

Planification de l'offre médicale : cadastre dynamique des médecins, sixième réforme de l'Etat et *numerus clausus*

Medical supply planning : dynamic registry of physicians, sixth reform of the State and numerus clausus

N. Benahmed, A. De Wever et M. Pirson

Centre de Recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences infirmières, Ecole de Santé publique, ULB

RESUME

Introduction : Ces dernières années, la planification de l'offre médicale belge a connu des bouleversements majeurs. Cet article propose de les décrire et d'en apprécier l'impact pour le futur de la démographie médicale.

Méthode : Revue de la littérature grise et des textes législatifs nationaux et de la Communauté française.

Résultats : La mise en place d'un cadastre dynamique a permis de mieux connaître la force de travail des médecins au sein des différents secteurs d'activité sur le marché de travail.

Les récentes évolutions législatives montrent un morcellement accru des compétences en termes de planification : le Fédéral étant compétent pour la fixation des quotas de généralistes et de spécialistes, et les Communautés pour l'enregistrement des professionnels de santé et des sous-quotas par disciplines.

Enfin, la Communauté française a mis en place un système d'hyper-sélection des candidats aux études de médecine soumis successivement au test d'orientation, à la session de janvier suivi d'une éventuelle réorientation, et à la session de juin accompagnée de l'épreuve de classement du *numerus fixus*.

Conclusions : La mise en place du cadastre dynamique améliore grandement la connaissance de la répartition de la force de travail médicale. Cependant, l'évaluation de son volume pose d'importantes questions méthodologiques.

D'un point de vue opérationnel, le morcellement des compétences demandera des efforts de coordination entre les différents niveaux de pouvoir pour ne pas porter préjudice au processus de planification.

Enfin, la Communauté française ne pourra faire l'économie d'une évaluation et d'une révision ambitieuse de la planification des médecins sur son territoire.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 103-11

ABSTRACT

Introduction : The last few years have seen major changes in the Belgian medical planning. The paper aims to describe them and to assess how they will affect the medical demography.

Method : Grey literature review and federal and federated entities legislation summary.

Results : A new dynamic register allows a better knowledge of medical workforce in all sectors of labour market. Recent legislation evolutions induce fragmentation of competences related to human resource for health planning : federal authorities are responsive for the fixation of number of GP and specialists and community authorities for registration of health professionals and fixation of sub-quotas in different branches of specialised medicine.

Finally, the French Community has setting up a multiple selection system of medical students that have to pass an 'orientation test', a possible reorientation after January examinations and then a *numerus fixus* at the end of the first academic year.

Conclusions : Dynamic register improves the knowledge of medical workforce repartition. However, the assessment of its volume shows methodological limitations.

From an operational viewpoint, the fragmentation of competences will ask coordination effort from all authority levels to avoid impairment in planning process.

Finally, French Community has to consider evaluation and ambitious revision of medical workforce planning in their region.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 103-11

Key words : manpower, medical regulation, planning, supply demand

INTRODUCTION

La planification des ressources humaines médicales est un processus itératif¹ visant à atteindre l'équilibre entre les besoins du système de santé, la demande exprimée par la population et l'offre de soins des professionnels². Un processus complet de planification comporte 4 étapes alliant méthodes quantitatives et qualitatives³. Premièrement, une analyse prospective (horizon scanning) est réalisée afin d'explorer les défis et opportunités potentiels ainsi que les développements technologiques, économiques, environnementaux, politiques, sociaux et éthiques qui pourraient influencer la force de travail dans le futur. Deuxièmement, la génération de scénarii est utilisée pour appréhender l'éventail des possibilités d'évolution de l'offre et de la demande de soins dans un contexte d'incertitude des prévisions à long terme. Troisièmement, la modélisation de la force de travail a pour objectif de projeter l'offre et la demande sur la base des scénarii développés à l'étape précédente. Ces modèles ont fait l'objet d'une typologie en quatre catégories⁴ : l'approche basée sur la projection de l'offre, l'approche basée sur la demande, l'approche épidémiologique (dite approche basée sur les " besoins de soins "), l'approche comparative. Enfin, la dernière étape du processus de planification consiste en l'analyse critique des politiques locales et nationales impactant la délivrance de soins et par là même les besoins en professionnels.

Depuis 2013⁵, trois événements ont profondément bouleversé la planification de l'offre médicale en Belgique ainsi que la méthode d'appréciation de la force de travail : la mise en place du cadastre dynamique, la sixième réforme de l'état et la réintroduction du filtre pendant les études de médecine en communauté française. Cet article propose de détailler ces trois événements et d'apprécier l'impact de ces modifications dans les enjeux futurs pour la planification des professionnels de santé. L'objectif de cette étude est de décrire l'organisation de planification des ressources humaines médicales en Belgique et son impact sur l'organisation des études de médecine à la lumière des récentes modifications législatives.

METHODE

Les documents de la Commission de planification ont été consultés pour présenter les fondements méthodologiques du cadastre dynamique des médecins. Une revue des textes législatifs nationaux et communautaires au niveau francophone a été réalisée afin de décrire les évolutions récentes.

RESULTATS

Le cadastre dynamique et le calcul des quotas

La Commission de Planification, créée en 1996, a pour mission d'examiner les besoins à venir en professionnels de santé, c'est-à-dire médecins, dentistes, kinésithérapeutes, sages-femmes, logopèdes

et infirmiers (Loi du 29 avril 1996 - MB : 30.04.1996). Le cadastre des professions de santé a été mis en place par le législateur en 2003 pour fournir l'information nécessaire à la Commission de Planification pour fixer la quantité de professionnels de santé ayant accès annuellement à l'assurance maladie pour le remboursement des actes qu'ils prestent pour le compte de leurs patients. A cette époque, le législateur prévoit les couplages de différentes bases de données administratives pour pouvoir collecter les informations nécessaires à la planification des professionnels de santé, c'est-à-dire les informations relatives à la signalétique, l'agrégation et à certaines caractéristiques de l'activité professionnelle des soignants, dans les limites posées par la commission de la protection de la vie privée. Il faudra attendre une dizaine d'années pour que ce couplage soit effectivement mis en place. Ce dernier produira les premières descriptions de la force de travail en 2013 (pour les infirmiers et les kinésithérapeutes) et en 2014 (pour les médecins et les dentistes). Ce couplage a fait l'objet d'un projet, nommé PlanCAD, réunissant les informations contenues dans le Cadastre, le *Datawarehouse* " Marché du travail et Protection Sociale " et les données d'activité de l'assurance maladie⁶. Le Cadastre est la banque de données qui regroupe des informations sur les professionnels de santé relatives à la possession (ou non) d'un agrément ou d'un visa valable, les diplômes obtenus, les spécialisations éventuelles, les coordonnées et des données à caractère personnel. Le *Datawarehouse* " Marché du travail et Protection Sociale " regroupe les informations provenant de différentes bases de données administratives¹ permettant de collecter les données socio-économiques nécessaires aux missions de planification des professionnels de santé. Enfin, les données de profil INAMI permettent de suivre l'activité des professionnels sur base de la nomenclature des soins de santé, regroupant l'ensemble des actes pris en charge, en tout ou en partie, par l'assurance maladie.

En ce qui concerne la médecine, le couplage de données a permis de mettre sur pied un véritable cadastre dynamique des médecins en droit d'exercer en Belgique en fonction des profils professionnels d'activité. On y apprend que sur les 51.420 médecins agréés en 2012, 27 % des médecins en droit d'exercer n'avaient pas d'activité dans notre pays⁶. De plus, 17 % des médecins actifs exercent une activité professionnelle en dehors celle prise en charge par l'assurance maladie. Un peu plus d'un médecin actif

¹ Fonds des Accidents du Travail, le Fonds des Maladies professionnelles, le Service public fédéral Sécurité sociale, la Banque Carrefour de la Sécurité sociale, le Collège intermutualiste national, le Service public de Programmation Intégration sociale, le Service des Pensions du Secteur public, l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité, l'Office national d'Allocations familiales pour travailleurs salariés, l'Office national de l'Emploi, l'Office national de Sécurité sociale, l'Office national de Sécurité sociale des Administrations provinciales et locales, l'Institut national d'Assurances sociales pour travailleurs indépendant, Sigedis et les services publics pour l'emploi des différentes communautés et régions.

sur cinq (21 %) a une activité salariée à titre principal ou complémentaire soit 1.062 équivalent temps plein (ETP). La majorité d'entre eux (58 %) pratiquent dans le secteur de la santé (hôpitaux, consultations de généralistes ou de spécialistes, maisons médicales, ...). Viennent ensuite par ordre décroissant d'importance l'enseignement (tout niveau confondu : 13 %), le secteur des services (mutuelles, sécurité sociale, recherche, agences d'intérim, commerce : 14 %), le secteur public (services publics fédéraux, régionaux, défense, police et système pénitentiaire : 10 %), et dans une moindre mesure, les secteurs d'activité liés à l'aide sociale (aide à la personne/soins à domicile, institutions pour personnes handicapées et toutes autres aides d'assistance sociale : 3 %) et à l'industrie (industrie pharmaceutiques et toutes autres formes d'activité industrielle : 2 %).

Ce cadastre dynamique a permis de faire évoluer le modèle mathématique sur lequel repose le calcul des quotas. Le premier modèle mis en place reposait essentiellement sur un modèle de *stock and flow*⁴ différencié pour les généralistes et pour les spécialistes dont la description détaillée est présentée dans un article précédent⁵. Le modèle a évolué vers une projection spécifique pour chaque discipline et ne voit donc plus la médecine spécialisée comme un tout homogène. En effet, dans sa première mouture, le modèle proposait une projection de l'ensemble des spécialistes. Le nombre de médecins ainsi obtenu était réparti au sein des différentes disciplines en vertu des proportions observées dans le passé. Ceci avait pour inconvénient de ne pas tenir compte des caractéristiques démographiques propres à chaque discipline ainsi que des besoins particuliers de la population pour chaque discipline. De plus, les différentes valeurs des paramètres du modèle n'étaient connues que des concepteurs du modèle, rendant impossible la maîtrise des hypothèses de travail et la création de scénarii alternatifs⁷. Ceci a conduit la Commission de Planification à créer un modèle mathématique dynamique permettant de contourner les écueils précités. Comme le modèle précédent, l'équation de base repose sur l'évaluation de la force de travail attendue ; cette dernière étant fonction de la force de travail actuelle à laquelle la force de travail des nouveaux entrants sur le marché de travail est ajoutée et la force de travail des professionnels quittant le marché du travail est soustraite. Comme l'illustre la figure, 5 étapes distinctes sont nécessaires à l'élaboration de l'équation de base. La première étape consiste en l'estimation du nombre de diplômés en master en médecine [Master-Be] sur base du taux d'attraction des études de médecine [Taux d'inscrit^o] parmi les jeunes belges [Populat^o 18-Be] auquel est appliqué un taux de réussite [taux de réussite] en fonction des communautés [LANG] et en tenant compte de l'apport des étudiants provenant de l'étranger [An1-nonBe]. La deuxième étape réside en l'évaluation du nombre de diplômés par spécialité [Fin de la spécialisation] et par communauté [LANG] en tenant compte des apports de candidats de l'étranger [Master-nonBe], des éventuels abandons [Taux d'arrêt] ou

réorientations. [Réorientat^o] Différentes hypothèses de quotas sont testées à ce niveau. L'étape suivante repose sur l'estimation de l'entrée effective sur le marché de travail [Influx total] tenant compte des pertes entre la fin de la spécialisation [Influx de formation à partir de la Belgique = Fin de spécialisation x taux d'enregistrement] et des entrées de professionnels formés de l'étranger [Influx de professionnels à partir de l'étranger]. La quatrième étape permet d'ajouter, au stock actuel de professionnels [Stock existant], les nouveaux entrants sur le marché du travail calculés à l'étape précédente [Influx total]. Ensuite, une projection à 5 ans du nombre total de médecins [Stock après 5 ans] sera opérée sur base du taux de survie, du taux d'inactivité et du taux de répartition entre les secteurs d'activité en dehors de l'assurance maladie et au sein de celle-ci (voir description du cadastre dynamique). Ces taux sont déclinés en fonction de la communauté, du genre, de l'âge et de la nationalité. Enfin, la densité médicale est calculée à la dernière étape en effectuant le rapport entre le nombre de professionnels et la population [Densité brute - médecins]. Une seconde densité médicale est également calculée en rapportant le nombre d'équivalents temps plein sur le nombre d'individus de la population belge [Densité brute - ETP]. Une variante de ces deux méthodes de calcul de la densité propose d'utiliser une population dite pondérée pour tenir compte de la pyramide des âges et de son impact sur la consommation de soins [Densité pondérée].

Sur base d'un nombre d'inscrits en première année de bachelier de médecine de 650 en Communauté française, le modèle résulte en une diminution de la densité en médecine générale entre 2012 et 2037, passant de 11,35 ETP / 10.000 habitants (population pondérée) à 6,21 ETP / 10.000 habitants (population pondérée). Une diminution moins importante de la densité en médecine générale est observée par le modèle en Flandre passant de 13,46 ETP / 10.000 habitants (population pondérée) à 9,50 ETP / 10.000 habitants (population pondérée) pour 963 inscrits en première année. Les résultats par spécialités sont également disponibles⁹.

La 6^e réforme de l'état

S'il était de coutume de qualifier la planification de l'offre médicale de décision fédérale d'application communautaire¹, la sixième réforme de l'Etat, et plus particulièrement l'article 6 alinéa 7^o de la Loi spéciale du 6 janvier 2014 (MB : 31.01.2014), bouleverse la répartition des compétences en la matière donnant plus de responsabilités aux entités fédérées.

Premièrement, l'agrément des professions de santé devient une compétence des entités fédérées. Elles seront donc les garantes des données relatives aux professionnels en droit d'exercer sur leurs territoires respectifs. Ces données sont le point de départ du stock du modèle *stock and flow*, développé par la Commission de Planification¹.

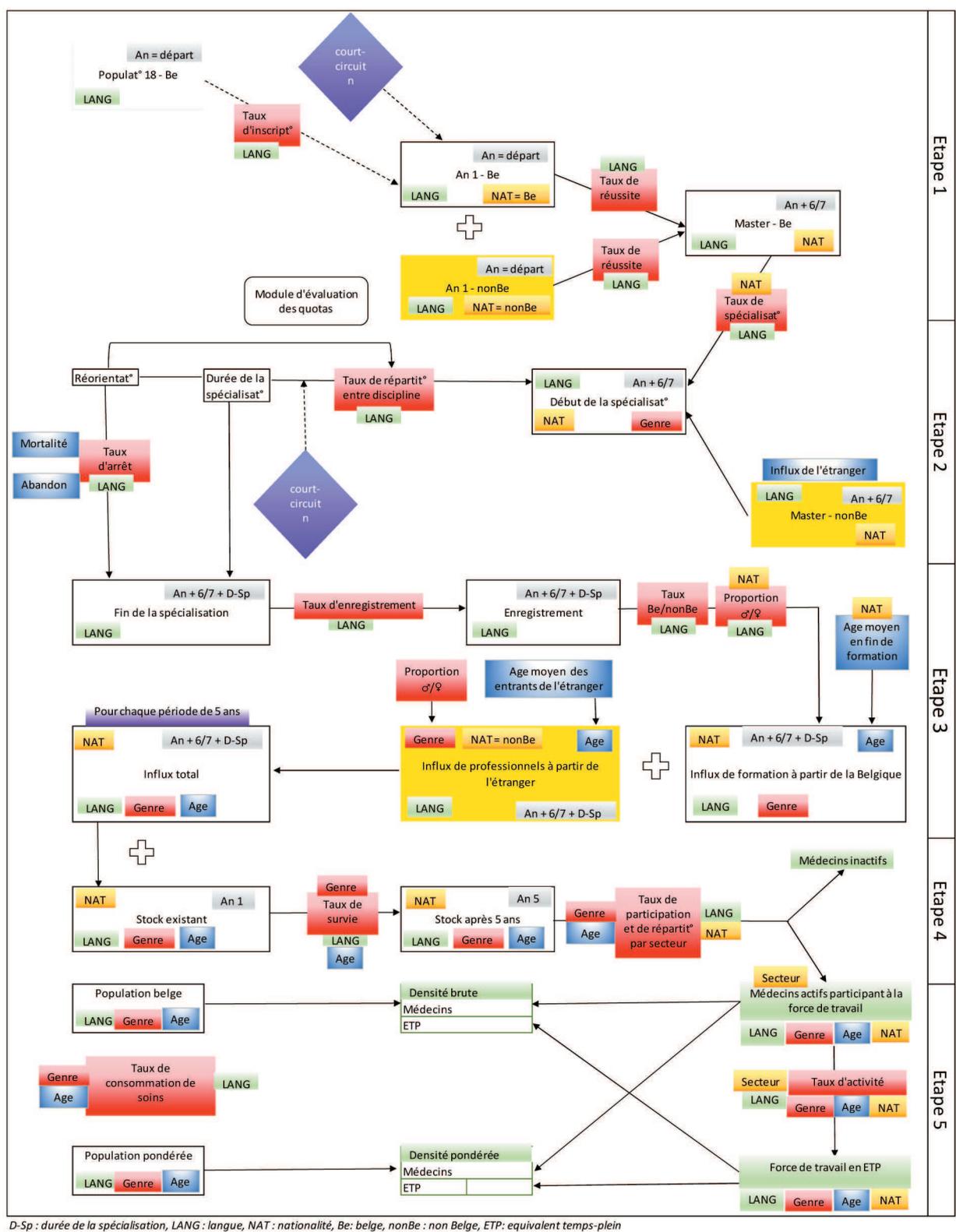


Figure : Cadre conceptuel du dernier modèle mathématique (Source : Adaptation de Pieter-Jan Miermans - *The Belgian mathematical planning model : a tool in evolution*).

Deuxièmement, le contingentement des professionnels est confié aux entités fédérées " dans le respect (...) du nombre global que l'autorité fédérale peut fixer annuellement par communauté pour l'accès à chaque profession des soins de santé ". Dans le cas des médecins, l'autorité fédérale reste compétente pour la fixation des quotas globaux de généralistes et de spécialistes alors que les entités fédérées deviennent responsables de la répartition de ces quotas globaux

au sein des différentes spécialités. Les quotas globaux sont fixés par arrêté royal jusqu'en 2021 (de 2015 à 2021, 738 médecins en Communauté flamande et 492 en Communauté française, à l'exception de 2018 où une double cohorte de diplômés est engendrée par le raccourcissement d'un an des études de médecine¹).

Le gouvernement de la Communauté française, en concertation avec les différentes parties prenantes,

constituera un groupe de concertation pour la répartition des quotas entre les disciplines de la médecine spécialisée.

La sélection des étudiants de médecine en Communauté française

Alors qu'en Flandre un examen d'entrée a été instauré depuis la mise en place de la planification en 1997, les décisions relatives à la sélection des étudiants ont été plus fluctuantes au sud du pays. La Communauté française s'est d'abord imposée une politique du nombre strict (*numerus clausus*) de 1997 à 2008. Durant cette période, l'année du cursus où s'opérait la sélection a varié au cours du temps : d'abord en troisième bachelier jusqu'en 2003 puis en quatrième master jusqu'en 2005 et ensuite en premier bachelier entre 2005 et 2008. A partir de 2008 jusqu'en 2015, un abandon de la sélection pendant la formation s'est progressivement installé commençant dans un premier temps par un moratoire pour s'en suivre d'un abandon complet. Cependant, dans cet intervalle de temps, deux mesures ont été mises en place en 2012ⁱⁱ : le test d'orientation et le principe de la réorientation. Enfin, la sélection par *numerus clausus* est réinstaurée en 2015 en complément du test d'orientation et de la réorientation. Certains préféreront le terme *numerus fixus* à la qualification de *numerus clausus* pour nommer le concours organisé par la Communauté française. Bien que ces deux locutions latines soient synonymes, l'emploi de *numerus fixus* permet de faire la distinction avec le nombre limité d'attestations INAMI fixé par l'état fédéral (*numerus clausus*).

Le test d'orientation

Ce test est indicatif et non contraignant. Seule la participation au test est une des conditions d'accès aux études du 1^{er} cycle des études de médecine. Les résultats du test ne sont pas pris en compte lors de l'accession à la première année du baccalauréat. Il comporte une épreuve relative à la connaissance et la compréhension des matières scientifiques et une épreuve concernant la communication et l'analyse critique de l'informationⁱⁱⁱ. La première épreuve regroupe les matières suivantes : biologie, chimie, physique et mathématique. La seconde épreuve teste les candidats sur trois dimensions. La première dimension a trait à la communication écrite. La seconde dimension porte sur l'analyse, la synthèse et l'argumentation. Enfin, la dernière dimension teste la connaissance du français et de l'anglais.

La réorientation

La participation effective aux épreuves de fin de premier quadrimestre est devenue une condition d'admission aux épreuves de fin d'année. Le principe de réorientation s'applique aux étudiants en situation d'échec grave lors des épreuves de fin de premier quadrimestre, c'est-à-dire dont la moyenne est inférieure à 10/20. Ces étudiants se verront attribuer

un programme d'étude par le jury d'examen. Ce programme peut prendre 3 formes différentes : a) un programme d'activités complémentaires de remédiation au cours du 2^e quadrimestre qui fera partie de l'évaluation de fin d'année, b) un étalement de l'année d'étude via le programme de remédiation ou c) la réorientation vers d'autres programmes d'études du secteur de la santé, à l'université ou dans une haute école.

Les étudiants, qui ont déjà été inscrits au cours d'une année académique antérieure à des études supérieures en Sciences médicales et dont la moyenne est inférieure à 8/20 se verront imposer la réorientation.

Le numerus fixus.

A partir de l'année académique 2015-2016, la poursuite des études de médecine est conditionnée, d'une part, par l'acquisition d'au moins 45 crédits correspondant aux unités d'enseignement du 2^e quadrimestre et d'autre part, un classement en ordre utile (*numerus fixus*) en fin de premier bachelier pour pouvoir poursuivre les études de médecine. Ce classement est établi sur base de la moyenne pondérée d'une épreuve dont la moitié du test sera commune à toutes les universités au plus tard pour l'année académique 2018-2019ⁱⁱⁱⁱ. Le candidat n'ayant pas été classé en ordre utile aura l'opportunité de représenter le concours, mais uniquement au cours de deux années académiques successives.

Le vote relatif à la mise en place de ce nouveau filtre a été adopté de justesse au Parlement de la Communauté française reflétant l'incertitude politique quant à la meilleure décision à prendre. Une étude récente⁹ indique que les politiques successives de la Communauté française induiront inévitablement une désorganisation majeure du système de soins due à l'alternance de pléthore et de pénurie de main d'œuvre médicale.

DISCUSSION

Malgré les nombreuses avancées techniques, les ressources humaines restent le pilier central de tout système de santé. Elles font l'objet d'une attention particulière ces dernières années, non seulement en raison de leur importance dans le système de santé mais aussi en raison du contexte économique¹⁰ et de la possible raréfaction des professionnels de santé au niveau européen¹¹.

Une action commune européenne consacrée à la planification et à la modélisation des ressources humaines de santé définit les systèmes de planification

ⁱⁱ Décret du 23 mars 2012 réorganisant les études du secteur de la santé.

ⁱⁱⁱ Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 2 mai 2013 relatif au test d'orientation du secteur de santé et aux activités préparatoires aux études de médecine.

ⁱⁱⁱⁱ Article 5 Décret du 9 juillet 2015 relatif aux études de Sciences médicales et dentaires

selon 5 éléments : l'objectif du système de planification, le modèle de prévision pour les projections de ressources humaines, les données nécessaires à la planification ainsi que leurs sources et les méthodes de collecte, le lien entre la planification et l'action politique et enfin l'organisation du système de planification¹². Comment le système belge peut-il être défini selon ces 5 éléments ?

Objectif du système de planification

L'objectif du système de planification des ressources médicales en Belgique est de lutter contre la demande induite par l'offre¹². Cette hypothèse fondatrice n'a pourtant pas pu être démontrée¹³. En effet, la limitation de l'offre de médecins comme mesure de maîtrise des coûts doit être considérée avec prudence en l'absence de données probantes.

Données nécessaires à la planification, leurs sources et leur collecte

Le cadastre dynamique est une avancée notable dans la connaissance de la force de travail médicale et des différents secteurs dans lesquels elle se déploie. Si des tentatives d'évaluations avaient déjà été entreprises il y a plusieurs années¹⁴, le couplage des bases de données administratives permet une évaluation précise des besoins en professionnels de santé en dehors des soins couverts par l'assurance maladie. Ces besoins de ressources humaines ne sont pas négligeables puisqu'ils représentent 17 % des médecins actifs.

L'affinement des données d'activité a mis en exergue une densité médicale de 2,95 / 1.000 habitants en 2013. Ceci place la Belgique sous la moyenne européenne (3,41 / 1.000 habitants), contrairement à ce qui avait été calculé par la méthodologie précédente incluant l'ensemble des médecins enregistrés à l'assurance maladie (densité belge : 4,03 / 1.000 habitants en 2009)¹⁵.

Modèle mathématique de prévision pour les projections de ressources humaines

Le modèle d'évaluation des quotas est lui-même devenu dynamique puisqu'il permet dorénavant de faire varier les hypothèses de travail pour répondre aux besoins d'information nécessaires à la prise de décisions politiques et d'apprécier l'impact de ces décisions en terme de planification. Ce nouveau modèle mathématique de projection de la force de travail reste fidèle à la philosophie *stock and flow* des modèles précédents¹⁴. Il se distingue toutefois des versions antérieures par la maîtrise de l'ensemble¹ des paramètres et la prise en compte des pertes d'activités au cours du parcours professionnel. Cependant, l'utilisation des tarifs de la nomenclature pour le calcul des équivalents temps plein et pour la pondération de la population dans le calcul de densité médicale pose question.

En effet, le prix des actes n'est pas proportionnel à la charge de travail et résulte de négociations entre les diverses parties prenantes de l'assurance maladie. Dans ce tarif, coexistent deux formes d'honoraires : les honoraires purs, rétribuant l'acte intellectuel et physique des prestataires et les honoraires globaux couvrant non seulement l'acte médical en lui-même, mais également les frais de fonctionnement associés à la réalisation de l'acte. Les honoraires ne sont donc pas proportionnels au temps nécessaire à l'exécution de l'acte. Un prestataire générant principalement des honoraires globaux se voit indument attribuer une force de travail plus importante qu'un prestataire avec le même volume horaire, mais générant uniquement des honoraires purs. Cet écueil est toutefois atténué par l'élaboration de modèles spécifiques par discipline. En effet, les variations au sein d'une spécialité sont moins importantes qu'entre les différentes disciplines de la médecine spécialisée. Un autre élément est l'impossibilité de mesurer l'activité des spécialistes en formation. En effet, leur activité est souvent enregistrée au nom du maître de stage.

Afin de tenir compte des besoins spécifiques en fonction des caractéristiques démographiques, les dépenses de soins par l'assurance maladie, basées sur la nomenclature, ont été utilisées comme facteur de pondération de la population dans le calcul de la densité médicale. Cette démarche méthodologique souffre de limites identiques à celles précitées lors de l'évaluation de la force de travail. De plus, une fois la densité calculée, la question du comparateur reste en suspens : quelle est la densité médicale optimale à atteindre ?

Pour pouvoir utiliser les tarifs de la nomenclature comme mesure d'activité et de besoin, une révision complète de ceux-ci est nécessaire afin de faire correspondre le tarif à la charge de travail réelle comme le préconise différents experts^{16,17,18}. Les libellés des actes, parfois obsolètes, devraient être également revus et complétés pour correspondre à la réalité de l'activité sur le terrain.

Le modèle de projection belge a été comparé aux modèles danois, finlandais, espagnol, anglais, norvégien et néerlandais¹². Si le modèle belge fait partie des modèles les plus complets, l'expérience anglaise et néerlandaise peuvent servir d'exemple pour, d'une part, l'élaboration des méthodes d'analyse prospective (*horizon scanning*) en ce qui concerne l'évolution probable de la demande de soins et répartition de compétences entre professionnels, et d'autre part, pour l'analyse de la qualité des prévisions à l'aide d'étude de sensibilité des modèles mathématiques.

Organisation du système de planification

Le morcellement des compétences, présent depuis le début de la planification, a été renforcé par la sixième réforme de l'Etat. Le niveau de pouvoir fédéral est maintenant responsable de la fixation des quotas de généralistes et de spécialistes alors que les

communautés sont en charge de la mise en place de filtres lors de la formation, de la fixation des quotas par spécialité (sous-quotas) et de l'enregistrement des professionnels. Ce transfert partiel de la compétence de la planification risque de créer des tensions entre des objectifs potentiellement divergents au fédéral et dans les communautés. Des modèles spécifiques développés par les communautés devraient voir le jour pour fixer les sous-quotas en fonction de leurs besoins sanitaires particuliers. A ce stade, rien n'est encore mis en place et les relations entre entités fédérées et le pouvoir fédéral ne sont pas encore fixées. Que faire si les besoins en formation calculés par le modèle fédéral ne correspondent pas aux résultats des projections des entités fédérées ? En effet, par le passé, les communautés n'ont pas réussi à mettre en place un filtre faisant correspondre les quotas fédéraux aux nombres de diplômés malgré la variété des filtres testés : examen d'entrée, *numerus fixus*, test d'orientation ou système de réorientation. Cette situation a mené à l'instauration de mécanismes de lissage entravant les efforts de planification.

De plus, le transfert d'informations relatives à l'enregistrement des professions de santé devra être organisé entre les entités fédérées et le pouvoir fédéral. La qualité des données à ce niveau est un enjeu crucial. Une interruption dans les séries annuelles de données impacterait négativement les modèles de projection.

Planification et l'action politique

L'hyper-sélection des candidats médecins en Communauté française laisse craindre l'émergence d'une compétition exacerbée entre les candidats aux études de médecine. Le parcours de l'étudiant en première année de médecine voit se succéder le test d'orientation, les examens de janvier accompagnés du système de réorientation, les examens de juin suivis par les épreuves du *numerus fixus*. Comment ces générations de médecins pourront-elles s'intégrer dans une carrière professionnelle demandant toujours plus de multidisciplinarité et de travail en équipe après avoir été soumis à une telle compétition au moment de leurs études ?

Il semble inévitable que la Communauté française devra tester un nouveau système de sélection des candidats médecins. Le nouveau système mis en place en France pourrait servir d'inspiration : le PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé). Cette année se clôture par 4 concours : médecine, dentisterie, maïeutique et pharmacie. Une telle année pourrait être envisagée en Communauté française en regroupant l'ensemble des disciplines soumises à la planification. Ceci permettrait à tous les candidats d'acquérir un socle commun de compétences, de mieux découvrir l'ensemble des métiers de la santé avant de s'inscrire au concours de son choix. Cette année commune permettrait également de régler la question de l'allongement d'une année des études en sciences infirmières nécessaire pour répondre aux exigences européennes.

Cette piste vers une planification transversale des professions de santé doit être étudiée avec attention et être approfondie. Un autre aspect de la planification transversale est la planification interprofessionnelle. Un exemple est la planification conjointe des besoins en obstétriciens avec les besoins en sages-femmes en tenant compte de l'impact des répartitions de compétences entre ces deux types de professionnels. Cette tendance de délégation des tâches des médecins vers des infirmières spécialisées est de plus en plus présente dans les systèmes de soins occidentaux¹⁹. La prise en compte de différents scénarios de répartition de compétences est utilisée dans les modèles de projection aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Finlande¹².

La planification des ressources humaines de santé n'est pas une science exacte et nécessite de revoir régulièrement les hypothèses sur lesquels se fondent l'évaluation de la demande et de l'offre futures²⁰.

La mise en place d'un deuxième filtre pour l'accès aux spécialités permettrait de réduire quelque peu les incertitudes liées à l'estimation de ces paramètres à trop long terme. Une révision de la répartition du nombre de spécialistes fixés par le fédéral au sein des disciplines médicales s'opérerait dans un espace temporel plus restreint et donc moins emprunt aux variations de l'évolution des pratiques et par la même de la demande.

Toutefois, il convient également de prendre en compte les diverses stratégies de contournement du système de contingentement permises par la libre circulation des professionnels de santé et de leur diplôme. Comme c'est le cas en France, les candidats médecins pourraient être tentés de faire leurs études dans un pays européen ne pratiquant pas la sélection et de revenir dans leurs pays d'origine par la suite. Une planification tertiaire à l'installation pourrait éventuellement limiter le phénomène ainsi que celui de fuite des professionnels de santé des pays européens moins riches.

CONCLUSION

L'analyse des rapports de la Commission de Planification a mis en lumière les améliorations apportées par la mise en place du cadastre dynamique permettant de mieux connaître la force de travail des médecins au sein des différents secteurs d'activité. Le modèle de projection de l'offre et de la demande en médecins est également devenu dynamique. Il permet dorénavant de tester différentes hypothèses de travail et leur impact en termes de besoins en professionnels. Cependant, l'utilisation des tarifs de la nomenclature pour l'évaluation de la force de travail et l'estimation des besoins en soins posent d'importantes questions méthodologiques. Une autre limite dans la méthode du modèle de projection est l'utilisation de la densité médicale comme objectif de la planification alors qu'il n'existe à ce jour aucune densité médicale

recommandée ou considérée comme idéale.

L'analyse des récentes évolutions législatives montre un morcellement accru des compétences en termes de planification. L'enregistrement des professionnels de santé ainsi que la fixation des sous-quotas par discipline sont devenus des compétences communautaires. Des efforts de coordination entre les différents niveaux de pouvoir vont être nécessaires pour ne pas porter préjudice au processus de planification.

Enfin, la Communauté française devra faire une évaluation de son système d'hyper-sélection des candidats aux études de médecine soumis successivement au test d'orientation, à la session de janvier suivi de la réorientation, et à la session de juin accompagnée de l'épreuve de classement du *numerus fixus*. Vu le transfert des compétences et la succession des épreuves de sélection des candidats médecins, la Communauté française ne pourra faire l'économie d'une révision ambitieuse de la planification des médecins sur son territoire. Cette planification devrait consister en l'élaboration d'un modèle de projection pour ses besoins futurs en médecins par discipline en tenant en compte de la multidisciplinarité de certaines disciplines avec d'autres professions de santé et du transfert éventuel des compétences associées. Cette planification communautaire devrait également ne pas négliger les mécanismes de contournement de la sélection au cours de la formation rendus possible au niveau européen. Enfin, un tel mécanisme de planification devra être évalué en continu afin de ne pas créer de déséquilibre entre l'offre et la demande encourageant la fuite des professionnels de santé des pays les plus pauvres.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO 2010. (consulté le 11/07/2016). Models and tools for health workforce planning and projections Human Resources for Health Observer [Internet]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44263/1/9789241599016_eng.pdf
2. Cookson R, Sainsbury R, Glendinning C (eds.). (consulté le 11/07/2016). Jonathan Bradshaw on Social Policy : Selected writings 1972-2011. University of York, York 2013. [Internet]. <http://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/JRB.pdf>
3. Cave SR. Developing robust system – dynamics – based workforce models : a best practice approach. London : Centre for Workforce Intelligence ; 2014.
4. Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S. Physician supply forecast : better than peering in a crystal ball ? Hum Resour Health. 2009;7:10.
5. Benahmed N, Alexander S, De Wever A, Delière D. Focus sur la planification de l'offre médicale en Belgique. Rev Med Brux. 2013;34(3):141-53.
6. Cellule de Planification - Service Public Fédéral Santé Publique Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Rapport de Synthèse, PlanCAD Médecins 2004-2012, Groupe de travail médecin de la commission de planification Offre médicale et Cellule Planification des professions de soins de santé, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ; 2015. [Internet]. <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@pcp/documents/ie2divers/19103341.pdf>
7. Miermans PJ. (consulté le 11/07/2016). The Belgian mathematical planning model : a tool in evolution. [Internet]. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Rekruttering%20og%20kompetanse/Pieter-Jan%20Miermans%20The%20Belgian%20mathematical%20planning%20model%20-%20a%20tool%20in%20evolution.pdf>
8. Miermans PJ, Vivet V, Delvaux A, Jouck P, Mimilidis H, Steinberg P *et al.* (Consulté le 11/07/2016). Scénarios de base de l'évolution du force de travail " médecins " 2012-2037. [Internet]. http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/scenarios_de_base_medecins.pdf
9. Delière D, De Clercq E. (Consulté le 05/07/2016). Dérèglements climatiques et... *numerus clausus* en médecine ! Bruxelles, Centre d'information sur les professions médicales et paramédicales (CIPMP), 2016. [Internet]. <http://www.sesa.ucl.ac.be/cipmp/pdf/Dereglement%20climatique%20et%20numerus%20clausus.pdf>
10. McHugh SM, Tyrrell E, Johnson B, Healy O, Perry IJ, Normand C. Health workforce planning and service expansion during an economic crisis : A case study of the national breast screening programme in Ireland. Health Policy. 2015;119(12):1593-9.
11. Kuhlmann E, Batenburg R, Dussault G. Health Workforce Governance in Europe. Health Policy. 2015;119(12):1515-6.
12. Malgieri A, Michelutti P, Van Hoegaerden M. Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries. Bratislava: Ministry of Health of the Slovak Republic; 2015.
13. Léonard C, Stordeur S, Roberfroid D. Association between physician density and health care consumption : A systematic review of the evidence. Health Policy. 2009;91(2):121-34.
14. De Wever A, Browaeys P, Benahmed N. L'accès aux études de médecine. Rapport Ecole de Santé Publique. Bruxelles: ULB; 2003.
15. Vrijens F. La performance du système de santé Belge – Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2015. KCE reports 259B. D/2015/10.273/02.
16. Van de Voorde C, Van de Heede K, Obyn C, Wilm Q, Geissler A, Wittenbecher F *et al.* Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) ; 2014. KCE Reports 229. D/2014/10.273/68.
17. Leclercq P, Pirson M. Comparaison de nomenclatures d'actes médicaux : impacts de l'utilisation des nomenclatures belge (INAMI) et française (CCAM) sur la rémunération d'une équipe chirurgicale. Journ Econ Med. 2005;23(1):37-55.
18. Leclercq P, Pirson M. Evaluation du coût des actes d'imagerie médicale. HealthCare Executive. 2014;79:1-6.
19. Maier CB. The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. Health Policy. 2015;119(12):1627-35.

20. JA Health Workforce Planning and Forecasting. (Consulté le 05/07/2016). D.051 – Release 1. Minimum Planning Data Requirements for Health Workforce Planning. [Internet]. http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2015/09/140414_wp5_d051_minimum_planning_data_requirements_final.pdf

Correspondance et tirés à part :

N. BENAHMED
Ecole de Santé publique - Centre de Recherche en
Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et
Sciences infirmières
ULB CP 591
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : nadia.ben.hamed@ulb.ac.be

Travail reçu le 11 février 2016 ; accepté dans sa version définitive
le 13 juillet 2016.