des spécificités du système de santé (« gatekeeping », durée de consultation très courte) et des ambiguïtés de l'enregistrement des effectifs médicaux dans ce pays (nombre de médecins sont comptabilisés en dehors des catégories de « généralistes et spécialistes »).

Pour l'évaluation des besoins, la *croissance de la population* est reprise dans tous les modèles. De Maeseneer néglige *l'impact du vieillissement*, mais il inclut nombre d'autres facteurs qu'ignorent ses collègues (cf. infra).

Seuls Buntinx et De Maeseneer évoquent l'impact de *l'évolution épidémiologique*. Tous les auteurs envisagent, ne fut-ce que temporairement, des scénarios de *croissance de recours* aux praticiens.

Pour ce qui concerne les *autres besoins*, Dercq tient compte de l'impact des *technologies*, Deliège du *secteur non-curatif*. Quant à De Maeseneer, il complexifie progressivement son modèle, en introduisant peu à peu des hypothèses relatives à des évolutions du système : *modifications* des pratiques (duo/groupe), nouvelles normes politiques, augmentation des activités non liées aux patients, augmentation de la durée des consultations et diminution de la part des visites à domicile.

Quant aux *conclusions*, Deliège (pour l'ensemble des médecins) et De Maeseneer (pour les généralistes) concluent à des menaces de discordance entre la croissance de l'offre et celle des besoins. Néanmoins, Deliège prône seulement une stabilisation des effectifs, notamment en raison de la haute densité médicale en Communauté française. A l'inverse, Dercq et Buntinx recommandent des contingentements assez serrés, mais ces auteurs ne considèrent pas l'ensemble des médecins.

### **2.2.3. Le modèle actuel au SPF Santé publique**

Une attention particulière a été consacrée au modèle actuellement en usage au SPF « Santé publique ». Ce modèle prend en compte les médecins dits « agréés », c'est-à-dire ceux dont les prestations peuvent être prises en charge par l'INAMI. Il pondère ces effectifs en fonction de l'activité relative, par âge et sexe, au sein de chaque Communauté ; pour les spécialistes, il est fait usage comme par le passé, de la « courbe de Saugman » ; pour les généralistes, par contre, on a pu se baser sur les données de l'INAMI, avec comme référence, l'activité moyenne des hommes dans le groupe d'âge dont l'activité est maximale dans chaque Communauté ; l'activité par genre et par groupes d'âges au-delà de 50 ans est ensuite pondérée par un coefficient en fonction de l'ampleur moyenne de leur activité INAMI. Ce niveau relatif d'activité est considéré comme stable à travers le temps. Les influx tiennent compte des propositions de la Commission de Planification, notamment les médecins qui pourraient être « immunisés », c.à.d. être agréés au delà des quotas décidés antérieurement, moyennant rattrapage ultérieur (si la loi est aménagée à cette fin), mais non des médecins qui pourraient être diplômés au delà du *numerus clausus* officiel (« surquota »). Les sorties sont évaluées par le biais de la mortalité générale, les retraites définitives étant fixées à 75 ans. La féminisation de l'influx est considérée comme plus rapide chez les spécialistes (+ 2 points de % tous les 5 ans) que chez les généralistes (taux constant). Il est tenu compte d'une légère immigration annuelle (70 par an). En outre, il est tenu compte, comme par le passé, de la tendance historique à la baisse de la durée de travail. Le nombre de nouveaux médecins jugés nécessaires vise, à assurer une certaine stabilité du corps médical (sans toutefois y parvenir) et une certaine stabilité dans les effectifs diplômés chaque année.

Pour l'avenir, nous suggérons d'améliorer ce modèle comme suit :

- a) *Méthode générale* :  
Nous proposons que des modèles présentent en parallèle les résultats pour divers scénarios d'entrées (par exemple, 700, 850 et 1 000 au niveau fédéral à partir de 2012).
- b) *Les médecins non-curatifs* :  
Nous suggérons que les perspectives prennent en compte l'existence d'un troisième groupe de médecins (outre les généralistes et les spécialistes) : les médecins non-curatifs (généralistes 001-002, médecins du travail, gestion de données, ...) et évaluent le nombre probable d'entrées et de sorties dans ce groupe spécifique.
- c) *Les entrées* :  
Nous proposons de réévaluer les influx en ce qui concerne leur taux de féminisation (sur base de séries récentes) et les mouvements migratoires.
- d) *Les sorties* :  
Nous proposons que soient utilisées les tables *de mortalité adaptées aux classes d'instruction* supérieure et éventuellement que l'on tienne compte de la croissance de l'espérance de vie avec le temps. Nous proposons que deux scénarios soient établis, selon l'âge *de la retraite* à 65 et à 75 ans, et que des études particulières puissent examiner dans quelle mesure l'âge de la retraite évolue à travers le temps.



Nous proposons de tenir compte *des sorties précoces* : les abandons en début et en cours de carrière (par le biais de taux de rétention).

Nous proposons de réévaluer les courbes *du volume relatif d'activité* selon l'âge et le genre.

Nous proposons d'examiner les statistiques de l'Union européenne en vue de tenir compte des *émigrations* annuelles.

Enfin, nous proposons que des études soient menées pour examiner le *suivi professionnel des futurs médecins agréés* : dans quelle mesure restent-ils actifs au sein de l'INAMI ou rejoignent-ils des fonctions non-curatives, souvent moins stressantes et mieux compatibles avec une vie personnelle ?

## 2.3. Données factuelles concernant les médecins

### 2.3.1. Les stocks

Une série de données factuelles sont susceptibles d'alimenter la réflexion et d'enrichir les paramètres permettant de calculer les perspectives d'avenir.

Les professions de santé sont nombreuses et ne connaissent pas nécessairement leurs apports respectifs. Au sein de l'INAMI, toutes les professions agréées sont en expansion, la plupart en expansion forte : doublant à quadruplant leurs effectifs en un quart de siècle, même celles qui ne dépendent nullement d'une prescription médicale, telles que les accoucheuses ou les dentistes.

Pour ce qui est des médecins, diverses sources fournissent des chiffres légèrement différents mais, comparées aux discordances observées à l'étranger, la concordance entre les sources belges est relativement bonne.

### 2.3.2. Les « pertes »

Neuf à 15% des médecins sont dits « inactifs » ; du moins ne travaillent-ils plus dans le système de santé belge (en réalité, ils peuvent travailler à l'étranger ou dans d'autres secteurs que les soins)..

- Selon le recensement, l'ampleur de ces pertes parmi les médecins est supérieure à celle observée chez les dentistes, mais moindre que chez les infirmières et les pharmaciens ; les pertes sont particulièrement élevées à Bruxelles. Elles sont supérieures parmi les généralistes que parmi leurs confrères spécialistes.
- Ces pertes semblent croître légèrement au cours des années récentes.
- La variation des pertes est particulièrement forte par âge et genre : toujours plus fortes chez les femmes et croissant en fin de carrière, dès 60 ans, donc avant l'âge « normal » de la retraite, surtout parmi les femmes.
- Les différences entre Communautés sont faibles : les pertes sont plus élevées en Communauté française avant 66 ans, mais plus élevées en Flandre au-delà de cet âge.

### 2.3.3. Tous les actifs ne prodiguent pas des soins

Même s'ils en ont le droit, tous les diplômés en médecine ne prodiguent pas des soins ; d'autres fonctions réclament leur qualification : enseignement, recherche, médecine légale, prévention, y compris médecine du travail, qualité des soins, hygiène, santé publique, gestion, gestion des données médicales, industrie pharmaceutique, évaluation du dommage corporel, contrôle des mutuelles, administration, ..... En 1999, les « autres fonctions » occupaient environ 17% de l'activité médicale (en équivalents personnes), bien plus parmi les omnipraticiens (y compris non agréés) : 24% en moyenne versus 13% chez les spécialistes. Une génération plus tôt, cette part n'était que de 12%. Cette part est analogue à celle observée à la même époque en ce qui concerne la place des généralistes non-agrégés. Cette part de non agréés a chuté depuis, pour atteindre 18,4% en 2003, davantage parmi les femmes (plus d'un quart) que parmi les hommes (15%).

La féminisation des effectifs a été très rapide : en une génération, on est passé de quelque 7% de femmes à environ 50% parmi les candidats-spécialistes.

Si le temps de travail professionnel des femmes est inférieur d'environ 20%, la différence est encore plus forte en termes d'actes INAMI et cet écart croît avec l'âge, sans différence notable selon le régime linguistique ; pour les généralistes, l'écart est de moins 30% aux âges jeunes, à moins 60% environ au-delà de 50 ans. Pour les généralistes hommes, cette production est maximale entre 35 et 60 ans puis décline, jusqu'à moins 80% au-delà de 72 ans.

Le temps de travail moyen des médecins est très élevé (en moyenne 60 heures par semaine, hors gardes de week-end en 1996). Curieusement, ce temps n'a pratiquement pas changé depuis 25 ans, malgré l'explosion de la démographie médicale. Curieusement aussi, les différences entre Communautés sont minimes, malgré l'écart de densité médicale. Les femmes et les médecins âgés travaillent moins que leurs confrères. Par rapport à leurs collègues plus jeunes, les aînés de nos jours font montre d'une moindre propension au travail qu'il y a une génération.

#### **2.3.4. Pléthore ou Pénurie**

La mesure de la pléthore ou de la pénurie est un exercice difficile. L'écart des densités médicales entre le Nord et le Sud du pays montre une forte surmédicalisation au Sud, largement liée à l'histoire : la croissance est parallèle dans les deux parties du pays, mais part d'un niveau différent. D'autres indicateurs de pléthore ne montrent aucune différence significative entre les deux Communautés, par exemple le sentiment d'être sous-occupé, le fait de gagner peu ou de travailler moins de 1840 heures par an.

Les généralistes sont systématiquement plus touchés que leurs confrères spécialistes. La concurrence des spécialistes sur le terrain d'action des généralistes peut y contribuer ; la diminution récente des taux de recours au généraliste au profit des spécialistes en constitue sans doute un signe.

Néanmoins, on rencontre aussi des indicateurs d'un danger « pénurie » au Nord comme au Sud du pays. On peut citer à cet égard :

- la menace que représentent les émigrations (il faudrait monitorer leur évolution),
- le fait que le temps de travail moyen atteint encore 60 h. par semaine, dans un contexte où le temps de travail moyen de la population est nettement plus faible et à la baisse.

## **2.4. Etat des lieux et perspectives pour la kinésithérapie et l'art infirmier**

La Commission de Planification de l'Offre médicale du SPF Santé publique a pour mission de définir les besoins de professionnels pour diverses professions de santé et de veiller à ce que l'offre de main-d'oeuvre s'aligne sur ces besoins. Cette mission portait dans un premier temps sur les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes, et s'est ultérieurement étendue aux praticiens infirmiers, sages-femmes et logopèdes.

À l'avenir, la cellule de planification se basera d'abord sur les données des professionnels enregistrés au « cadastre » (base de données fédérale des professionnels de santé). Sont enregistrés aujourd'hui au cadastre, les médecins, dentistes et kinésithérapeutes. L'enregistrement du personnel infirmier est attendu pour le courant de l'année 2005. Le SPF Santé publique a déjà créé un premier modèle de planification pour les médecins et les kinésithérapeutes. Le modèle des médecins part des données du cadastre pour dénombrer l'offre de travail. Pour la kinésithérapie, le modèle se limite aux kinésithérapeutes actifs dans le cadre de la nomenclature M de l'INAMI. Si, à l'origine, le contingentement semblait faire l'objet d'une interprétation plus large, en fin de compte, son impact ne portera que sur le groupe qui exercera en nomenclature M (kinésithérapeutes qui veulent attester les prestations INAMI à leur nom). L'analyse du marché du travail et les études prospectives doivent toutefois inclure l'ensemble des kinésithérapeutes diplômés. Au minimum, les autres segments INAMI et les secteurs financés par le domaine public doivent être intégrés. En effet, les kinésithérapeutes

peuvent non seulement attester sous leur propre nom (nomenclature M), mais aussi dans le cadre de programmes de rééducation fonctionnelle financés par l'INAMI ou sous la compétence du du médecin physiothérapeute via la nomenclature K, ou encore, ils peuvent travailler au forfait en MRS ou dans le secteur des handicapés. Le groupe professionnel est également actif dans nombre de secteurs, parfois en pleine croissance. Dans ce cas-là, le planning normatif et le système d'enseignement gardent la possibilité de déterminer par la suite sur quels segments ils fondent leurs normes et objectifs. Ces sous-secteurs doivent nécessairement être analysés conjointement et non séparément, en ce sens que les kinésithérapeutes peuvent être employés dans différents sous-secteurs, et que l'évolution dans certains de ces secteurs peut influencer d'autres sous-secteurs. Ainsi, le vieillissement et l'intensité du vieillissement (càd l'augmentation du nombre de personnes fort âgées parmi les plus de 65 ans) de notre société provoquera à l'avenir une hausse importante de la population des MRS, et par là même un accroissement des besoins en effectifs du secteur. Comme une MRS doit obligatoirement compter un kinésithérapeute ETP pour 30 lits, nous pouvons nous attendre à ce que le nombre de kinésithérapeutes actifs sous forfait MRS au sein de l'INAMI augmente de manière significative. La reconversion des MR en lits MRS influence en sens contraire la demande de kinésithérapeutes en nomenclature propre et celle sous forfait MRS. Les premières études de la cellule de planification (Dercq, Somer e.a., 1998 et Van Ouytsel, Somer, 2002) utilisent un profil détaillé des prestataires de soins, selon le sexe, l'âge et le volume d'activité. Une analyse de la demande fait cependant défaut ici aussi.

La planification des praticiens infirmiers et des sages-femmes n'a pas encore été mise au point par la cellule de planification. Les équipes HIVA et SESA apportent en revanche un vaste savoir-faire de planification systématique de ces professionnels pour les entités fédérées (Wallonie, Flandre et Bruxelles) et de synthèses au niveau belge. Des analyses ont déjà été réalisées concernant les périodes 1995-2010 et 2000-2020. Pour cette seconde période, on a également vérifié dans quelle mesure les prospectives de la période 1995-2000 correspondaient à l'évolution réelle, dans le but d'affiner les hypothèses, l'année de départ et le mode de calcul (Pacolet, 2002 ; Leroy, 2003). On a ainsi modifié la méthodologie à mesure que s'améliorait l'information en notre possession. Les premiers scénarios furent élaborés en maintenant à niveau constant le profil d'activité d'une année de référence par rapport au groupe total des infirmiers/ères. Pour la seconde série d'analyses, on utilisa des méthodes de projection plus dynamiques : en Flandre, les variations observées au niveau des volumes d'activité entre 1995 et 2000 furent projetées dans le futur, par tranche d'âges ; pour la Communauté française, on a utilisé des taux d'activité par âge (sur le marché du travail, puis dans la profession) ; on a ensuite supposé que ces taux augmenteraient à travers le temps. Une autre différence de la planification infirmière par rapport aux études réalisées par la cellule de planification se marque par le fait que tant l'offre que la demande sur le marché du travail pour le groupe en question y ont été analysées. Cela implique une analyse détaillée du système de formation et de la demande de soins. La notion de planification regroupe donc à la fois une étude du marché du travail, l'organisation de l'enseignement et celle des soins.

L'étude « Plus est en vous herbekeken. De kinesitherapie in Vlaanderen 1995-2020 » (2003) a évalué le nombre actuel de kinésithérapeutes actifs dans les différents secteurs. Elle s'est basée pour ce faire sur les données INAMI (kinésithérapeutes en nomenclature M et K) et sur les données des secteurs (MRS, établissements pour handicapés et hôpitaux). Le recours combiné à diverses sources et enquêtes ad hoc nous donne néanmoins une vision non exhaustive de la situation. A l'avenir, le cadastre pourra en partie y remédier en cas de collecte maximale d'informations/indicateurs sur le volume de travail. L'étude s'est particulièrement attachée à exprimer le nombre de kinésithérapeutes en unités de volume de travail. A cette fin, il importe de définir ce que l'on entend par ETP et ensuite de préciser le nombre de prestations correspondant à 1 ETP. Nous retrouverons cette même problématique pour les médecins, les dentistes et les praticiens infirmiers indépendants. En outre, il faut choisir entre la prise en compte ou non dans le temps de travail, du temps consacré aux activités indirectement liées au patient, à la pratique et à la profession.

Pour la planification du personnel infirmier, le cadastre sera utilisé à l'avenir. Le recensement de la population de 2001 fournira des informations récentes sur le nombre d'infirmiers/ères et leur lieu d'emploi. À court terme, il conviendra toutefois de se fonder sur des sources ad hoc, comme celles auxquelles les études HIVA/SESA firent largement appel. Il y a d'un côté l'enregistrement des visas et l'immatriculation INAMI, et de l'autre les sources informatives spécifiques au secteur. À l'instar des médecins, dentistes et kinésithérapeutes, les praticiens infirmiers doivent faire viser leur diplôme auprès d'une des Commissions médicales provinciales. Le Ministère des Affaires sociales, de la Santé

publique et de l'Environnement a centralisé ces données, mais à la suite d'une fusion, le service chargé de collecter ces renseignements a été démantelé, de sorte que les données ne sont plus mises à jour. Les praticiens infirmiers repris dans les statistiques INAMI, sont ceux ou celles qui ont demandé un numéro INAMI (nécessaire pour accomplir des prestations soumises à remboursement). Par conséquent, ces statistiques ne comprennent pas tous les praticiens infirmiers actifs. Les études de « Manpower planning » (Pacolet, 2002 ; Leroy, 2003) reposaient en grande partie sur les informations spécifiques au secteur. En additionnant le nombre d'infirmiers/ères dans les différents secteurs de soins (hôpital, MR et MRS, soins à domicile, handicapés, ...), on peut estimer le nombre de praticiens infirmiers actifs dans le secteur des soins. Outre les sources spécifiques au secteur, nous disposons aussi des statistiques du travail de l'Office national de Sécurité sociale.

### 3. SUGGESTIONS POUR L'AVENIR

#### 3.1. Comblant les lacunes d'information

Une politique de ressources humaines doit anticiper au mieux les évolutions à venir, dans la double perspective de prévenir les déséquilibres (pléthore ou pénurie) et de maintenir pérenne notre système d'assurance soins de santé, garante de la solidarité avec les malades.

Mais nos connaissances des mécanismes du système sont encore lacunaires et une série d'informations supplémentaires seraient utiles pour améliorer les exercices de prospective. Dans d'autres cas, les connaissances existent, mais elles doivent être régulièrement mises à jour au vu des évolutions récentes. En voici une liste lapidaire.

##### 3.1.1. En matière de ressources humaines

- a) L'analyse du système de formation des professionnels de la santé : taux d'attraction, nombre d'étudiants (selon la nationalité), taux de réussite, diplômés selon la nationalité, l'âge et le genre, ...
- b) L'enregistrement des professionnels et de leurs activités selon les standards internationaux et notamment : les taux de rétention dans le système de santé et dans le système d'assurance (par âge et genre), le volume de travail fourni par âge et genre (en heures de travail) et le secteur d'activité.
- c) En outre, il serait utile de comptabiliser séparément les diverses activités curatives et non-curatives.
- d) Les taux de rétention par âge et genre et l'activité relative par âge des actifs devraient être suivis dans le temps, de même que la durée moyenne de travail et l'évolution des caractéristiques des pratiques (solo, groupes, ...).
- e) Pour les entrées, les agréments, les immigrations, et la distribution par âge et genre des jeunes diplômés s'insérant dans le système de santé.
- f) Le devenir des jeunes diplômés, notamment des « agréés », constitue une inconnue qui mérite d'être monitorée (restent-ils dans le système de santé, dans quel type de fonction ?)
- g) Pour les sorties, l'âge de la retraite définitive et des émigrations en cours de carrière méritent un suivi régulier quant à leur évolution.
- h) Face aux difficultés que connaîtront les hôpitaux en Communauté française, il sera intéressant d'examiner quelles seront leurs stratégies d'adaptation. Dans certains cas, les « besoins » en médecins pourront s'en trouver atténués, par exemple si certaines tâches sont confiées à du personnel moins qualifié (phénomène dit de « substitution »).

### 3.1.2. En matière de « besoins »

Pour estimer les « besoins » en ressources humaines (c-à-d les objectifs-cibles « idéaux » ou souhaitables compte-tenu des contraintes), il faut tenir compte de trois types d'évolution, qui toutes posent des questions :

- a) L'impact des évolutions relatives à **l'évolution des structures d'offre** : de combien de professionnels de santé supplémentaires aurons nous besoin pour fournir un volume de travail donné, vu la féminisation croissante, le vieillissement, l'évolution de l'âge de la retraite, et les modifications des mœurs à l'égard du travail, ...
- b) **L'évolution de la demande** dans divers secteurs :
  - Comment évolueront les besoins en personnel pour les *soins indirects* (tâches de gestion liées aux soins) et pour les activités non curatives ?
  - Comment évolueront les *taux de recours* de la population et quel sera l'impact du vieillissement ?
  - Quels seront les *progrès techniques* et leurs conséquences en termes de « besoins » ?
  - Quel sera le *système de santé de demain* : impact des télécoms, de la gestion en réseau, des filières de soins, de la société de l'information. Des scénarios du futur peuvent dessiner les contours des évolutions possibles, probables et souhaitables.
- c) **Comment financer la satisfaction des besoins ?** L'évolution de la richesse nationale va-t-elle perdurer au rythme escompté ? La part des dépenses publiques pourra-t-elle croître au sein du PIB au rythme de la croissance des besoins ? Des questions éthiques nouvelles pourraient se poser, notamment si les jeunes générations renâclent devant la charge croissante d'une population vieillissante ?

Il sera intéressant en outre d'examiner l'impact du *numerus clausus* sur l'évolution du système, notamment sur la **nature des soins** (par exemple le % de visites parmi les recours, la fréquence notoirement élevée de certains actes, tels les *pace-makers*, ...) et sur leur **qualité** (files d'attente, durée des contacts, satisfaction des patients, ...).

## 3.2. Faciliter l'accès à l'information

Les fichiers administratifs contiennent souvent des trésors d'information insuffisamment exploités. Un accès à cette information devrait être facilité, tant pour les Administrations publiques que pour les équipes de recherche.

Les données des enquêtes de santé sont déjà largement diffusées et exploitées grâce aux procédures mises en place par l'Institut de Santé publique Louis Pasteur rattaché au SPF « Santé publique ». C'est un précédent intéressant ; sur une base analogue, des données anonymisées devraient pouvoir être facilement mises à disposition, notamment pour les bases suivantes : le cadastre des professions de santé, les données de profils et de consommation de l'INAMI, les données d'emploi de l'ONSS, celles des retraites de l'Office national des Pensions et de l'INASTI, les données des Universités et des Hautes Ecoles, ainsi que celles des mutuelles, notamment l'échantillon à 10%, préalablement validé par deux équipes universitaires. En outre, l'échantillon au 1/40<sup>e</sup>, en préparation au sein de l'IMA, procurera des informations sur la consommation de soins, et pourrait dès lors jouer un grand rôle pour la planification au sein de la Cellule de Planification.

## BIBLIOGRAPHIE

Barnard K (ed), *The future of Health – Health of the future, fourth European consultation on future trends*, published on behalf of WHO-EURO by the Nuffield Trust, 2003 : 188

Bogaerts K, De Prins L, De Maeseneer J, *Women-Men Powerplanning in de Huisartsgeneeskunde in België, Scenario voor 2010 en 2020*, Univ. Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, 1999 : 87 + annexes.

Buntinx F, Heyrman J, Beullens J, Vankrunkelsven P, Van den Oever R, Delesie L, Vlietinck R, Dercq J.-P, Briot J-M, *De behoefte aan huisartsen in België*, K.U.Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Leuven, 1995 : 45.

Collectif, *Démographie médicale, Peut-on évaluer les besoins en médecins ?* 2001.

Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec*, 1998 : 47.

Conseil supérieur des finances, Comité d'étude sur le vieillissement - *Rapport annuel*, Bureau fédéral du plan, avril 2004 : 156

Contandriopoulos AP, Aubin J, Fournier MA, *Intégration des services non cliniques dans la projection des services médicaux requis et disponibles*, Projet de recherche effectué pour la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical, GRIS, Université de Montréal, 1993.

Deliège D, Planification de l'offre médicale en Communauté française et germanophone. Critères - Scénarios de besoins. *Revue belge de Sécurité sociale*, Bruxelles 2000; 1:103-191.

Deliège D, Leroy X, *Evolution de la médicalisation en Belgique pays et régions, 1975-....*, dépouillement du fichier des activités médicales, UCL, SESA, 2002, 4<sup>e</sup> édition : 39 (récurrent).

Deliège D, Lorant V, Offre et besoins en médecins : projections pour les Communautés française et germanophone de Belgique. *Revue belge de Sécurité sociale*, 45, 2003 (4<sup>e</sup> trim) :1117-1164.

Deliège D, Pacolet J, Artoisenet C, Cattaert G, '*Manpowerplanning voor gezondheidsberoepen – Ressources humaines en santé*' is beschikbaar, juni 2004, 256 p. op aanvraag bij de Planningscel FOD Volksgezondheid en kan ook gedownload worden van de websites van de onderzoeksequipes <http://www.sesa.ucl.ac.be> en <http://www.hiva.be> en van de Planningscel FOD Volksgezondheid.

Dercq JP, Briot JM, Somer A, *Essai d'évaluation de l'impact du vieillissement et de la féminisation du corps médical belge sur sa force de travail*, Bruxelles 1995 : 18.

Dercq JP, *Rapport annuel avril 2001* à la Commission de planification aux ministres compétents, 2001 : 3 + Tableaux.

Dercq J.P., Somer A. Smets D. Desantoine D. Huque T. Van Sande A. (1998), Manpower in physiotherapy in Belgium, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu; Bestuur Geneeskundepraktijk.

Leroy X, *Charge de travail des médecins en 1996*. Rapport de recherche au Ministère de la Santé Publique 1997, 29 + tableaux annexes.

Leroy X, Hubin M, Stordeur S, Draelants H, De Backer B, Salhi M *Manpower Planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020*, SESA – UCL, Bruxelles, 2003 : *Tomes 1 (263+57), 2 (215+44) et 3 (86)*.

Mayhew L, *Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World*, IIASA Working Paper RR-00-21, Austria, 2000 : 43.

Niel X, Vilain A, Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques, DREES, *Etudes et Résultats*, 114, mai 2001 : 6.

OCDE (2000), *Système de comptes de la santé*, OCDE, Paris.

OECD (2000), *A System of Health Accounts for international data collection*, OECD.

Pacolet J, Coudron V, Dewilde S, Strobbe S, *Plus est en vous herbekeken: Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 1. Het aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap*, 1995-2000, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 2002.

Pacolet J, Van De Putte I, Marchal A, Cattaert G, Degreef T, Verbrugghe K, Dewilde S, *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 2. De vraag naar zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap*, 1995-2000, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 2002.

Pacolet J, Van De Putte I, Cattaert G, Coudron V, Degreef T, Verbrugghe K, *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 3. Prognose tot 2005 en scenario's tot 2020 voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 2002.

Pacolet J, Van De Putte I, Cattaert G, Coudron V, *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 5. Synthèse voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap*, 1995-2020, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 2002.

Pacolet J, Leroy X, Cattaert G, Coudron V, Gobert M, *Plus est en vous herbekeken: Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 6. Synthèse voor de zorgsector 1995-2020 in België*, HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Brussel, 2004.

Pacolet J, Van De Putte I, Marchal A, Cattaert G, Coudron V, Degreef T, Verbrugghe K, Dewilde S, *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 7. Electronische bijlage,(CD-ROM)*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 2002.

Pacolet J, Cattaert G & Coudron V, *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. De kinesitherapie in Vlaanderen 1995-2020*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 2002.

Schneider M, Pacolet J & Van der Velden L, *HLA. Implementing the concept of health care manpower in member states on a prototype basis*, Basys/Hiva/Nivel, Augsburg/Leuven/Utrecht, 2004.

Van Ouytsel A. & Somer A. Etude statistique et planification de l'offre en kinésithérapie, Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement, 2002.

Van Ouytsel A. & Somer A., *Statistische studie en planning van het aanbod in de kinesitherapie*, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Directie Geneeskundepraktijk, 2002.

Vilain A, Niel X, Pennec S, Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020, Drees, *Etudes et résultats*, 57, mars 2000 : 1-7