

Améliorer la prospective des Ressources Humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires

17 OCTOBRE 2024

ISABELLE VINCENT


Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Le Hcaam

Une instance de **concertation** qui rassemble l'ensemble des parties prenantes du système de santé (syndicats professionnels, fédérations hospitalières, représentant de patients, élus, organismes complémentaires, partenaires sociaux, administration, personnalités qualifiées, etc) : **70 membres**

Réalise des travaux destinés à **éclairer les pouvoirs publics** sur les choix possibles concernant **l'organisation du système de santé** et son **financement**.

[HCAAM | Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires | France Stratégie \(strategie.gouv.fr\) \(mars 2024\)](#)

1. Les enjeux
2. Retours internationaux
 - a) Les enseignements portés par des organismes fédérateurs
 - ✓ OMS
 - ✓ Commission européenne
 - b) Focus sur certains pays
 - c) Focus sur les métiers du social
3. Principaux enseignements
4. La prospective RH comme outil de pilotage au sein d'une stratégie globale

Les enjeux

Lettre de mission d'Agnès Firmin Le Bodo du 02/03/2023

- ❑ Comment **déterminer le nombre de professionnels de santé à même d'offrir demain des soins de qualité et de répondre aux besoins de la population ?**
 - « Les difficultés actuelles que rencontrent nos concitoyens pour accéder aux soins témoignent de l'importance d'une réflexion prospective sur le nombre de professionnels de santé à même de répondre aux besoins de la population dans les années à venir ».
- ❑ **Rapport méthodologique HCAAM (fév 2024)** qui s'appuie sur les bonnes pratiques internationales et françaises (DREES, ONDPS)
- ❑ La **thématique de la ressource humaine** en santé **fait l'objet de travaux nombreux à l'international** : tous les systèmes de santé étant confrontés aux mêmes difficultés : pénurie de professionnels / vieillissement de la population / déséquilibre géographique / évolutions des besoins de santé de la population / baisse du temps de travail / inertie liée aux durées des formations / qualité des données
- ❑ **Des réflexions et des pratiques** qui :
 - partent d'un modèle de l'offre des professionnels
 - adoptent une approche « en silo » des professions (côté offre)
 - intègrent les besoins en services en santé de la population sous l'angle démographique (côté demande)

Définition de la prospective

La prospective est une **démarche** consistant à s'interroger sur les évolutions futures.

Elle regroupe toutes les **approches, méthodes** et **résultats** visant à estimer pour un avenir plus ou moins proche les tendances et scénarios possibles.

Elle éclaire les choix du présent en explorant les futurs possibles.

Elle ne vise pas une illusoire prévision exacte de l'avenir. Mais elle permet un suivi régulier des évolutions, des écarts par rapport à ce qui était envisagé, et des leviers à activer pour rétablir l'équilibre entre offre et demande de soins.

Définition d'une projection

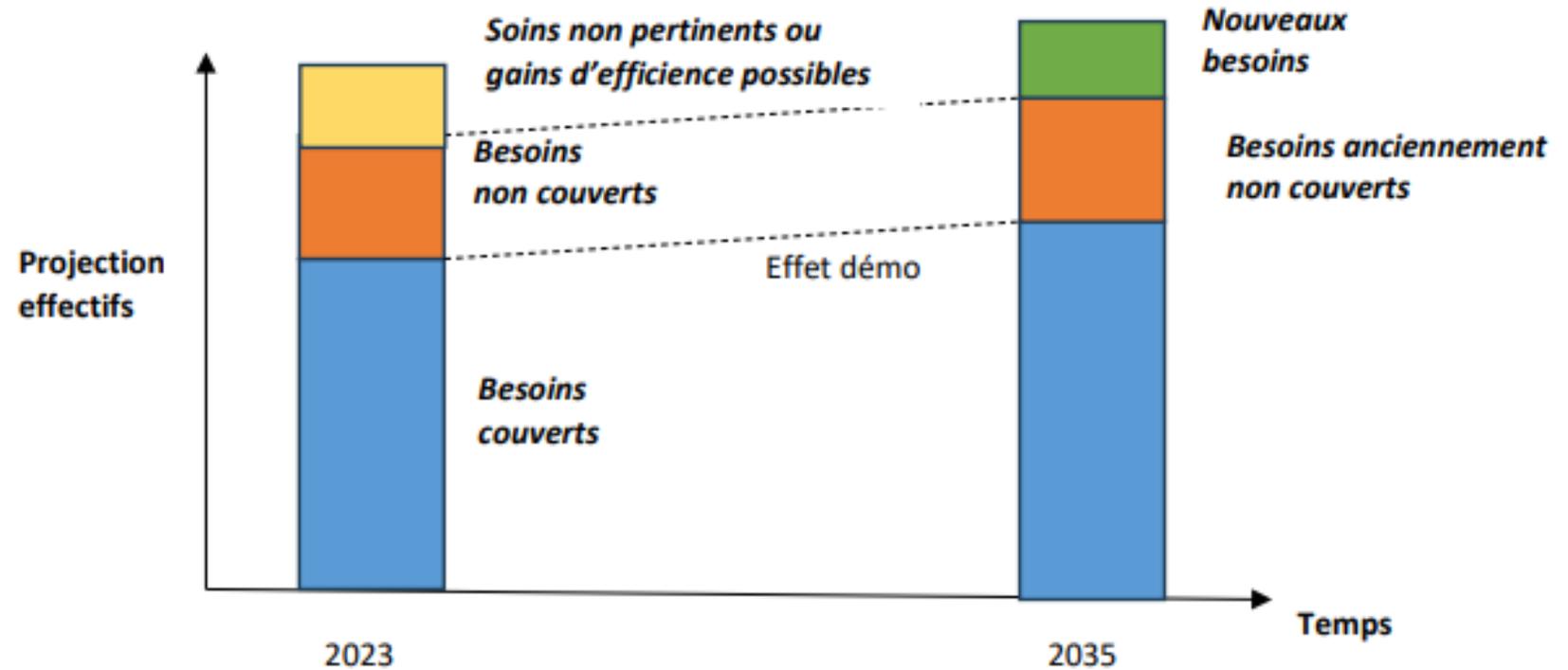
Une extrapolation temporelle d'une tendance observée sur une période passée conduisant à une estimation de la valeur future d'une variable.

Comment définir les besoins en ressources humaines en santé ?



- Part de la population sans médecin traitant
- Besoins non couverts des populations éloignées du soin
- Délai d'obtention d'un RDV
- Ecart aux recommandations, aux taux de participation aux programmes de santé publique
- Duplication d'examens
- Soins inappropriés

FIGURE 24 : SCHEMA DU MODELE DE PROJECTION DISTINGUANT LES DIFFERENTS VOILETS DE PROBLEMATIQUES



Retours internationaux

Les enseignements portés par des organismes fédérateurs

1. OMS

- Adoption en 2016 par l'OMS d'une **Stratégie mondiale sur les RH pour la santé** à l'horizon 2030
- Une **base de données accessible en ligne** "The WHO National Health Workforce Accounts Data Portal"
- 2022 : Le bureau régional de l'Europe de l'OMS a produit une **boîte à outils pour l'adéquation des personnels de santé** dans la Région européenne de l'OMS "Health and care workforce in Europe: time to act"
- 2023 : **La déclaration de Bucarest**
 - ↳ **Approche globale** des RH en santé
 - ↳ Importance de **leviers d'action multiples** pour les RH en santé concernant à la fois : la formation, l'attractivité des métiers, la qualité de vie des PS, l'amélioration des données et le renforcement des exercices de prospective
 - ↳ **Renforcer les moyens de gouvernance et de planification** des RH en santé et d'aide à la personne

Les enseignements portés par des organismes fédérateurs

2. Les travaux de la Commission européenne : une mutualisation des réflexions

Une première action commune européenne (2013-2016) pour tirer des **bonnes pratiques** à partir des systèmes de planification de différents pays (7 considérés comme les plus avancés : Belgique, Danemark, Angleterre, Finlande, Norvège, Espagne, Pays-Bas)

- ↳ **Définir des objectifs opérationnels** en fonction du futur niveau de soins souhaité : mettre en adéquation le nombre de professionnels avec les besoins de soins de la population en année cible
- ↳ **Construire un modèle de projection prenant en compte à la fois l'offre, la demande de besoins en santé de la population**
- ↳ **Utiliser les travaux de prospective pour orienter les décisions / propositions politiques**
- ↳ **Mettre en place un organisme national associant les parties prenantes nationales, locales, publiques, privées**
- ↳ Poursuivre les échanges via une cartographie des 27 pays et Royaume-Uni (2020) et **une nouvelle action commune Heroes (2023-2026)**

Focus sur certains pays : les Pays-Bas

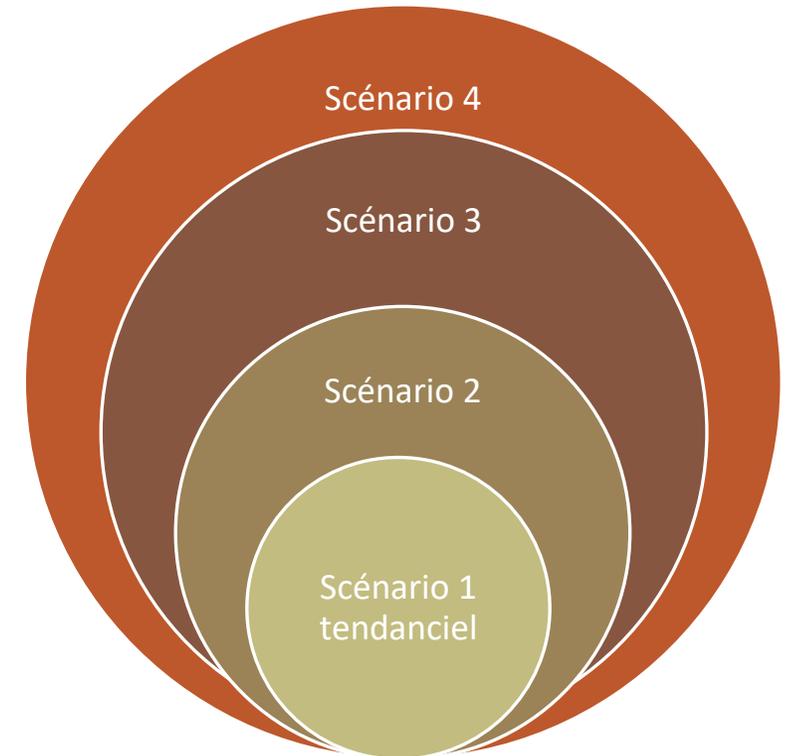
- ❑ Mis en place en 2000 par le **Comité consultatif sur la planification de la main-d'œuvre médicale (ACMMP)** - organe consultatif indépendant créé en 1999 - **en collaboration avec l'Institut néerlandais de recherche sur les services de santé (NIVEL)**.

- ❑ **un modèle de prospective (à 20 ans) dont les objectifs sont :**
 - **D'évaluer l'écart entre l'offre et la demande** pour les différentes catégories de professionnels (médecins généralistes et 28 spécialités, dentistes, professionnels du secteur de la santé mentale, en gériatrie, infirmières praticiennes, assistants médicaux, etc.)
 - **D'estimer le flux annuel requis en formation**, en fonction de l'écart estimé entre l'offre et la demande pour les 10 à 20 prochaines années.
- ❑ **Un modèle « macro » relativement simple sur le plan technique, efficace :**
 - s'appuyant sur des données quantitatives (registre, enquêtes auprès des professionnels de la santé, projections démographiques) + l'avis d'experts ;
 - Prend en compte le rôle de plusieurs facteurs, **limités en nombre (50) côté offre** (retraite, changement de carrière, professionnels formés à l'étranger, nombre de PS rentrant sur le marché du travail), et **côté demande** ;
 - Les facteurs sont déterminés **par les groupes d'experts** et sur leurs capacités à identifier, pour chacun des facteurs, un pourcentage de changement annuel ;
 - **En termes de développement** : il est **régulièrement mis à jour** (tous les 3 ans) avec une actualisation des données.

A partir d'un **premier scénario 1**, identifier **les principaux facteurs d'évolution** permettant de construire **plusieurs scénarios alternatifs : 2, 3, 4, etc.** et pouvoir faire **des variantes sur les valeurs des paramètres**

➤ **Exemple des Pays-Bas pour les MG** <https://capaciteitsorgaan.nl/>

- ❑ **Scénario 1 tendanciel** : incluant, côté demande, uniquement **des facteurs démographiques**, prolonge les dernières tendances observées
- ❑ **Scénario 2 alternatif** : + évolutions **épidémiologiques** (augmentation des maladies chroniques) ; **socio-culturelles** (autonomisation des patients) ; **développements techniques, innovation** ; **substitution horizontale des professionnels** (de l'hôpital vers la ville)
- ❑ **Scénario 3** : + évolutions du **temps de travail** ; prise en compte des aspirations des futurs professionnels d'un meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle
- ❑ **Scénario 4** : + évolution de la **substitution verticale** : délégation / partage de tâches vers d'autres professions (assistants médicaux ; infirmières)



Focus sur certains pays

Le modèle peut être plus ou moins sophistiqué et complexe :

... et sur des approches moins « globalistes » et plus qualitatives, centrées sur certains secteurs de soins (soins primaires) pathologies ou population (femmes enceintes, PA) : ex : Nouvelle-Zélande, Angleterre, Belgique

Ces exercices permettent d'aller plus loin dans la **modélisation de la demande** de soins, la compréhension **des facteurs d'évolution** et de **la prise en compte des besoins de la population**

- En Belgique : **le modèle de prospective des sages femmes**: description détaillée des **approches qualitatives** pour **identifier les principaux facteurs d'évolution** et la **concertation** des parties prenantes à toutes les étapes de la méthodologie

Exemple en Belgique (pour les sages-femmes) : détail méthodologique

	Méthode / Outils	Participants	Contenus	Résultats
Recherche préliminaire	Revue de littérature			
Phase 1 Sélection des facteurs	Un questionnaire en ligne (2 semaines)	parties prenantes et experts. 122 participants	50 facteurs répartis en 14 domaines. Possibilités de rajouter des facteurs complémentaires.	90 personnes ont complété le questionnaire. Ajout de 134 propositions aux 50 premiers facteurs.
	Workshop 1	31 participants	Discussion sur l'impact sur la force de travail Et décision du niveau d'intérêt (haut, moyen, faible)	On aboutit à 101 facteurs Le workshop en retient 73. Ajout de 4 facteurs pdt le workshop soit 77 facteurs
Phase 2 Regroupement des facteurs en clusters	Workshop 2	Professionnels et décideurs	Objectifs : Analyser les facteurs et leur définition Regrouper les facteurs en groupe homogènes	Identification de 12 groupes de facteurs
Phase 3 Analyse de l'impact/ l'incertitude des clusters	Durant le workshop 2		Placer chaque groupe homogène (cluster) sur une matrice d'impact d'incertitude	10 clusters sur 12 sont supposés avoir un impact très élevé sur l'exercice futur de la profession
Phase 4 création d'un cadre théorique pour les scénarios pour l'avenir et rédaction des scénarios alternatifs	Workshop 3 Workshop 4	Idem workshop 2	3 scénarios ont été retenus reprenant 8 à 10 activités clefs. Rédaction des descriptions des scénarios par l'équipe de recherche Discussion de la description narrative de chaque scénario et estimation de l'ampleur de l'impact (positif, neutre ou négatif) sur l'offre et la demande	Le scénario A : le gynécologue occupe une place centrale à l'hôpital et en ambulatoire. Le scénario C : scénario centré sur l'ambulatoire dans lequel les sages-femmes occupent une place centrale. Le scénario B le système organisationnel est de type hospitalo-centré au sein duquel les sages-femmes occupent une place centrale
Calcul de l'impact des scénarios sur les paramètres de demande du modèle de projection de la force de travail des sages-femmes	Une enquête en ligne	Envoyée à 74 personnes (sage femmes, gynéco, projets pilotes, travailleurs sociaux écoles de sage femmes)	L'éllicitation : « attribuer une valeur numérique sur un paramètre pour lequel aucune donnée n'existe ».	
Processus d'éllicitation	Workshop 5	18 participants	L'éllicitation fait appel aux jugements d'experts	Discussion et vote sur la vraisemblance de la valeur proposée.

A partir d'un **premier scénario 1**, identifier **les principaux facteurs d'évolution** permettant de construire **plusieurs scénarios alternatifs : 2, 3, 4, etc.** et pouvoir faire **des variantes sur les valeurs des paramètres (exemple 2)**

➤ **Exemple en Belgique (pour les sages-femmes)** [Scénarios alternatifs pour la projection de la force de travail des sages-femmes : Horizon scanning et modèle de quantification | KCE \(fgov.be\)](#)

- **Constitution d'un scénario de base démographique**

- **Travaux qualitatifs (enquête en ligne, atelier) : 12 groupes de facteurs identifiés** : transfert de soins de l'hôpital vers la ville, la capacité des hôpitaux, le développement des réseaux, l'augmentation des grossesses à risque, la vulnérabilité des familles, les conditions de travail, l'extension des compétences et de la formation, la collaboration interprofessionnelle, ...

- **Constitution d'un scénario de base enrichi des tendances déjà observées** (évolution des facteurs de risques, vulnérabilité socio-économique des familles et raccourcissement de la durée de séjour) (**« baseline + »**)

Scénario A : le gynécologue occupe une place centrale à l'hôpital et en ville

Scénario B : hospitalo-centré dans lequel les sages-femmes occupent une place centrale

Scénario C : centré sur l'ambulatoire dans lequel les sages-femmes occupent une place centrale

Focus sur certains pays avec des choix stratégiques

- Améliorer les services rendus sans augmenter le nombre de professionnels (Nouvelle Zélande, Norvège)

- Des exercices de prospective étendus au champ du social : les besoins en santé allant au-delà du champ du sanitaire (Royaume-Uni, Irlande) prévention / promotion de la santé, accompagnement, pair-aidance, etc.

↳ peu d'études de prospective s'intéressant au champ du social (par manque de considération de ce secteur)

↳ importance des réflexions communes :

- dès les années 2010 : travaux sur un **tableau de compétences transversales** permettant d'identifier les passerelles et les socles communs de compétences au sein des professions du champ médical, médico-social et social.
- Lors de la publication du nouveau NHS Workforce Plan, en juin 2023, une alerte a été faite sur la nécessité de **soutenir le personnel des services sociaux**. Sans un plan équivalent pour les soins sociaux, le plan pour le NHS pourrait avoir comme répercussion néfaste, l'aggravation de la situation des professionnels des secteurs sociaux (dans lequel les pénuries sont chroniques et où un travailleur sur cinq vit dans la pauvreté).

↳ manque de données disponibles

Principaux enseignements et propositions méthodologiques

1. L'horizon temporel et la fréquence régulière des mises à jour du modèle

❑ Il convient de prendre en compte :

- la période de formation (de 4 à 12 ans)
- le temps législatif
- La temps pour que les changements s'accomplissent.

(la période de planification va *de 50 ans en Belgique à 10 ans en Espagne* et cela dépend également des professions)

❑ Le délai total est donc généralement de 12 ans (pour les infirmières) à 18 ans (pour les médecins) à partir du moment présent.

❑ La fréquence et la régularité des mises à jour du modèle est fondamentale pour s'ajuster aux tendances réellement observées :

Tous les 2 ou 3 ans afin de comparer les changements observés avec les changements attendus (évaluation) et permettre l'intégration de nouveaux facteurs externes.

2. Les parties prenantes et les experts

- ❑ **Impliquer les parties prenantes et les experts** dans la description de la demande future et tout au long du process ; nécessaire pour **obtenir certaines informations** relevant de leur expertise et pour **trouver des solutions** à certaines difficultés.
- ❑ **Les experts et les parties prenantes** : définir leurs **missions** (rôle consultatif) à toutes les étapes ; permettant **d'aboutir à des propositions partagées ; définir la gouvernance / pilotage et les modalités de travail**
- ❑ Implication souvent **compliquée** à mettre en œuvre, à la fois en raison du nombre de parties prenantes concernées et de leur potentielle divergence de positions, qui va nécessiter du temps pour aboutir à un consensus.
- ❑ **Les représentants des parties prenantes** doivent à la fois être de niveaux national et local, du secteur public et du secteur privé : des ministères (santé, éducation, finances, travail) ; des professionnels de santé (ordres professionnels et organisations) ; des universités et écoles de formation ; des organismes d'assurances maladie ; des prestataires de soins (publics et privés) ; des organismes responsables des statistiques ; des autorités sanitaires locales ; des représentants d'usagers/de patients.
- ❑ **Communiquer** les objectifs et les résultats du processus de planification à toutes les parties prenantes.

3. La démarche

Démarche prospective des ressources humaines en santé

Objectif : Mettre en adéquation le nombre de professionnels avec les besoins de la population



Modéliser l'offre de soins actuelle

- Documenter : Effectifs, répartition, organisation
- Fiabiliser les bases de données sur les professionnels avec l'ensemble des fournisseurs de données
- **Mettre en place un suivi annuel**



Modéliser la demande / les besoins de soins actuels

- **Les besoins actuels** de soins appréhendés par des besoins exprimés ayant donné effectivement lieu à une **consommation**
- **Besoins non satisfaits**
- **Recours non pertinents**



Modéliser l'offre de soins disponible à T + X

- Documenter **l'évolution de la démographie des PS** : stocks, flux d'entrée et de sortie d'une profession
- Projections tendancielles et variantes

Modéliser une demande cible / les besoins de soins à T + X

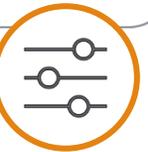
- En lien avec reco bonne pratique, objectifs de santé publique, tenant compte
1. de l'évolution **démographique**
 2. des tendances épidémiologiques

Projections tendancielles et variantes



Améliorer le modèle en ajoutant des paramètres

- Les changements du temps de travail
- La substitution horizontale, verticale, les organisations nouvelles, les nouveaux métiers, les innovations technologique, la productivité...



Améliorer le modèle en ajoutant des paramètres

- Impact des changements environnementaux,
- Autonomisation des patients,
- Impact de la Prévention,
- Evolutions des attentes des citoyens...

→ Un scénario de base démographique

Puis via des Enquêtes, panel, méthodes qualitatives, avis d'experts...

Identifier les facteurs ; prioriser les plus impactants ; les quantifier

→ Plusieurs scénarios alternatifs

4. les données à intégrer pour réaliser un processus de planification

- ✓ **Choix** : ex : leurs statuts : diplômés, en activités, en activité dans le secteur sanitaire ; migration, etc. **calculer « la quantité » de professionnels disponibles en nombre d'équivalent temps plein.** (ex : Pays-Bas : à partir d'enquêtes auprès d'un échantillon représentatif)
- ✓ **Sources** (organisme collecteur / partage des bases)
- ✓ **Qualité (exhaustivité, disponibilité)**
- ✓ **Rythme de mises à jour**

- ❑ **Données quantitatives pour le scénario tendanciel de base** ex :
 - Consommation de soins dans le domaine étudié par tranche d'âge et sexe (source CNAM)
 - Projections démographiques de l'INSEE
 - Et ce à une échelle géographique pertinente (région ou département)

- ❑ **Données supplémentaires pour les scénarios alternatifs** :
 - Prospective épidémiologique : évolution de la morbidité, ruptures éventuelles en fonction des actions de prévention, ou encore d'innovations attendues
 - Evolutions professionnelles et d'organisation des soins
 - Evolutions sociétales

	Offre					Demande	
	En activité	En formation	En retraite	Immigration	émigration	population	Consommation de soins
Profession	X	X	X	X	X		
Age	X	X	X	X	X	X	X
Effectifs	X	X	X	X	X	X	X
Equivalent temps plein	X						
Répartition géographique	X	X	X	X	X	X	X
Spécialisation	X	X	X	X	X		
Pays d'obtention du diplôme	X	X	X	X	X		
Genre	X						

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

Répertoires : visibilité sur la carrière (début : ex : remplaçants et installation / mobilités géographiques et professionnelles / fins de carrière) ; Taux d'abandon durant les études ?

5. l'adéquation entre l'offre et la demande de soins au niveau local

La déclinaison territoriale : les méthodes sont les mêmes (consommation de soins ; déséquilibres)

- Avoir « suffisamment de professionnels de santé » au niveau national ne garantit pas que les besoins sont couverts si ces professionnels ne sont pas répartis en fonction des besoins de la population.
 - développer des indicateurs au niveau local
 - documenter les déséquilibres existants à différents niveaux du territoire pour éclairer les décisions politiques.
 - Mesurer les tensions en ressources humaines dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (difficultés de recrutement) représente, pour toutes les régions, un enjeu de connaissance majeur.
 - Le modèle Omphale de l'Insee (fécondité, mortalité et migration) permet des projections de population à l'échelle locale. Il peut être utilisé pour projeter les besoins locaux en professionnels de santé. Il permet à partir de projections démographiques et épidémiologiques, de construire des indicateurs sur l'évolution de pathologies chroniques et des coûts associés.

6. Une organisation au service d'une stratégie globale

Les activités de planification nécessitent **une organisation clairement identifiée** afin de garantir **un process permanent** (fréquence et ajustement du modèle) qui nécessite des **ressources adéquates** : financières, humaines et techniques en fonction des objectifs que l'on se donne.

- ❑ Une **équipe projet dédiée** + la participation des membres d'institutions externes partenaires + des chercheurs impliqués notamment pour des demandes d'études spécifiques.
- ❑ **Des compétences variées** à mobiliser : statisticiens, informaticiens, épidémiologistes, sociologues, chefs de projets, etc. Les scénarios alternatifs peuvent nécessiter la **sollicitation d'équipe spécialisée** dans la mise en œuvre de méthodes Delphi.
- ❑ Les politiques prennent ensuite les **décisions à partir des propositions** pour **transposer les projections** réalisées **en actions** compte tenu de la probabilité de réalisation des hypothèses
- ❑ **Différents leviers** sont activés pour parvenir à un équilibre entre l'offre et la demande de soins lors d'une année cible à déterminer, permettant ainsi de définir :
 - ✓ le nombre de professionnels de santé à former chaque année et
 - ✓ **d'actionner les autres leviers pertinents de politique des RH**, touchant notamment aux organisations de soins, à la répartition géographique des professionnels, à l'attractivité, pour parvenir à cet équilibre.

La prospective RH : outil de pilotage au sein d'une stratégie globale pour assurer une réponse équitable aux besoins de santé de la population

Support au pilotage des politiques

Dans le cadre d'une **stratégie pour le système de santé définissant les services à rendre à la population**

Dans le cadre d'une **stratégie globale des ressources humaines avec des plans d'actions à court/moyen terme, mobilisant (attractivité, formation, qualité de vie au travail)**

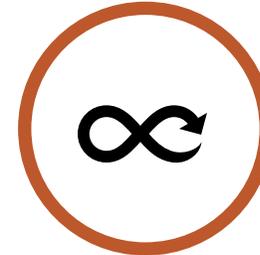


Concierner largement les parties prenantes

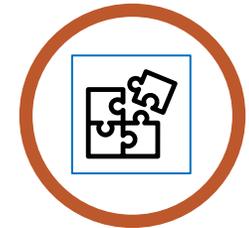
Pour s'assurer de la pertinence de l'exercice et de son acceptation



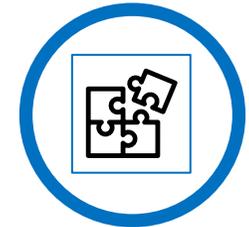
Participer aux travaux internationaux



Mettre à jour régulièrement les projections



Développer des indicateurs de déséquilibre au niveau local



Organiser des exercices par domaines, populations, pathologies ou secteurs de soins

Pour affiner la compréhension des besoins de soins et des enjeux entre professions

Merci de votre attention
