

CONDENSÉ THÉMATIQUE 2

Estimation des besoins en personnel de santé à l'avenir

Gilles Dussault, James Buchan,
Walter Sermeus, Zilvinas Padaiga

CONDENSÉ THÉMATIQUE 2

Estimation des besoins en personnel de santé à l'avenir

**Gilles Dussault, James Buchan,
Walter Sermeus, Zilvinas Padaiga**

Condensé thématique préparé pour la Conférence sous la Présidence belge de l'U.E. sur le thème "Investir dans le personnel de santé de demain en Europe : portée de l'innovation et de la collaboration" (La Hulpe, 9–10 septembre)

Mots-clés :

EFFECTIFS DE SANTE – tendances

PERSONNEL DE SANTE – tendances

ESTIMATION DES BESOINS

PLANIFICATION DE LA SANTE

© Organisation Mondiale de la Santé 2010 et Organisation Mondiale de la Santé au nom de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé 2010.

Les demandes à propos des publications de l'Office régional pour l'Europe de l'OMS doivent être adressées à :

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

En variante, vous pouvez également compléter un formulaire de demande en ligne de documentation ou d'informations sur la santé ou d'autorisation de reproduire ou de traduire sur le site web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/publication-request-forms>).

Tous droits réservés. Le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé accueille favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en tout ou en partie.

Les dénominations employées et la présentation du matériel dans cette publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion, quelle qu'elle soit, de la part de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ou de ses autorités ou concernant la délimitation de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent les frontières approximatives qui pourraient ne pas encore avoir été arrêtées définitivement.

La mention de sociétés spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas qu'ils soient approuvés ou recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé plutôt que d'autres d'une nature similaire qui ne sont pas mentionnés.

Sauf erreurs et omissions, les noms des spécialités se distinguent par une majuscule initiale.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'Organisation Mondiale de la Santé pour vérifier les informations contenues dans ses publications. Cependant, les informations publiées sont distribuées sans garantie d'aucune sorte, qu'elle soit expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation Mondiale de la Santé ne pourra être appelée à répondre des dommages résultant de leur utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, éditeurs ou groupes d'experts ne représentent pas nécessairement les décisions ou la politique arrêtée de l'Organisation Mondiale de la Santé.

ISSN 2218-5925

Estimation des besoins en personnel de santé à l'avenir

Table des matières	Page
Messages clés	iv
Note de synthèse	v
1 Introduction	1
2 Les défis de l'évaluation des futurs besoins/exigences en matière de PS	3
3 Approches, stratégies et outils	9
4 Expériences nationales	13
5 Leçons	28
Questions politiques pour la CE	31
Messages clés : Résumé	32
Références	33
Sources utiles et documents intéressants supplémentaires	36
Annexe : Aperçu des sources de données pour la planification du PS en Europe	37

Auteurs

Gilles Dussault, Institut d'Hygiène et de Médecine tropicale, nouvelle Université de Lisbonne, Portugal

James Buchan, School of Health Sciences, Queen Margaret University, Edimbourg, Royaume-Uni

Walter Sermeus, Centre for Health Services and Nursing Research, School of Public Health, Faculté de Médecine, K.U. Leuven, Belgique

Zilvinas Padaiga, Centre d'Etude et de Relations Internationales, Faculté de Médecine, Université de Kaunas, Lituanie

Messages clés

- Le choix d'une stratégie pour évaluer le personnel de santé (PS) de demain est fondé sur sa valeur et dépend des résultats cliniques et objectifs de services que les décideurs ont fixés.
- Différents modèles, approches et kits d'outils ont été proposés et essayés au fil des années par des instances internationales ainsi que par des pays individuels.
- L'analyse de la situation du personnel de santé pour déterminer les futurs effectifs requis se fonde habituellement sur des variables telles que la croissance attendue de la population, les évolutions technologiques et sociales, l'éventail des compétences, les performances individuelles et la politique sanitaire.
- Former les nombres nécessaires de médecins ou infirmières, puis les voir migrer vers d'autres pays parce que le marché de l'emploi ne peut les intégrer ou parce que les conditions de travail ne sont pas suffisamment attractives ne présente guère d'intérêt.
- L'évaluation des besoins de futurs PS ne consiste pas seulement à prévoir des chiffres. Les décideurs doivent également traiter les questions de recrutement, de formation, de distribution, de fidélisation, de motivation et de gestion du PS, ce qui implique d'améliorer les connaissances à propos des attentes des comportements des travailleurs de la santé.
- Satisfaire les besoins n'implique pas seulement de produire un plus grand nombre de travailleurs ; il est possible de passer à une échelle supérieure par l'amélioration des compétences, l'évolution de l'éventail de compétences et l'augmentation de la productivité.
- Il est important de voir la planification du PS comme un procédé qui engage les principaux intéressés dans l'évaluation des besoins de changement et la conception de stratégies pour réaliser ces changements.
- Meilleures sont la base d'informations et la capacité technique pour l'utiliser, meilleurs seront le diagnostic et la sélection des interventions.
- Un suivi est essentiel pour ajuster les interventions à un environnement changeant.
- Des fonds suffisants et prévisibles doivent être disponibles pour les investir dans le développement du personnel. Les avantages apparaîtront rapidement en termes de meilleur accès aux services, d'utilisation plus efficace des ressources et de satisfaction plus grande des citoyens.

Note de synthèse

Question politique et objectif du condensé thématique

De nombreux pays éprouvent des difficultés à déployer correctement le personnel de santé (PS) et la mobilité des professionnels de la santé entre les pays d'Europe complique la planification au niveau national, en partie parce que les flux migratoires sont mal documentés.

L'objectif de cette synthèse consiste à informer les politiques et décideurs de l'état des connaissances sur la meilleure méthode d'évaluation et de réponse aux futurs besoins de PS. Elle discute d'abord de la nature du défi de l'estimation du futur PS. Elle présente alors les outils et stratégies disponibles, discute de leurs forces et faiblesses, présente les leçons tirées des expériences nationales pertinentes et résume les principaux messages de l'analyse de l'état de la technique.

Les défis de l'évaluation des besoins/exigences du PS à venir

Pour être efficace, l'évaluation des besoins en PS doit être techniquement saine mais, par-dessus tout, elle doit respecter quelques principes de base importants. D'abord, les besoins en ressources humaines et autres doivent être considérés comme subordonnés aux besoins et objectifs en matière de services et de santé desquels ils sont dérivés. Ensuite, les futurs besoins dépendent de ce que l'on attend d'un "personnel performant" en termes de couverture des services et populations, de productivité et de qualité du résultat. Enfin, une compréhension saine de la dynamique actuelle et à venir de l'entrée et de la sortie du marché de l'emploi et de la santé est une conséquence préalable à une prévision précise des besoins.

Ce résumé identifie plusieurs défis principaux : défis en rapport avec les besoins et la demande de services et de travailleurs de la santé, défis en rapport avec l'offre, défis méthodologiques et défis stratégiques/politiques. L'identification et l'évaluation de ces défis sont des conditions préalables à des décideurs et planificateurs sensibles aux besoins pour créer les conditions dans lesquelles la tâche critique de l'évaluation du PS vaut la peine et est efficace.

Approche, stratégies et outils

Différents modèles, approche et kits d'outils ont été proposés et essayés au fil des années par des instances internationales ainsi que par des pays individuels. Parmi eux, citons le rapport travailleurs de la santé/population, l'approche de l'utilisation et de la demande, l'approche service-objectif et l'approche des besoins de santé et de services. Toute analyse de la situation de l'emploi pour déterminer les exigences à venir de personnel se fonde habituellement sur des

variables telles que la croissance attendue de la population, les changements technologiques et sociaux, l'éventail de compétences, les performances individuelles et la politique de santé.

Expériences nationales

La grande majorité des pays dans le monde n'ont pas de ressources humaines explicites pour la stratégie en matière de santé. Habituellement, s'il existe une politique, elle est axée sur la détermination du nombre de formations et les coûts correspondants plutôt que sur le développement d'une stratégie globale couvrant la rémunération, les conditions de travail et les questions de recrutement et de fidélisation. Cependant, certaines expériences nationales donnent une image plus globale : la Belgique, l'Angleterre, la Finlande, l'Allemagne, l'Irlande, la Lituanie, la Slovaquie et l'Espagne ainsi que l'Australie et le Canada.

Leçons

La prévision des besoins et la correspondance entre l'offre et la demande de travailleurs de la santé sont des activités complexes, quel que soit le contexte. Aucun pays au monde n'applique une procédure qui puisse être qualifiée de "meilleure pratique". Pourtant, tout le monde s'accorde à dire que c'est nécessaire afin d'atteindre l'objectif d'une meilleure accessibilité des services de santé ainsi que d'une plus grande efficacité et efficience. Le rapport donne dix leçons pour les décideurs :

1. L'évaluation des besoins de futur PS présente une valeur ajoutée.
2. En procédant à l'évaluation des besoins, il est important que les décideurs déclarent les valeurs, principes et politiques qui les guident.
3. Les futurs besoins ne sont pas exprimés seulement en chiffres, les dimensions de l'environnement de travail telles que la division (éventail de compétences) et l'organisation du travail, les compétences, les conditions de travail, la productivité et les objectifs de qualité sont des variables essentielles.
4. Une approche plus intégrée de l'évaluation est nécessaire, par exemple en vue de considérer le PS dans son ensemble.
5. L'expérience des pays qui ont investi dans l'évaluation des besoins de PS montre clairement l'importance d'une base d'information qui apporte des données valables, fiables et actuelles pour le suivi du personnel et des changements sur le marché de l'emploi pour le personnel de la santé.

6. Même en disposant des meilleures données et projections, les gouvernements ne peuvent dicter ou décréter des changements. Ils doivent toujours être négociés, d'où l'importance d'impliquer le plus tôt possible les différents intervenants dans le processus.
7. La prévision des futurs besoins est plus difficile lorsque cette fonction est décentralisée.
8. La durée de l'horizon de la planification ne fait l'objet d'aucune convention mais il est évident que plus elle est longue, plus les prévisions sont risquées.
9. La mise en oeuvre flexible des stratégies sur la base d'un suivi attentif est la solution pour répondre à des besoins changeants. La planification du personnel ne peut être considérée comme une création "unique" qui n'est pas ouverte aux adaptations et aux changements ; au contraire, elle doit être testée et revue si et aussi souvent que nécessaire.
10. Le surnombre ou la pénurie au sein du PS peut être observé à l'échelle du pays dans sa totalité mais ces conditions peuvent également coexister au sein d'un même pays, certaines régions souffrant de pénuries et d'autres montrant des surnombres. Il en résulte des défis politiques et économiques significatifs qui exercent un impact négatif sur la fourniture de soins de santé.

1 Introduction

Contexte

La *Présidence belge de l'U.E.* (juillet - décembre 2010) a identifié l'"estimation des besoins de personnel de santé (PS)" comme un thème important à aborder dans le contexte des efforts nécessaires pour renforcer les systèmes de santé. Ce choix est conforme à la politique de l'U.E. et au débat lancé par le *Livre vert relatif au personnel de santé en Europe* publié en décembre 2008. Ce choix s'impose également dans la mesure où il correspond aux demandes d'orientation de pays appelés à relever de futurs défis dans le secteur de la santé. De nombreux pays sont confrontés à des difficultés en déployant adéquatement le PS : entre niveaux et types de services et entre zones géographiques et socioéconomiques. La mobilité du personnel de la santé et également des utilisateurs de services entre pays d'Europe rend la planification difficile à l'échelle nationale, en particulier parce que les flux migratoires ne sont guère documentés.

Pourquoi évaluer les besoins actuels et à venir de PS ?

Quatre arguments principaux plaident en faveur de l'évaluation du nombre de professionnels de la santé dont les pays individuels auront besoin dans 5, 10 ou 15 ans, en spécifiant leur type ainsi que leurs compétences et responsabilités.

Le premier argument est axé sur l'évolution des besoins en services de santé à mesure que les besoins démographiques (structure d'âge et de sexe), épidémiologiques, culturels et sociaux des populations changent. Les populations européennes vieillissantes présentent des schémas de besoins qui nécessitent un décalage vers les services pour gérer les affections chroniques, offrir une meilleure aide sociale et répondre aux besoins en fin de vie. L'émergence de nouvelles maladies infectieuses et la résurgence de plus anciennes, telles que la tuberculose créent également des besoins qui s'ajoutent aux besoins existants. Tout cela nécessite des ajustements dans la composition du PS et dans l'ensemble des aptitudes techniques et culturelles que les travailleurs devront maîtriser tout en gardant la capacité de fournir les services offerts actuellement.

Ensuite, la demande de services variera aussi sous la pression de facteurs tels que l'évolution des attentes des utilisateurs, la migration des populations, les innovations technologiques (produits pharmaceutiques, équipements et techniques de diagnostic et de traitement, télémédecine) et les innovations organisationnelles destinées à améliorer les performances des systèmes de soins de santé (glissement vers les soins primaires, travail d'équipe, intégration des services, nouvelles dispositions contractuelles et conditions de travail).

Le troisième argument est que le PS lui-même change. Il subit des variations sociodémographiques (par exemple, vieillissement) et la féminisation de certaines professions telles que la médecine, la dentisterie et la pharmacie. Par ailleurs, les attentes des travailleurs plus jeunes en termes de qualité de vie sont différentes de celles des générations précédentes. Ces changements ont un impact sur la participation au marché de l'emploi et sur la productivité. En outre, le recrutement dans le secteur de la santé fait face à une solide concurrence d'autres secteurs, en particulier dans les domaines de moindre valeur tels que le nursing et l'aide sociale.

Finalement, le décalage entre les décisions d'introduire des changements et les résultats effectifs peut être long. Passer à l'échelle supérieure pour la production de nouveaux travailleurs peut nécessiter l'ouverture de nouvelles écoles ; le recrutement de formateurs supplémentaires ; le remaniement des programmes de cours existants et la création de nouveaux ou l'introduction de nouvelles stratégies pédagogiques. Tout cela peut prendre des années.

Les décideurs sont de plus en plus conscients des défis liés à l'ajustement de l'offre de professionnels de la santé, ne fût-ce que parce qu'ils représentent environ 10 % de la main-d'oeuvre totale : dans de nombreux pays, ils sont chargés de prévenir les déséquilibres tels que les pénuries ou les excédents ou la mauvaise distribution géographique ou organisationnelle qui n'induisent pas seulement des coûts économiques mais ont également un impact sur les performances de l'ensemble du système des services de santé. Attendre que ces ajustements se produisent spontanément ou que la main invisible du marché s'en charge pourrait être assimilé à de la naïveté.

L'évaluation des besoins est seulement le début du processus de développement des ressources humaines qui sous-tendent un système de santé ; ses résultats servent alors à discuter et définir des priorités, objectifs et stratégies conformes aux politiques plus étendues en matière de services et de santé.

Objectif et structure du condensé thématique

L'objectif de ce condensé est d'informer les décideurs et technocrates de l'état des connaissances sur la meilleure méthode pour évaluer les futurs besoins en PS et y répondre. Les conseils fournis sont basés sur les preuves disponibles sur l'expérience de pays qui ont développé des stratégies pour estimer leurs futurs besoins : des exigences à propos du nombre de professionnels de la santé dont ils ont besoin, de leurs compétences, de leur lieu de travail, du type d'arrangements organisationnels et de leurs conditions de travail.

Le condensé évoque d'abord la nature du défi de l'évaluation du futur PS. Il aborde alors les outils et stratégies disponibles et discute de leurs forces et

faiblesses et présente les leçons tirées des expériences nationales pertinentes et résume les principaux messages tirés de l'analyse de la situation actuelle.

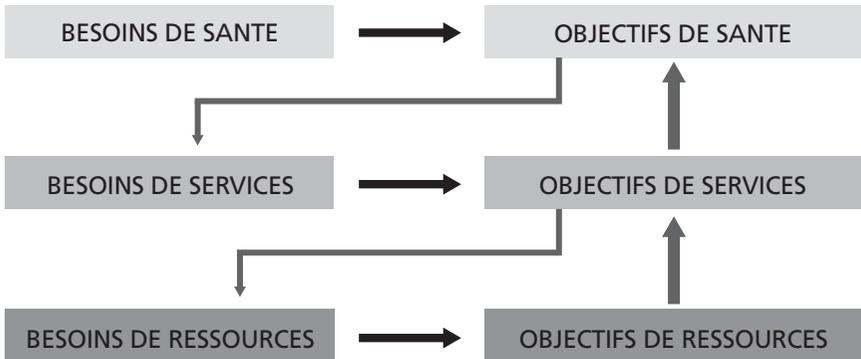
2 Les défis de l'estimation des besoins/exigences en futur PS

Principes importants

Afin d'être efficace, une évaluation des besoins en PS doit être techniquement saine mais, par-dessus tout, doit respecter quelques principes de base importants.

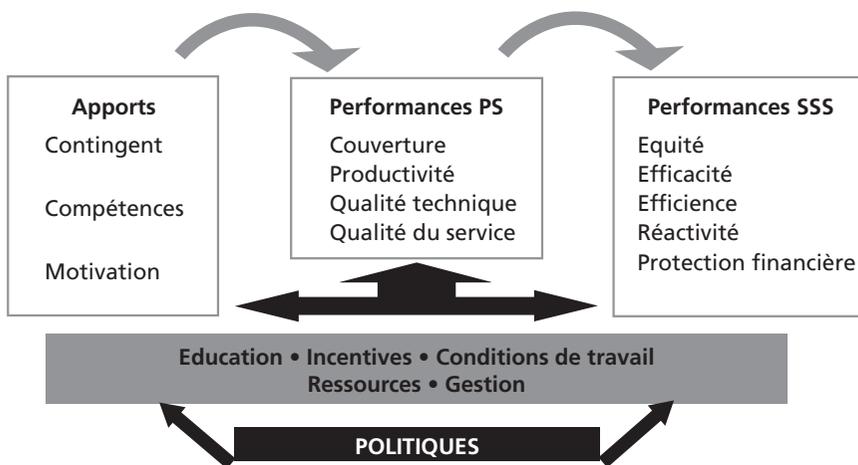
- Les besoins en ressources humaines et autres doivent être considérés comme subordonnés aux besoins et objectifs de services et de santé dont ils sont dérivés (Fig. 1) : ces derniers peuvent être formulés dans une politique sanitaire nationale et basés sur une série d'objectifs de performance, par exemple l'égalité de l'accès, l'efficacité, l'efficience, la réactivité, la protection financière, conformément à la proposition de l'Organisation Mondiale de la Santé (1) (voir Fig. 2).

Fig. 1. La relation entre les besoins et les objectifs



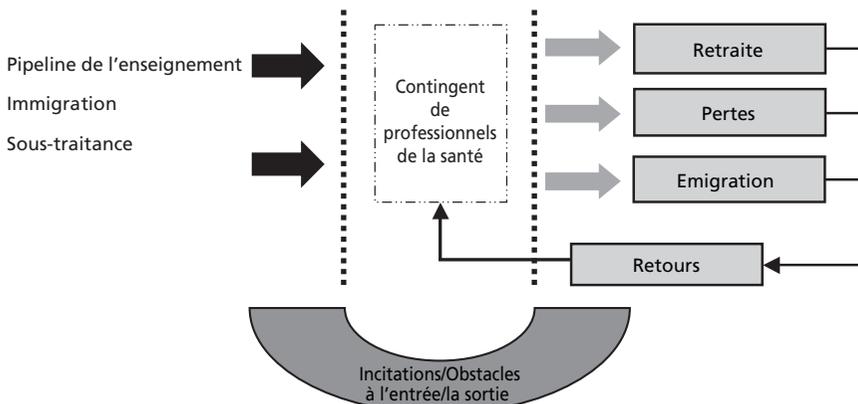
- Un autre principe est que les futurs besoins dépendent de ce que l'on attend d'"un personnel performant" en termes de couverture de services et de populations, de productivité et de qualité de la prestation (Fig. 2) ; sans une telle définition, les décisions en rapport avec le futur PS seront aléatoires ou basées sur des critères autres que les objectifs et besoins de services.

Fig. 2. PS et performances du Système des Services de Santé (SSS)



- Enfin, une compréhension saine de la dynamique actuelle et à venir de l'entrée et de la sortie du marché de l'emploi de la santé est une condition préalable à une prévision précise des besoins et à la conception de réponses appropriées (Fig. 3).

Fig. 3 Un modèle simple de la dynamique du contingent de professionnels de la santé¹



¹ Comprend tous les travailleurs, qu'ils soient actifs (au travail ou en disponibilité) ou non (formés mais non désireux de travailler dans le secteur de la santé). Les pertes comprennent les non-participants et ceux qui quittent le secteur, pour quelque raison que ce soit, avant la fin normale de la vie professionnelle.

Défis en rapport avec les besoins et la demande de services et de travailleurs de la santé

L'estimation des besoins et de la demande à venir soulève plusieurs questions préliminaires essentielles telles que :

- Quel sera le profil démographique, épidémiologique et socioculturel de la population dans 5, 10 ou 15 ans ?
- Quels seront les principaux besoins en matière de santé ? Plus de maladies chroniques, plus de problèmes mentaux, nouvelles maladies liées aux flux migratoires, aux changements climatiques, aux risques environnementaux ?
- Quelle forme la demande de services prendra-t-elle ? Quelles seront les préférences des citoyens et utilisateurs mieux informés et éduqués, des décideurs et des payeurs ? Comment ces services seront-ils financés ?
- Comment la technologie et les changements organisationnels influencent-ils la demande ? Par exemple, la priorité donnée aux soins primaires, comme le veut la politique dans de nombreux pays de l'U.E., crée une demande pour davantage de services de proximité, y compris la prévention, la santé publique et la promotion. L'expansion des soins ambulatoires façonne la demande de services, y compris un mode différent de délivrance des soins hospitaliers. L'accès à des services spécialisés sera-t-il facilité par les technologies de l'information et de la communication ? Vont-elles faciliter l'utilisation transfrontalière ? La pratique factuelle deviendra-t-elle la norme grâce à un meilleur accès à l'information ?
- Quel type de travailleurs (les cliniciens mais aussi les formateurs, chercheurs, gestionnaires) sera nécessaire/demandé ? Dans quel nombre ? Avec quelles compétences et quel niveau de formation ? A quel prix ?
- Qui décidera de la nature des "besoins" et à quel niveau ?

Les défis en rapport avec l'offre soulèvent également une série de questions difficiles

- Quelle est l'offre actuelle ? Son profil démographique (âge/sexe, tendances) et professionnel (éventail de compétences, profil de formation) ? Comment est-elle distribuée, par type d'organisation, par niveau et type de services (y compris non cliniques tels que le management, la formation, la recherche, d'autres activités en rapport avec la santé), par région géographique, entre les secteurs publics et privés ? Cela peut sembler une question facile mais, en réalité, peu de pays ont développé des systèmes d'information qui donnent ce type de données avec précision.

- Quelle sera l'offre dans 5, 10 et 15 ans si les niveaux de production actuels restent constants ? Quel est le potentiel d'expansion de la production si nécessaire ? Existe-t-il actuellement une surproduction dans certains groupes et, le cas échéant, comment peut-elle être réduite ? Quel est le mécanisme par lequel les employeurs peuvent influencer les producteurs et formateurs à s'ajuster à leurs besoins ?
- Le pays perd-il des travailleurs par l'émigration ou par des formes de pertes autres que les "pertes normales et attendues", par exemple la retraite anticipée et les petits nombres de pertes dues à une mauvaise santé, un accident, la mort ou un faible degré de satisfaction ?² Cela serait le cas si les travailleurs choisissent de quitter le secteur de la santé, à la recherche de meilleures conditions de travail.
- Quels sont les principaux indicateurs du marché de l'emploi (par exemple, taux de participation ; proportion de travailleurs à temps partiel/à temps plein, chômeurs, cumul de fonctions) et comment évoluent-ils ?
- Quels seront les services offerts, dans quel type de structure et par qui ? Quel sera l'impact sur les besoins de formation ?
- Comment la technologie aura-t-elle un impact sur la capacité de production de services ?
- Quels seront les préférences et comportements des prestataires en termes de type et d'intensité de l'activité (nombre d'heures prestées), de spécialités, d'attributions et de niveaux de soins ?
- Comment les services seront-ils organisés (intégration des soins, travail d'équipe) ? Comment la productivité va-t-elle évoluer ?
- Quels sont les écarts critiques entre l'offre et la demande effectives, entre l'offre et la demande à venir (quels sont les intervalles mesurés, calibrés) ?

Toutes ces questions posent des problèmes qui vont au-delà de la prévision de simples chiffres. Des exemples de thèmes apparentés comprennent l'expansion de la portée de professions telles que le nursing ou le transfert de tâches qui fait référence à la délégation de tâches traditionnellement exécutées exclusivement par un groupe à d'autres groupes ; ou le développement de nouvelles méthodes de travail, en équipe ou à distance par la télémedecine, par exemple. Celles-ci doivent être envisagées dans une réflexion sur les besoins futurs en PS d'un pays.

² La Nurses Early eXit sTudy (NEXT), financée par la Commission européenne, étudie ces tendances dans le nursing dans 10 pays, voir <http://www.next.uni-wuppertal.de/EN/index.php?next-study>.

Défis méthodologiques

Une évaluation des besoins doit également résoudre quelques problèmes complexes et difficiles sur le plan méthodologique et technique. L'état actuel de la plupart des bases de données nationales est généralement inadéquat pour permettre une analyse valable et fiable de la situation de base.

Les données relatives au PS ne sont pas toujours globales (souvent le secteur privé reste une boîte noire, tout comme le secteur informel, en particulier dans l'aide sociale et les "médecines parallèles"). Les informations présentent des lacunes sur certaines dimensions du PS, telles que le type et le niveau d'activité, le cumul de fonctions, les flux migratoires, le lieu d'exercice.³ Les définitions des catégories professionnelles varient au fil du temps, rendant les comparaisons longitudinales impossibles (par exemple, un travailleur "étranger" peut signifier "né dans un autre pays", "possédant la nationalité d'un autre pays", "formé dans un autre pays", etc.). Un autre exemple réside dans les définitions multiples d'une "infirmière". Finalement, de nombreuses bases de données n'apportent pas de données en temps réel, imposant aux planificateurs de travailler sur la base d'un instantané d'une situation qui a déjà changé.

L'adoption d'une approche d'évaluation des besoins globale et non profession par profession est un autre défi majeur. Elle serait nécessaire dans un contexte dans lequel les différentes catégories professionnelles sont étroitement liées. Elle suppose de s'entendre sur la nature de la division et de l'organisation du travail à l'avenir et sur le mode d'interaction des différentes catégories de travailleurs.

Un autre problème méthodologique complexe est l'imprévisibilité relative des comportements des utilisateurs et prestataires : à quoi ressembleront les schémas de mobilité/migration ? Les circonstances économiques inciteront-elles les professionnels de la santé à quitter leur pays ou, au contraire, les en dissuaderont-elles ? Le tourisme médical et l'utilisation transfrontalière vont-ils se développer ? Les prestataires voudront-ils prendre leur retraite anticipée ou seront-ils forcés de la prendre plus tard ? Une autre variable qui est difficile à évaluer est l'évolution des technologies de l'information et leur impact sur le secteur de la santé. Aucune réponse définitive ne peut être fournie, il est par conséquent utile de travailler avec des scénarios.

La réforme des systèmes de santé peut également contribuer aux défis méthodologiques. Par exemple, des changements dans les structures du système de santé (par exemple, décentralisation, intégration organisationnelle)

³ Par exemple, le lieu sur lequel se base la distribution géographique des travailleurs, leur domicile plutôt que leur lieu de travail, comme c'est souvent le cas dans les registres professionnels.

et le financement (à la fois en termes de niveau de ressources financières disponibles et de mécanismes de distribution) peuvent intervenir rapidement, en particulier dans un environnement économique étriqué.

Finalement, les incertitudes concernant l'évolution de l'environnement socioéconomique plus large et de son impact sur le marché de l'emploi représentent une autre variable qui n'est pas facile à contrôler.

Stratégie/Défis politiques

L'utilité et l'efficacité de l'évaluation des besoins en PS dépendent de la capacité et de la bonne volonté des technocrates et décideurs sur les points suivants :

- Définir la vision des futurs services de santé et obtenir le soutien et l'engagement des parties intéressées dans le processus de mise en œuvre de cette vision. Adapter les processus pédagogiques aux nouveaux besoins des services de santé, à la pression visant à harmoniser la formation dans et entre les pays, à des stratégies d'apprentissage innovantes (e-learning, ...), à la formation continue. Cela impose d'engager des institutions d'enseignement (qui sont traditionnellement très protectrices de leur autonomie et focalisées sur le développement académique) dans le processus de soutien des objectifs et politiques de santé nationale. Pour une totale collaboration entre les secteurs, les employeurs doivent également reconnaître et soutenir la nécessité de fournir un apprentissage clinique approprié pour les personnes en cours de formation.
- Obtenir la collaboration des instances de réglementation et organisations professionnelles, un composant essentiel de processus tels que l'analyse des attributions, le transfert de tâches, le développement professionnel continu et la création de conditions pour une meilleure intégration des services (par exemple, soins à l'hôpital/ambulatoires/à domicile). Le paysage professionnel dans la santé est composé d'une constellation de syndicats, de conseils, d'associations scientifiques et d'instances de réglementation qui nourrissent tous leurs propres objectifs, intérêts et opinions à propos de l'évolution que doit connaître le PS. Les mobiliser autour d'objectifs communs est un défi politique majeur.
- Faire d'une profession de santé un choix attractif par rapport à des secteurs concurrents dans un contexte de ressources limitées ; et, dans le secteur de la santé, améliorer l'attrait de secteurs qui peuvent être moins populaires, mais sont néanmoins essentiels, tels que la gériatrie, la santé mentale, la santé professionnelle ou les soins primaires.

En identifiant ces défis, cette synthèse n'a pas pour but de décourager les technocrates et décideurs en présentant l'ampleur des défis qui s'imposent au

processus de conception du PS de demain. Elle a pour but de les sensibiliser à la nécessité de créer les conditions qui rendront cette tâche essentielle opportune et efficace. Un défi bien compris est plus facile à relever.

3 Approches, stratégies et outils

Bien que tout le monde s'accorde à dire que l'idéal, pour un pays, c'est d'avoir un PS composé du bon nombre de professionnels de la santé qui possèdent les bonnes compétences, exercent au bon endroit, montrent les bonnes attitudes et le bon engagement, font leur travail avec efficacité et efficience, pour un bon coût et une bonne productivité (2, 3, 4), les stratégies visant à définir comment tendre vers cet idéal ne sont pas aussi évidentes. Différents modèles, approche et kits d'outils⁴ ont été proposés et essayés au fil des années par des instances internationales ainsi que par des pays individuels. Un document récent de l'Organisation Mondiale de la Santé a passé en revue et résumé la littérature sur le sujet (5). Il présente et aborde : (a) un aperçu des modèles proposés par des instances internationales, tels que le modèle de projection des exigences et de l'offre de personnel de l'OMS⁵, le modèle de santé intégré du Programme des Nations Unies pour le développement, une application de tableur développée pour estimer les ressources nécessaires afin d'atteindre les Objectifs de développement du millénaire en rapport avec la santé (Projet du Millénaire des Nations Unies, 2007) et le logiciel *iHRIS Plan* développé par le Projet de Capacité⁶ ; (b) des exemples d'expériences d'instances gouvernementales locales et de pays à moyen et haut revenu dans la planification du PS de demain. L'analyse de la situation de l'emploi pour déterminer les futurs besoins en personnel se fonde habituellement sur des variables telles que la croissance attendue de la population, les changements technologiques et sociaux, l'éventail des compétences, les performances individuelles et la politique de santé.

Au moins quatre approches principales ont été utilisées dans le passé pour estimer les futurs besoins (5,6,7,8) :

Le rapport professionnel de la santé/population est le plus simple et le plus couramment utilisé. Le rapport souhaité peut être défini conformément

⁴ Analyse de la situation, projections, prévisions, simulation, méthodes de scénario.

⁵ Qui comprend la méthodologie WISN (workload indicators of staffing needs) de l'OMS et d'autres outils de planification (voir : <http://www.who.int/hrh/tools/planning/en/index.html>).

⁶ Le Projet de Capacité est une initiative de l'USAID (agence américaine pour le développement international) lancée en 2004 pour renforcer les ressources humaines pour la santé dans les pays à bas revenu (<http://www.capacityproject.org>).

aux critères fixés par le gouvernement, par les professionnels eux-mêmes, par une instance technique ou par l'utilisation d'autres pays en tant que référence (par exemple, moyennes régionales). Il peut aussi simplement être négocié par les principaux intéressés.

L'approche de l'utilisation et de la demande estime les futures exigences sur la base des niveaux actuels d'utilisation des services, ajustés en fonction de futures projections des profils démographiques.

L'approche service-objectif définit les objectifs pour la production et la prestation de services spécifiques et les convertit en normes de personnel et de productivité (personnel minimum desservant une population de x personnes ou par type de structure). Elle permet de mieux comprendre les tâches et compétences requises pour assurer des interventions spécifiques.

L'approche des besoins en matière de santé et de services estime les exigences du PS de demain sur la base des besoins projetés de la population en matière de santé et de services. Elle définit les "besoins de services" en fonction de l'âge et des tendances de la morbidité spécifique au sexe et des normes de service et, ensuite, les convertit en exigences de personnel, en utilisant des normes de productivité définies professionnellement.

Chacune de ces approches possède des forces et faiblesses qui doivent être prises en considération lors de leur utilisation.

Les rapports travailleurs/population

Ceux-ci offrent un indicateur simple et facile à calculer et à comprendre. Il est souvent utilisé pour comparer les pays ou régions (voir Annexe) mais il est difficile à interpréter à cause des problèmes liés au numérateur et au dénominateur. Les travailleurs sont considérés comme une catégorie homogène : les variations en termes de niveau (nombre d'heures prestées) et de type (clinique ou autre) d'activité ou dans la productivité ne se traduisent pas dans le numérateur. Lorsque des comparaisons sont opérées entre pays, d'autres problèmes apparaissent : différences dans la définition et les attributions des différentes catégories professionnelles ainsi que dans les descriptions de fonction, les rôles et responsabilités, la formation et les structures dans lesquelles la profession peut être exercée. Par exemple, la définition d'une "infirmière" peut aller d'une spécialiste titulaire d'un diplôme universitaire, travaillant de manière autonome, avec des droits de diagnostic et de prescription à une professionnelle de la santé, dotée d'une formation professionnelle et travaillant sous les ordres d'un médecin en passant par toutes les formes intermédiaires, ce qui rend toute comparaison impossible.

De manière similaire, le dénominateur n'envisage pas le profil démographique, épidémiologique et social de la population ou ses schémas d'utilisation des

services (y compris transfrontaliers). En un mot, ce rapport ne traduit pas la capacité réelle de production ni les besoins réels de services.

L'approche de l'utilisation ou de la demande

Celle-ci peut être utile pour estimer les futures pressions sur les services dans le contexte d'une population vieillissante, par exemple. Elle peut servir à alerter les décideurs des frais supplémentaires qui devront être supportés si l'offre de travailleurs de santé augmente au même rythme que la demande.

L'inconvénient est que les informations à propos de l'utilisation et de la demande ne sont pas toujours disponibles, en particulier en ce qui concerne l'utilisation des services privés et, point plus important, l'approche postule que l'utilisation et la demande observées sont adéquates et efficaces. Il est bien établi, dans des études de variations géographiques, par exemple, que certains schémas d'utilisation sont plus appropriés que d'autres. La demande en services de santé est très sensible aux facteurs professionnels, économiques et socioculturels. L'asymétrie des informations en faveur des prestataires peut conduire à une certaine forme d'induction (volontaire ou non) de la demande de services tels que des procédures de diagnostic, des hospitalisations et des médicaments. Le coût des services aux utilisateurs influence aussi l'utilisation ; plus le coût est élevé, plus il devient un obstacle à l'utilisation, comme l'illustre l'utilisation inférieure des prestations non-assurées telles que celles des dentistes. Les facteurs tels que le niveau d'éducation, le statut marital, les convictions et représentations sociales, le lieu de résidence contribuent également à façonner la demande. Finalement, il existe un écart entre la demande, l'utilisation et les besoins de services que cette approche ignore.

L'approche service/objectif

Cette approche est aussi relativement simple et politiquement séduisante étant donné que les populations comprennent facilement les objectifs. Par ailleurs, elle souffre des mêmes faiblesses que le rapport travailleurs/population en postulant que les besoins sont les mêmes partout et que tous les prestataires sont équivalents. Par exemple, elle postule qu'il n'y aura aucune variation de productivité ou de style de pratique. Les critères pour définir les objectifs ne sont pas toujours explicitement définis ; ils peuvent traduire les positions et intérêts des professionnels et experts ou simplement la capacité du pays à payer. Si des normes surréalistes sont définies, le résultat sera la création d'attentes qui sont impossibles à satisfaire.

L'approche des besoins de santé et de services

Celle-ci tente de remédier aux faiblesses des approches précédentes. Les besoins de santé qui correspondent aux écarts entre le statut de santé observé

et souhaitable, exprimés en termes d'indicateurs quantitatifs (taux d'incidence et de prévalence, taux de mortalité standard), constituent la base dont sont dérivés les besoins de services (Fig. 1, p.3). Ils représentent l'écart entre les services disponibles et ceux nécessaires pour répondre aux besoins de santé. Les besoins de ressources, tels que le PS, sont à leur tour dérivés des besoins de services. Cette approche rationnelle peut être la plus adéquate mais c'est également la plus difficile à opérationnaliser. D'abord, la connaissance des besoins de santé est très imparfaite parce que les définitions des concepts de santé et de besoin sont des constructions sociales qui varient en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'éducation, du statut économique, des convictions religieuses, de l'appartenance ethnique, des expériences passées de la maladie et des valeurs. Les professionnels de la santé, les décideurs, les instances de financement et les consommateurs peuvent diverger sur la nature de ces besoins. Souvent, les prestataires ne parviennent pas à s'entendre sur la définition des besoins. La priorité d'un groupe peut ne pas être celle d'un autre. La mesure des besoins est également un défi, en particulier en ce qui concerne les dimensions telles que le bien-être mental, psychologique ou social. Les connaissances à propos de la capacité de services spécifiques à répondre aux besoins de santé sont également imparfaites ; en fait, la plupart des interventions et services n'ont pas été évalués en termes d'efficacité et d'efficience. Les besoins de santé et de services changent et des mécanismes sont nécessaires pour contrôler ces changements, autant que possible en temps réel.

Finalement, les besoins régionaux ou de plusieurs pays, tels que les maladies rares, qui pourraient être mieux gérés à un niveau européen dans des centres très spécialisés ne sont pas évalués au niveau national, ce qui laisse une lacune à combler à un niveau supérieur.

4 Expériences nationales

Qu'ont fait les pays pour évaluer leurs futurs besoins en PS ? Les expériences présentées ici ne sont pas représentatives. Tout d'abord, la grande majorité des pays dans le monde n'ont pas de ressources humaines explicites affectées à une stratégie de santé. Typiquement, l'intervention dans la plupart des pays, en rapport avec le PS, consiste davantage à déterminer le nombre de formations et les coûts correspondants qu'à développer une stratégie globale couvrant les questions de la rémunération, des conditions de travail, du recrutement et de la fidélisation. Parmi les pays de l'UE, seuls quelques-uns ont développé une telle stratégie ; la majorité opte toujours pour une approche réactive consistant à faire face aux problèmes lorsqu'ils deviennent aigus et politiquement sensibles. Les expériences de la Belgique, de l'Angleterre, de la Finlande, de l'Allemagne, de l'Irlande, de la Lituanie, de la Slovaquie et de l'Espagne ont été choisies pour inclure des pays de toutes tailles en termes de population et des Etats unifiés et fédéraux ainsi qu'un pays qui a appliqué une politique stricte de décentralisation administrative (Finlande). L'Australie et le Canada, deux Etats fédéraux, ont été ajoutés comme exemples de pays qui ont consenti des efforts majeurs dans le développement du PS au cours des 20 dernières années.

Australie

En Australie, la planification du PS soutenue par le gouvernement intervient à la fois au niveau national et au niveau des Etats/Territoires. La Health Workforce Australia (HWA), une instance nationale constituée récemment, supervisera l'attribution d'aides financières pour les formations cliniques préprofessionnelles, facilitera les mécanismes basés localement pour le placement d'étudiants à des postes de formation adéquats et soutiendra le développement de bases de données du PS (www.nhwt.gov.au/nhwt.asp). L'Australie met également en place un registre statistique national du PS qui pourrait aider les initiatives de planification à plus long terme et fournira des conseils concernant le développement des effectifs. Au niveau des Etats, les ministères de la santé ont une fonction de planification/développement des effectifs pour les catégories professionnelles autres que les médecins, qui assume la responsabilité de collaborer avec des prestataires de services éducatifs pour garantir la formation d'un personnel suffisant et de travailler avec les employeurs en vue d'encourager de nouvelles méthodes de travail et l'utilisation efficace de placements cliniques (9).

Les admissions dans les facultés de médecine sont régulées par le gouvernement (fédéral) du Commonwealth par la subvention des places dans les universités. Depuis les années 90, le gouvernement du Commonwealth a imposé un numerus clausus aux places dans les facultés de médecine mais

a également financé la création de facultés de médecine supplémentaires pour augmenter les capacités internes. Des limites sont imposées également au nombre de postes de spécialisation. La formation post-universitaire se déroule principalement dans les hôpitaux liés aux universités. Le nombre d'étudiants en médecine a enregistré une augmentation au cours des dernières années, en partie à la suite de l'ouverture de nouvelles facultés de médecine.

Le nombre de places disponibles dans les écoles de nursing pour les formations d'infirmière diplômée est déterminé par les universités individuelles, en concertation avec les gouvernements d'Etat. Aucune allocation spécifique n'est accordée aux universités pour la formation des infirmières dans leur dotation globale provenant du gouvernement du Commonwealth, mais ces dernières sont tenues d'organiser un nombre minimum de places d'infirmières pour une formation aux soins infirmiers de base afin de garantir une offre de services adéquate pour chaque Etat et territoire. Les étudiants qui entreprennent une formation d'infirmier reçoivent une bourse qui a été majorée ces dernières années pour traduire les inquiétudes suscitées par le recrutement du personnel infirmier. Le gouvernement fédéral a annoncé récemment une nouvelle initiative pour débloquer des fonds afin d'encourager les cabinets généralistes en soins primaires à employer plus d'infirmières assistantes et envisage également un soutien financier pour renforcer le recours à des infirmières praticiennes.

Belgique⁷

En Belgique, l'organisation de la formation des professionnels de la santé relève de la responsabilité des Communautés (française, flamande et germanophone) tandis que l'enregistrement et l'agrément des qualifications relèvent de la responsabilité de l'Etat fédéral. La législation fédérale permet l'établissement d'un quota d'accès à une profession, ce qui nécessite une évaluation des besoins à la fin de la période de formation lorsque les professionnels de la santé récemment diplômés arrivent sur le marché de l'emploi et explique dès lors le besoin d'un calcul prévisionnel du PS futur.

En 1996, une commission nationale de planification du personnel médical a été constituée à cette fin.⁸ Cette commission conseille le Ministre de la Santé et des Affaires sociales dans les matières liées à la planification du PS.

La Commission est composée de représentants des universités, des organismes d'assurance santé, des organisations professionnelles, des instances

⁷ Préparé en collaboration avec Henk Vandenbroele, Chef de département, Planification des professions de santé et Melle Riet De Kempeneer, Attachée internationale et Coordination stratégique, Service public fédéral Santé, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Belgique.

⁸ Commission de planification – offre médicale/Planningscommissie-medisch aanbod.

gouvernementales fédérales et communautaires et de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité (RIZIV-INAMI) – un total de 31 membres. La Commission est soutenue par un secrétariat de quatre personnes (chef du département qui agit comme secrétaire de la Commission, deux statisticiens et un administrateur, pas tous à temps plein) du service de planification des professionnels de la santé, qui relève du Service public fédéral Santé, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement⁹.

Les modèles prévisionnels ont initialement été conçus au Ministère de la Santé pour tester l'effet de différents scénarios sur les effectifs futurs. Les résultats sont discutés au sein de la Commission de Planification qui conseille le ministre. Les paramètres utilisés dans les prévisions sont : contingent de départ de la profession selon l'âge et le sexe, vieillissement et survie des professionnels de la santé, niveau d'activité en fonction de l'âge et du sexe, estimation de la réduction globale du temps de travail, estimation des migrations, arrivée de nouveaux diplômés et féminisation de la population diplômée. Du côté de la demande, la population actuelle et prévue par âge et par sexe a été utilisée. En premier lieu, des scénarios ont été produits pour les médecins, puis ont été suivis par d'autres pour les dentistes, physiothérapeutes et infirmières. A la suite de ces prévisions, des quotas pour les dentistes et physiothérapeutes ont été définis et appliqués.

L'approche a depuis lors été évaluée, affinée et étendue, avec un audit scientifique des scénarios et modèles en 2003, la législation en vue d'une base de données fédérale pour les professionnels de la santé (le "cadastre") en 2003, l'expansion du côté demande du modèle avec des données de consommation de la santé en 2005 et le lancement du premier programme pluriannuel en soutien de la Commission de planification en 2006.

Le premier programme pluriannuel, appelé PLAN1.2006, avait pour but :
 a) d'"harmoniser" tous les modèles en un modèle accessible aux intéressés ;
 b) de définir les besoins d'informations et sources de données pour la future base de données fédérale ; et c) de combler les lacunes dans les estimations des paramètres en utilisant des enquêtes parmi les professionnels de la santé. Le modèle basé sur le web est désormais accessible aux intéressés¹⁰, l'un est publié (10) et les autres sont en cours de rédaction. Quatre enquêtes ont été

⁹ Service Public Fédéral de Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement/Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

¹⁰ Accès protégé via une application à base web. En français, "Le modèle de planification des professions de santé" via https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,16454533&_dad=portal&_schema=PORTAL En néerlandais : "Het Planningsmodel van Gezondheidsberoepen" via https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,16454533&_dad=portal&_schema=PORTAL

achevées (11, 12, 13, 14) et les résultats ont été discutés avec les intéressés. Plusieurs nouvelles sources de données sont accessibles ; la plus importante est appelée l' "échantillon permanent" – un échantillon aléatoire d'une cohorte prospective de consommateurs belges de services de santé.¹¹

Un nouveau programme pluriannuel est en cours de développement, dans le but de répéter les enquêtes auprès des professionnels de la santé, d'élargir le côté demande du modèle à des scénarios basés sur les besoins, en plus des scénarios basés sur les professions de santé ; des données valables et plus fiables par fusion de données provenant de trois sources : le Ministère de la Santé, l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI/RIZIV) et l'entrepôt de données sur le marché de l'emploi national. Les sources combinées devraient permettre de définir les professionnels de santé selon les définitions internationales "habilité à exercer", "professionnellement actif" et "en exercice".¹²

Depuis le début du développement de ce processus en Belgique, l'objectif a été une politique factuelle, même dans le contexte de données limitées. Les programmes pluriannuels vont dans ce sens en utilisant des outils et techniques de gestion de projet et en offrant un projet cohérent, prévisible au fil du temps et clair dans un contexte politique qui évolue parfois très rapidement.

Canada

Le Canada est également un pays fédéral dans lequel certains aspects de la politique de santé sont déterminés ou coordonnés au niveau national mais la responsabilité de la politique et de la planification incombe aux provinces/territoires. Chaque province a une approche différente de la gestion de son système de services de santé ainsi que de son PS. Les soins de santé sont financés par un système d'assurance santé financé publiquement et dispensés par un éventail d'organisations publiques et privées. En plus des ressources attribuées par les provinces, le gouvernement fédéral alloue des subsides sur une base forfaitaire en fonction de la population de la province.

Ils sont destinés à encourager les provinces à se conformer aux règles et normes nationales telles que les principes de l'universalité de la couverture, du libre accès aux services ou de la portabilité de la couverture d'une province à une autre.

¹¹ Plus d'informations en français : <http://www.riziv.fgov.be/information/fr/sampling/index.htm> ou en néerlandais : <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/sampling/index.htm>

¹² En 2010, l'OCDE, Eurostat et l'OMS recueilleront des données par l'intermédiaire d'un "Joint data collection on non-monetary health care statistics questionnaire" en vue d'harmoniser leurs statistiques.

Une approche nationale de la planification des ressources humaines en matière de santé a été définie en 2003 dans la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé (15). Les objectifs étaient de garantir que le personnel compétent soit en place pour offrir des soins de santé d'excellent niveau, des éléments clés intégrés de planification du PS, l'amélioration du recrutement et de la fidélisation et la promotion de l'éducation interprofessionnelle. Le Canada possède des données relativement bonnes à propos du PS, à la fois au niveau provincial et à l'échelle nationale, qui sont fournies par l'intermédiaire de l'Institut canadien d'information sur la santé (www.cihi.ca). Les provinces financent les places de formation, ce qui leur donne un contrôle de facto de la croissance des effectifs. Les places dans les facultés de médecine et stages de formation post-universitaire sont régulées et leurs nombres sont ajustés en fonction des prévisions de la demande. Les formations post-universitaires sont dispensées uniquement dans les hôpitaux et centres de santé à caractère universitaire. Aucune limite n'est imposée quant au nombre de médecins qui, une fois leur diplôme en poche, sont habilités à exercer au Canada (l'accès à la profession est difficile pour les médecins immigrés de pays qui ne relèvent pas d'une convention mutuelle de reconnaissance des qualifications).

Les gouvernements provinciaux/territoriaux financent les écoles de nursing post-secondaires. Le nombre de places disponibles dans les écoles de nursing est basé sur des négociations entre les ministères de la santé et de l'éducation. De nombreux provinces/territoires possèdent des comités consultatifs sur les soins infirmiers financés par le gouvernement qui dispensent des conseils au gouvernement sur les projets pédagogiques pour la santé.

Reconnaissant que le simple ajustement des ratios personnel/population conformément aux projections démographiques était insuffisant pour répondre aux futurs besoins, des efforts importants ont été consacrés au développement de stratégies de planification basées sur les besoins, avec un succès limité jusqu'à présent (16, 17). Des efforts soutenus de planification du PS sont réputés difficiles compte tenu des changements de gouvernements et de priorités politiques (18).

Angleterre

La majeure partie des soins sont fournis par le National Health Service (NHS). La responsabilité de la politique et de la planification du NHS est dévolue à l'Angleterre, à l'Irlande du Nord, à l'Écosse et au pays de Galles, avec un seul cadre régulateur faïtier et une structure de rémunération et de carrière identique ou similaire pour les professionnels de la santé. En Angleterre, la planification et la politique en matière de PS ont été une question prioritaire

à l'agenda politique ces dernières années et ont fait l'objet d'une Commission d'Enquête de la Chambre des Communes en 2007 (19). Son rapport a souligné un manque d'alignement entre la planification du personnel et la planification des services/finances, une capacité de planification inadéquate et des tensions au sein du NHS entre les pressions "de haut en bas" pour satisfaire les priorités politiques nationales et les pressions "de bas en haut" pour répondre aux besoins locaux de personnel et de services. La réponse à ces enquêtes a été compilée dans le Next Steps Review (NSR), qui s'est concentré sur un transfert de ressources vers les soins primaires et les services mandatés localement et a mis l'accent sur le leadership clinique (20,21,22).

Le Ministère de la Santé, en association avec d'autres départements et organes gouvernementaux (par exemple, le Ministère de l'Éducation) possède actuellement la capacité d'influencer la plupart des principaux leviers qui influencent l'offre, la formation, la rémunération et la migration internationale du personnel de santé. Il occupe également une position solide pour exiger des données pertinentes et standardisées à des fins de planification des employeurs du NHS. L'évaluation et la planification des besoins de personnel médical sont dirigées par le Ministère de la Santé tandis que le Medical Education England (MEE), constitué récemment, joue un rôle important, tout comme le nouveau Centre for Workforce Intelligence (CWI). Ces organisations nationales travailleront en partenariat avec les Strategic Health Authorities (SHA) et les instances professionnelles (par exemple, les collèges royaux). Des développements récents sont également intervenus dans la modélisation de la demande, associés à des groupes de soins/"pathways" spécifiés.

Si, dans un passé récent, une ambition politique a été affirmée pour "intégrer" plus efficacement une planification de la main-d'oeuvre pour les catégories médicales et non médicales de personnel afin d'améliorer les décisions sur l'éventail de qualifications et de soutenir un travail d'équipe multiprofessionnel, cela n'a pas tout à fait été le cas en pratique. Le rapport Tooke (23) a résumé les "avantages" d'une planification décentralisée du personnel médical, à savoir d'être dirigée par la demande et réactive localement tandis que, selon ses "inconvenients", elle serait la "distribution d'une fonction actuellement inadéquate", qu'elle gêne la supervision nationale et que le bilan des missions décentralisées n'est pas globalement positif – en mettant le doigt sur des exemples dans lesquels les budgets de formation ont été "dévalisés" pour des fonds à d'autres fins. La réponse politique est de renforcer la division à long terme entre la politique et la planification en matière de personnel "médical" et "non médical" et une totale "intégration" de la planification du PS au-delà des professions n'est pas à l'ordre du jour.

Au niveau régional, les SHA gardent les budgets pour l'organisation de l'éducation et de la formation dite "non médicale" (en particulier, le personnel infirmier et paramédical) et sont supposés mettre sur pied des plans de personnel utilisant l'intelligence des employeurs locaux du NHS (24).

Il existe un cycle annuel de planification :

- Sur la base des plans des prestataires de services, les PCT produisent des plans combinés de services et de personnel qui sont transmis aux SHA.
- Les SHA combinent les plans des PCT en un plan régional unique et développent des plans intégrés de services et de personnel pour la région qui sont la base de la définition des objectifs d'éducation et de formation.
- Les plans régionaux des SHA sont transmis par l'intermédiaire du CWI en vue de leur synthèse et de leur analyse "aux conseils consultatifs professionnels nationaux et régionaux compétents à des fins d'examen et de conseil".
- Le Ministère de la Santé désigne les étudiants en médecine et dentisterie (évalués par des organes consultatifs professionnels nationaux) ; assure la qualité des plans SHA, garantit et alloue le financement pour le développement, l'éducation et la formation du personnel "par rapport aux plans SHA à assurance de qualité" et identifie les risques nationaux par l'intermédiaire d'"un processus bilatéral renforcé et bien informé avec les SHA".

Un rapport récent (25) a observé que la capacité de planification variait selon les SHA et a souligné l'incapacité à aligner effectivement la planification financière et la planification du personnel, à la fois au niveau local et national, et d'accorder une attention suffisante aux questions de productivité et de flexibilité. Il a recommandé de poursuivre et renforcer les efforts pour développer une approche intégrée de l'évaluation des futurs besoins, en dépit des difficultés techniques impliquées.

La publication la plus récente sur la planification du personnel de NHS souligne qu'elle doit être "basée sur les principes de la coproduction, de la subsidiarité, du leadership clinique et de l'alignement du système, convenus comme les fondements essentiels d'un changement organisationnel" ; ce rapport anticipe l'élection d'un nouveau gouvernement en mai 2010 (26).

Finlande¹³

Une analyse complète de la demande et de l'offre de main-d'oeuvre dans toutes les industries, y compris l'aide sociale et les soins de santé, a été réalisée tous les quatre ans depuis 1991 afin d'aligner l'enseignement et les besoins de personnel à long terme. De nombreux acteurs participent au processus : ministres, Conseil national de l'Education, Association des autorités locales et régionales finlandaises, Statistiques de Finlande, Centre finlandais des Pensions et instituts de recherche. Le *Rapport sur le Personnel 2025* évalue la demande pour 2005–2020, prenant en considération l'économie, l'emploi, la démographie et la productivité des tendances sur le marché de l'emploi. Un modèle de calcul par le Conseil national de l'Education convertit la demande de personnel en objectifs d'admissions d'étudiants, en prenant en considération les taux de départ, les taux de participation du marché de l'emploi et ainsi de suite. Les besoins d'aide sociale et de services de santé sont supposés augmenter. Les admissions sont déterminées lors de négociations annuelles et le Ministère de l'Education signe des conventions de performances de trois ans avec les écoles polytechniques et universités. Le Ministère de l'Education consulte le Ministère des Affaires sociales et de la Santé sur les exigences en matière de compétences. Le *Plan de développement national pour les services d'aide sociale et de soins de santé 2008-2011* comprend plusieurs mesures pour garantir une offre adéquate de ressources humaines dans l'aide sociale et les soins de santé : (a) une analyse des conditions de travail pour promouvoir l'attrait du travail dans les soins de santé primaires, en particulier parmi les médecins et dentistes ; (b) une coopération renforcée entre les soins de santé et l'organisation de l'éducation et de la formation ; (c) les directives nationales sur les rôles avancés des infirmières ; et (d) un projet de loi sur les droits de prescription des infirmières. A l'heure actuelle, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé est impliqué dans un consortium qui ordonne des prévisions pour les demandes de collaborateurs de l'Institut gouvernemental pour la recherche économique sous la houlette du Ministère des Finances.¹⁴ En prévision de la demande de main-d'oeuvre et des besoins d'éducation, les rôles des intéressés/acteurs régionaux ont été renforcés par le biais de modifications législatives au début de 2010.

Les prévisions au niveau national de la demande de main-d'oeuvre et des besoins d'éducation en Finlande étaient raisonnablement précises mais les

¹³ Basé sur Vallimies-Patomäki M (2009) *Health workforce in Finland*. Etude de cas présentée lors du "Policy Dialogue on workforce planning", Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Venise, 11–12 mai. Disponible sur : <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Venice/Programme.htm>

¹⁴ Abrégé en anglais disponible sur : http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t154.pdf

déséquilibres géographiques doivent à présent être abordés. Par conséquent, des plans ont été adoptés pour les responsabilités des centres de santé et districts hospitaliers dans une anticipation régionale de la demande de main-d'œuvre à régler à l'avenir. Des discussions ont été menées également sur la façon de garantir l'alignement des prévisions régionales des besoins pédagogiques avec l'offre régionale d'éducation.

Allemagne¹⁵

L'Allemagne est un pays fédéral qui ne possède pas de système national de planification du PS ; le pays adhère aux principes que l'accès à une profession de son choix est un droit. Les admissions dans les facultés de médecine sont déterminées par le nombre de places disponibles. Les nombres sont négociés entre décideurs de la politique de santé et éducateurs. Historiquement, cela a conduit à une offre excessive de médecins ; le gouvernement a commencé à réguler le nombre de postes de médecins en exercice mais pas le nombre d'étudiants en médecine. Etant donné que la demande de formation médicale dépasse l'offre des places, de nombreux jeunes partent à l'étranger, principalement en Autriche, pour étudier la médecine. Le manque de places peut conduire les médecins à chercher du travail dans d'autres pays. Peu de données sont disponibles à propos de ces mouvements. L'Allemagne exporte des travailleurs de la santé, principalement des médecins, vers les pays voisins et vers l'Angleterre. Il n'existe pas de base de données intégrée du PS (il n'y a pas de registre national du personnel infirmier, par exemple). Récemment, des inquiétudes croissantes ont été formulées à propos du manque de docteurs en médecine – surtout dans les régions moins peuplées. Le nombre croissant de médecins qui travaillent dans d'autres pays européens a également soulevé la question d'une rémunération adéquate en Allemagne.

Toujours est-il que plusieurs initiatives de planification spécifiques existent. Dans un rapport sur le développement de l'assurance des soins à long terme, le Gouvernement a stipulé qu'à l'avenir, une pénurie d'infirmières qualifiées pouvait être attendue, en particulier dans le domaine allemand des "Altenpflege" (c'est-à-dire les soins aux personnes âgées) et que différents acteurs doivent intervenir dans cette éventualité, y compris par des efforts pour attirer de nouveaux étudiants et pour augmenter la capacité des institutions d'enseignement. Le Ministère de la Santé et le Ministère des Affaires familiales, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse (BMFSFJ) a commencé à

¹⁵ Basé sur Büscher A (2009) *Long-term care workforce in Germany*. Etude de cas présentée lors du "Policy Dialogue on workforce planning", Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Venise, 11–12 mai. Disponible sur : <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Venice/Programme.htm>

mettre en place une plate-forme d'information et des structures de support régional sur les " soins infirmiers pour les personnes âgées " et a lancé une campagne pour augmenter l'attrait de la qualification " Soins infirmiers des personnes âgées ". L'avenir des formations de nursing en Allemagne fait l'objet de nombreux débats. Un thème porte sur l'introduction d'un programme de base unique pour la formation de nursing pour les infirmières générales et pédiatriques ainsi que pour les infirmières gériatriques. Plusieurs projets de démonstration et de modélisation ont été réalisés ou sont en cours. Par exemple, un projet récent s'efforce de déterminer des leviers institutionnels, organisationnels et managériaux pour augmenter la durée pendant laquelle les infirmières continuent à travailler dans leur profession. Il comprend des thèmes tels que la sécurité professionnelle, le travail ergonomique ou la gestion de la santé.

En outre, des réformes législatives récentes lancent des projets de démonstration et de modélisation sur la délégation des tâches et responsabilités des médecins aux infirmières. Une caractéristique originale du cas allemand réside dans les efforts pour augmenter le personnel des soins à long terme au moyen d'une déprofessionnalisation, en attirant les bénéficiaires d'une aide sociale et les chômeurs dans le secteur, sur une base à long terme, ainsi que les travailleurs bénévoles. Les effets à moyen et long terme de ces initiatives sur les soins ne sont pas connus.

Irlande¹⁶

En 2007, le Ministère irlandais de la Santé (Department of Health and Children (DOHC)) a demandé de l'aide pour la planification du personnel auprès de l'Irish Expert Group on Future Skills (EGFSN – groupe d'experts irlandais sur les futurs besoins de qualification). En réponse, la Skills and Labour Market Research Unit (SLMRU) de la FÁS (autorité irlandaise de formation et d'emploi), au nom de l'EGFSN, a développé une série de modèles quantitatifs et a produit des projections de simulation illustrative sur la demande et l'offre des professionnels de la santé. Les recherches ont commencé en février 2008 et le rapport du travail a été publié en juin 2009.¹⁷

Les principaux objectifs de la recherche étaient :

1. développer un modèle quantitatif qui peut être utilisé comme un outil pour l'évaluation de différents scénarios politiques pertinents dans

¹⁶ Préparé en collaboration avec Jasmina Behan, Skills and Labour Market Research Unit (SLMRU), Training and Employment Authority (FÁS), Irlande.

¹⁷ EGFSN (2009) : *A quantitative tool for workforce planning in healthcare: example simulations*, disponible sur www.skillireland.ie

le contexte de la planification du personnel de la santé par le Gouvernement ;

2. simuler le modèle et évaluer, en termes quantitatifs, l'équilibre entre demande et offre d'aptitudes, actuelles et attendues, dans différentes séries d'hypothèses à propos des paramètres de modélisation tels qu'ils sont définis par le groupe de liaison.

La recherche s'est concentrée sur douze professions de la santé : consultant médical, médecin généraliste, spécialiste en médecine de santé publique, logopède, physiothérapeute, infirmière et sage-femme, assistant de soins de santé, aide à domicile, assistant social, psychologue clinique, physiothérapeute et radiothérapeute. La modélisation quantitative employée a été effectuée à un macroniveau. Le résultat de la modélisation n'a pas été une proposition du niveau souhaitable de services. Au contraire, il s'agissait du résultat du modèle basé sur une série d'hypothèses dérivées des informations disponibles à propos de la situation actuelle.

Les prévisions ont été entreprises pour la période de 2008–2020. L'étude a couvert tous les effectifs par profession, à la fois dans les secteurs public et privé. L'afflux de professionnels de la santé non irlandais a été mis à zéro afin d'isoler l'offre domestique et d'évaluer le niveau d'autosuffisance, c'est-à-dire la mesure dans laquelle le système irlandais d'éducation et de formation peut répondre à la demande estimée. L'analyse a été menée au niveau national et, par conséquent, il n'a pas été possible de prendre en considération une quelconque variabilité régionale potentielle dans la demande et l'offre de personnel. Chaque modèle de profession était indépendant des autres et aucun effet simultané n'a pu être mesuré.

Au moment de référence, la demande en professionnels de la santé a été projetée en postulant que le même niveau de service (défini comme la densité du personnel soignant par la population) était fourni pour une population croissante. Le besoin total de recrutement a été dérivé de la demande d'expansion (calculée en gardant la densité actuelle constante tout en augmentant la taille de la population conformément aux projections de population de l'Office central des statistiques (Central Statistics Office) dans le cadre du scénario M0F2)¹⁸ et les estimations de la demande de remplacement (pertes dues à des départs à la retraite, à l'émigration, etc.). Au moment de référence, la population était supposée augmenter de 8 %

¹⁸ C'est le scénario de croissance de la population le plus lent produit par le CSO en avril 2008 ; il table seulement sur une croissance naturelle de la population (les naissances, à un taux de fertilité inférieur, moins les décès) et une migration nette nulle durant toute la période.

au total, soit 0,7 % en moyenne annuelle pour atteindre 4,8 millions en 2020.

Pour la plupart des professions, une ou plusieurs des séries alternatives de projections ont été produites en faisant varier les hypothèses utilisées au moment de référence. Tous les scénarios peuvent être regroupés en trois catégories :

- les scénarios dans lesquels la densité des effectifs est augmentée conformément aux objectifs proposés par les documents précédents de recherche et de politique : le concept d'un changement par étape dans lequel un objectif est atteint en une seule fois est utilisé pour illustrer l'écart entre le taux d'emploi actuel et le taux implicite dans un objectif ; cela permet également l'évaluation de l'équilibre entre la demande et l'offre après la réalisation de la densité recherchée ; des commentaires sur les besoins de recrutement résultant de l'annualisation de la progression recherchée sur la période de la projection sont également fournis ;
- les scénarios dans lesquels les densités ont été calculées en se focalisant sur des populations cible pour des services de santé particuliers (par exemple, personnes âgées de 65 ans et plus pour les services de médecins généralistes (MG) et les aides à domicile, les enfants pour les infirmières pédiatriques, le nombre de naissances par an pour les sages-femmes, etc.) ;
- les scénarios dans lesquels les densités ont été calculées en se concentrant seulement sur un segment de l'offre de services (par exemple, physiothérapeutes travaillant dans le secteur public, uniquement par population globale).

Sur la base des conclusions de l'étude, les recommandations suivantes ont été formulées :

- remédier aux lacunes dans les données afin de procéder à une modélisation quantitative et une prévision de la demande et de l'offre pour les professions de santé avec plus de précision.
- adopter une approche intégrée dans la définition du type et du niveau de prestation de services, prendre en considération la dépendance interprofessionnelle et l'éventail des qualifications, combiner les méthodes quantitatives et qualitatives pour évaluer les changements démographiques, les développements socioéconomiques, le cadre réglementaire, les contraintes budgétaires, les flux migratoires, les initiatives politiques et les changements technologiques.

- approcher la planification des effectifs comme un processus continu afin d'éviter les situations de pénurie, de suroffre ou de départs excessifs.

Lituanie

La planification du personnel médical a commencé en 2000, celle du personnel infirmier en 2006 seulement tandis que la planification pour les dentistes, pharmaciens et professionnels de santé publique est toujours en cours. Les résultats des projections à long terme du nombre de médecins ont révélé un besoin urgent d'augmenter l'admission d'étudiants, mesure qui a été approuvée par les Ministères de l'Éducation, de la Santé et des Finances et mise en place en 2002. Sur la base des projections, les diplômés des universités en 2012 devraient couvrir les besoins nationaux en prenant en considération les taux de départ, les changements démographiques, les schémas migratoires, etc. En 2005, le Ministère de la Santé a commencé à adresser des recommandations aux universités à propos de la distribution des places d'internat, qui sont pour la plupart prises en compte.

Le programme "Planification stratégique des professionnels de la santé en Lituanie pendant 2003-2020" a été approuvé par le Ministère de la Santé en 2003. Il a été actualisé en 2005 avec de nouveaux objectifs pour mieux intégrer la planification du PS dans la réforme globale du secteur de la santé. Les principaux objectifs stratégiques de la politique sont :

- examiner les variations dans le PS au niveau national, au niveau du comté et du district ;
- permettre la planification du PS par spécialité au niveau des comtés et districts en fonction des projections de population, de la mortalité, des tendances de la morbidité et des objectifs de réforme des soins de santé ;
- développer un modèle pour la planification de l'offre et de la demande en fonction de la réforme des soins de santé ;
- développer des projections de l'offre et de la demande par spécialité.

Actuellement, le modèle de planification de l'offre et de la demande a été adopté par arrêté ministériel. Le Ministère de la Santé financera d'autres projections du PS en Lituanie en prenant en considération les compétences et la productivité. Les fonds structurels de l'U.E. seront utilisés pour constituer un registre du PS au Ministère de la Santé, ce qui va considérablement renforcer la capacité d'évaluer correctement la situation actuelle et les besoins futurs des travailleurs de la santé en Lituanie.

Slovénie¹⁹

La planification de la main-d'oeuvre dans les soins de santé est mise en oeuvre par les politiques du Ministère de la Santé, les chambres professionnelles respectives et, en partie, par le Ministère de l'Enseignement supérieur. Ce dernier consulte les ministères quant aux nombres proposés d'étudiants admis dans différents programmes d'études universitaires. Dans le cas des étudiants en médecine, en dentisterie, en pharmacie et en nursing, un "*numerus clausus*" est proposé chaque année par le Gouvernement au Parlement pour approbation finale. Plusieurs tentatives ont été entreprises pour rendre la Slovénie "autosuffisante" en augmentant la capacité de formation des professionnels de la santé. Une deuxième faculté de médecine à Maribor a été inaugurée en 2003 et quatre écoles de nursing supplémentaires ont été créées entre 2003 et 2008.

Les deux seuls modèles utilisés à ce jour dans les prévisions de l'offre et de la demande de professionnels de la santé ont été : démographie de la population des professions individuelles et modèle d'équilibre simple prenant en considération le nombre actuel de professionnels de la santé. Les hypothèses sous-jacentes pour les projections dans les années 90 et le début des années 2000 postulaient qu'il fallait seulement remplacer les professionnels de la santé qui quittaient les soins de santé par leur départ à la retraite, une incapacité de travail ou simplement le changement de profession.

Espagne²⁰

En Espagne, la responsabilité des services de santé est décentralisée aux Communautés autonomes. Dans les années 2000, le pays est passé d'un surnombre à une pénurie de médecins, quelques spécialités étant plus affectées que d'autres. En 2006, une équipe a été chargée par le Ministère de la Santé de réaliser une étude sur les besoins actuels et futurs de médecins, par spécialité, pour servir de base à une planification, réputée nécessaire. Un modèle de simulation pour la planification des effectifs des spécialistes médicaux (2008–2025), basé sur le logiciel Systems Dynamics, suit le cycle de la vie professionnelle du médecin de son entrée dans une faculté de médecine

¹⁹ Préparé à partir de notes fournies par Tit Albreht, Director, Faculté de Santé publique de Slovénie.

²⁰ Basé sur Gonzalez B (2010) *Health workforce planning in Spain*. Etude de cas présentée lors du Policy Dialogue on workforce planning, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Venise, 11–12 mai. Disponible sur : <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Venice/Programme.htm>

jusqu'à sa retraite. Plusieurs variables ont été utilisées pour évaluer les besoins par spécialité : le *numerus clausus*, existant, le nombre de places d'internat dans chaque spécialité, l'âge de la retraite, les taux d'abandon et de mortalité (par âge/sexe), les taux d'émigration et d'immigration, le profil démographique de la population, les prévisions de croissance et le standard normatif des besoins (spécialistes médicaux par population) pour chaque "besoin" de spécialité estimé sur la base des données du marché ; les postes vacants dans les centres publics, les indicateurs du marché de l'emploi disponibles auprès d'associations médicales et d'agences pour l'emploi. L'évolution des besoins futurs a été estimée par le Ministère de la Santé en utilisant une technique Delphi avec des experts indépendants et avec le personnel des Communautés autonomes. Le panel d'experts a classé les 43 spécialités médicales en quatre groupes selon la croissance prévue du standard des besoins. Ces experts ont été invités à baser leurs prévisions sur les données épidémiologiques et technologiques.

Le modèle est utile pour planifier et réguler correctement l'offre de professionnels de la santé. Les planificateurs de la santé peuvent utiliser le modèle pour répondre à des questions négatives (et si ?). Il permet une analyse de sensibilité de la plupart des paramètres incertains ; par exemple, la croissance de la population a été arrêtée sur trois niveaux différents (faible, moyenne, élevée). Le Ministère de la Santé envisage d'appliquer le modèle au personnel infirmier mais aucun projet similaire n'est envisagé pour d'autres travailleurs. Par rapport à la planification des médecins, la planification du personnel infirmier est plus simple techniquement mais plus délicate politiquement parce que les profils professionnels du personnel infirmier ne sont pas bien définis et évoluent avec le temps.

L'utilisation d'un modèle formel a apporté un peu de discipline au débat, en forçant les acteurs à utiliser des faits plutôt que des opinions et à expliciter leurs hypothèses. Le modèle expose les lacunes dans les informations et le besoin de données plus fiables et complètes. Il est désormais admis qu'un registre des professionnels de la santé est nécessaire en Espagne.

Des efforts sont également consentis à un niveau plurinational pour développer des méthodologies qui devraient aider les pays dans leurs efforts pour estimer leurs besoins en PS. Un exemple d'efforts pour raffiner les modèles typiques de planification du personnel par des facteurs qui prennent en considération l'impact des caractéristiques de l'environnement de travail et de la qualification du personnel infirmier sur la fidélisation du personnel, la productivité et l'état de santé des patients est illustré dans le Cadre 1.

Cadre 1. Le RN4CAST, projet de planification des ressources humaines pour les soins infirmiers en Europe

Les modèles actuels de planification des ressources humaines dans les soins infirmiers se concentrent souvent sur des chiffres mais ignorent les effets sur la qualité des soins des patients. Financé par le septième programme-cadre de la Commission européenne, le projet RN4CAST a pour but d'introduire des méthodes innovantes de planification en ne s'intéressant pas seulement aux chiffres mais aussi à la qualité du personnel infirmier et à ses effets sur les soins donnés aux patients.

L'étude comprend un consortium d'équipes de recherches de Belgique, de Finlande, d'Allemagne, de Grèce, d'Irlande, de Pologne, d'Espagne, de Suède, de Suisse, des Pays-Bas et du Royaume-Uni, la Norvège les ayant rejoints par la suite. Jusqu'à 500 hôpitaux, 50.000 infirmières, 12.000 patients et les données de sortie d'hôpital de centaines de milliers de patients seront couverts. L'étude se concentre sur les soins médicaux et chirurgicaux dans les hôpitaux aigus généraux. Des données ont été recueillies anonymement auprès d'infirmiers et de patients en plus des dossiers de sortie d'hôpital pour étudier comment les éléments, notamment les qualifications du personnel infirmier, la démographie, la charge de travail, le bien-être et l'environnement peuvent influencer sur la productivité, la sécurité des patients et l'état de santé du patient (voir <http://www.RN4CAST.eu>).

5 Leçons

La question de concilier et prévoir les besoins, l'offre et la demande des professionnels de la santé est complexe, quel que soit le contexte. Aucun pays au monde n'applique à cet effet une méthode qui puisse être qualifiée de "meilleure pratique". Certains pays consentent de sérieux efforts pour l'évaluation des besoins de PS mais la grande majorité doit encore amorcer un tel processus, même dans l'UE. Le constat de plus en plus répandu que cette démarche est nécessaire afin d'atteindre l'objectif de rendre les services de santé à la fois plus accessibles et plus efficaces et efficients justifie d'en faire une des priorités de l'agenda politique. Que peuvent apprendre les pays des expériences disponibles ? Quelles sont les leçons générales à tirer pour les décideurs politiques ? Voici dix points à prendre en considération :

1. L'évaluation des futurs besoins en PS présente une valeur ajoutée. Elle peut contribuer à prévenir ou atténuer les risques de déséquilibres (pénuries, surnombres, distribution) qui limitent les performances des services de santé en illustrant les conséquences du maintien, de la réduction ou de l'augmentation du contingent actuel de professionnels de la santé. Elle concentre également les débats et négociations sur le financement et l'organisation de services de santé sur des données et faits plutôt que seulement sur des opinions et intérêts.

2. Pour entreprendre l'évaluation des besoins, il est important que les décideurs politiques déclarent les valeurs, principes et politiques qui les guident. Le choix de stratégies et même d'outils pour évaluer les besoins sera une fonction de ses choix.²¹ Par exemple, l'objectif de satisfaire des besoins à venir et pas seulement la future demande appelle à des approches politiques et méthodologiques tout à fait différentes.
3. Les futurs besoins sont exprimés non seulement en chiffres ; les dimensions de l'environnement professionnel telles que la division (éventail de qualifications) et l'organisation du travail, les compétences, les conditions de travail, la productivité et les objectifs de qualité sont des variables essentielles. Des modèles quantitatifs et outils sont nécessaires mais ils ne peuvent se substituer à des jugements à propos des aspects finalement nécessaires et abordables.
4. Il doit exister une approche plus intégrée de l'évaluation (par exemple considérer le PS dans son ensemble). Cela se justifie par la nature des interactions et complémentarités entre les différents groupes professionnels dans la santé et le besoin reconnu d'un travail d'équipe. S'il n'existe pas de bons exemples pratiques, il ne faut pas pour autant renoncer à tous les efforts pour progresser dans cette direction. Cela implique de couvrir les diverses professions et institutions dans le système de santé et d'identifier toutes les variables économiques, politiques et sociales qui jouent un rôle dans la détermination des futures exigences en PS.
5. L'expérience de pays tels que la Belgique, l'Angleterre, la Finlande, l'Irlande, l'Espagne et d'autres qui ont investi dans l'évaluation des besoins en PS montre nettement l'importance d'une base d'informations qui apporte des données valables, fiables et actuelles pour le suivi du personnel et du marché de la santé. Sans des données saines, l'estimation des besoins de formation devient un exercice de devinette.²² Etant donné que les décisions à propos de l'avenir du PS impliquent des acteurs de différents secteurs (enseignement, santé, finances, planification, instances professionnelles, employeurs), des conflits surgissent inévitablement. L'accès à des données solides contribue à injecter un peu de rationalité dans les discussions et négociations.

²¹ "...only where the social and political choices about the access to and delivery of care are explicit can scientific methods be used systematically to derive the requirements for health care providers in a particular population" (27).

²² Voir Organisation Mondiale de la Santé (2010) Rapport de la première réunion du Health Workforce Information Reference Group, OMS, Global Health Workforce Alliance, Health Metrics Network, Genève, OMS, pour plus de détails sur les données et benchmarks pour un système d'information efficace sur le PS (disponible sur : <http://www.who.int/hrh/resources/hirg/en/index.html>).

6. Même en disposant des meilleures données et projections, les gouvernements ne peuvent dicter ou imposer des changements (par exemple, pour évaluer la portée des pratiques). Ils doivent toujours être négociés en quelque sorte, d'où l'importance d'impliquer les différents intéressés dès que possible dans le processus. L'engagement des intéressés à développer l'expertise existante de planification de la main-d'oeuvre existante et de nourrir le processus de planification du PS est probablement la partie fondamentale dans le processus étant donné qu'un agenda et un langage communs et un consensus a priori à propos des méthodes et de la conceptualisation de la planification du personnel sont nécessaires. Cela peut être facilité par des dialogues politiques instaurés dès que possible dans le processus, comme l'illustrent les expériences nationales présentées précédemment.
7. La prévision des futurs besoins est plus difficile lorsque cette fonction est décentralisée, par exemple il existe des tensions au sein du NHS en Angleterre entre les pressions " de haut en bas " pour répondre aux priorités politiques nationales et les pressions " de bas en haut " pour répondre aux priorités locales des services et du personnel (28). Un certain mécanisme de coordination est nécessaire au niveau central pour garantir que toutes les agences responsables utilisent la même langue. En outre, la mobilité des utilisateurs et prestataires peut être rapide et peut nécessiter des ajustements que seule une organisation avec une perspective nationale peut proposer. Par ailleurs, si les évaluations nationales sont pertinentes au niveau national, elles omettent de prendre en considération les différences dans les besoins au niveau régional et local.
8. Il n'existe aucune convention sur la durée des horizons de planification mais il est évident que, plus l'horizon est long, plus les prévisions sont risquées. L'option d'utiliser le cycle de vie professionnelle d'une cohorte de nouveaux diplômés comme horizon temporel, qui est un choix logique, implique les risques associés à une spéculation à propos de futurs changements sur une période de 30 à 40 ans. L'utilisation de la longueur du processus de formation du personnel le plus qualifié (environ 10 ans) peut être une alternative raisonnable. En tout cas, elle justifie l'option d'associer les prévisions à des scénarios couvrant différentes possibilités d'évolution du PS et du contexte dans lequel ce dernier opère.
9. La mise en place flexible de stratégies, basées sur une surveillance attentive, est la clé à la réponse aux besoins changeants. Un planning du personnel ne peut être considéré comme une création unique et n'est pas ouvert à l'adaptation et aux changements; au contraire, il doit être testé et revu si et dès que nécessaire. Des canaux de feed-back dynamiques et directs provenant des organisations de santé aux institutions

d'enseignement pourraient aider à mieux ajuster la demande en professionnels de la santé et leur offre.

10. Un surnombre ou une pénurie de professionnels de la santé peut être observé au niveau de l'ensemble du pays mais les deux phénomènes peuvent également coexister au sein du pays, certaines régions connaissant des pénuries tandis que d'autres montrent un surnombre. Cela crée des défis politiques et économiques significatifs, avec un impact négatif sur la fourniture de soins de santé. Ne rien faire ou réagir seulement lorsque les problèmes deviennent délicats coûte cher, à la fois en termes économiques et politiques, mais, par-dessus tout, en termes de santé étant donné que la population ne peut profiter de services de santé accessibles, efficaces et efficients en raison de déséquilibres au sein du PS. Les pays devraient tirer profit de l'échange de bonnes pratiques par le biais de la Méthode Ouverte de Coordination (MOC) en ce qui concerne la distribution géographique et la rémunération des professionnels de la santé ainsi que d'approches pour optimiser l'allocation du PS par l'intermédiaire du système des services de santé.

Questions politiques pour la CE

A présent que la CE s'est engagée dans une consultation à propos de son *Livre Vert relatif au personnel de santé en Europe* (http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm) en général et sur le thème de l'évaluation des futurs besoins en PS, en particulier, il se peut qu'il faille envisager certaines questions et options politiques générées par son engagement à soutenir les pays dans la gestion des questions de PS. Les exemples sont :

- Devrait-il exister des définitions normalisées dans l'U.E. de catégories professionnelles du personnel de santé et des indicateurs du marché de l'emploi de la santé ainsi que des formats et procédures de rapport ?
- L'U.E. devrait-elle proposer (encourager/demander) l'utilisation d'outils standardisés de collecte de données et de formats de rapport ?
- Quel est le rôle de l'U.E. à cet égard, par rapport à celui d'instances techniques telles que l'OMS ? Serait-il opportun de créer un Observatoire de l'U.E. sur le PS ayant pour mission (a) de soutenir les pays dans le développement de leurs bases de données de PS, dans l'analyse des données, dans le développement de politiques de PS, (b) de consolider les informations nationales et de produire une analyse régionale; (c) d'analyser et de comparer les qualifications du PS et les normes de formation des Etats membres de l'UE, (d) de contrôler, d'analyser et de diffuser des expériences nationales ?

- L'U.E. doit-elle encourager le développement d'un réseau européen de planificateurs du PS et décideurs politiques des connaissances et expériences ?
- L'U.E. doit-elle encourager et soutenir techniquement le développement de PS entre pays, par exemple entre des pays qui connaissent déjà d'importants mouvements transfrontaliers ?

Messages clés : Résumé

- Le choix d'une stratégie pour évaluer le futur PS est basé sur la valeur et dépend de l'évolution de l'état de santé et des objectifs de services qu'ont formulés les décideurs politiques.
- L'évaluation des futurs besoins en PS ne consiste pas seulement à projeter des chiffres. Les décideurs politiques doivent également traiter les questions du recrutement, de la formation, de la distribution, de la fidélisation, de la motivation et de la gestion du PS, ce qui implique d'améliorer les connaissances des attentes et comportements des professionnels de la santé. La formation d'un nombre suffisant de médecins ou d'infirmiers pour les voir finalement migrer vers d'autres pays parce que le marché de l'emploi ne peut les intégrer ou parce que les conditions de travail ne sont pas suffisamment attractives ne présente guère d'intérêt.
- Faire face aux besoins implique davantage que produire un plus grand nombre de professionnels, le renforcement des effectifs peut être atteint en améliorant les compétences, en changeant l'éventail de qualifications et en augmentant la productivité.
- Il est important de voir la planification du PS comme un processus qui engage les principaux intéressés à évaluer les besoins de changement et à concevoir des stratégies pour y parvenir.
- Meilleures sont les bases d'informations et les capacités techniques pour les utiliser, meilleurs seront le diagnostic et la sélection des interventions.
- Le suivi est essentiel afin d'ajuster les interventions à un environnement sans cesse changeant.
- Et, dernier point mais non des moindres, des fonds suffisants et prévisibles doivent être disponibles pour investir dans le développement des effectifs. Les avantages apparaîtront rapidement en termes de meilleur accès aux services, d'utilisation plus efficace des ressources et de degré de satisfaction plus élevé des citoyens.

Références

1. OMS. *World health report 2000. Health systems: improving performance*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2000.
2. Birch S. Health human resource planning for the new millennium: inputs in the production of health, illness and recovery in populations. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2002, 33(4):109–114.
3. OMS. *World health report 2006. Working together for health*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2006.
4. Hornby P. Exploring the use of the World Health Organization Human Resources for Health Projection Model. *Présenté lors du HRH Workforce Planning Model Workshop, Washington, DC, 13–14 décembre 2007*.
5. OMS. *Models and tools for health workforce planning and projections*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, Département des Ressources humaines pour la Santé, Health Information and Governance, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599016_eng.pdf, consulté le 21 juillet 2010).
6. Hall T, Mejia A, eds. *Health manpower planning: principles, methods, issues*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1978.
7. Green A. *An introduction to health planning in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
8. Dreesch N et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 2005, 20(5):267–276.
9. Productivity Commission. *Australia's health workforce*. Canberra, Productivity Commission, 2006 (<http://www.pc.gov.au/projects/study/healthworkforce/docs/finalreport>, consulté le 21 juillet 2010).
10. Cop C, Vandenbroele H. *Perspectives d'avenir de la Commission de Planification-Offre médicale: Rapport scénario de base Médecins 2009*. Bruxelles, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises, Cellule Planification des professionnels de santé, 2009 (<http://www.health.fgov.be>, consulté le 4 mai 2010).
11. Claes A et al. *Planningsmodellen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Perceel 3 : Uitvoeren enquêtes Beroepsgroep Kinesitherapeuten. Eindrapport. [Modèles de planification des professionnels de la santé. Module 3 : la réalisation d'enquêtes dans les professions de la santé – Physiothérapeutes. Rapport final]*. Bruxelles, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu,

Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, Dienst planning gezondheidsberoepen [SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises, Cellule Planification des professionnels de santé], 2008 (<http://www.health.fgov.be>, consulté le 4 mai 2010).

12. Claes A et al. *Planningsmodellen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg Perceel 3: Uitvoeren enquêtes Beroepsgroep Tandartsen Eindrapport [Planning models for health care professions. Parcel 3: the realisation of surveys in health care professions - dentists. Final report]*. Bruxelles, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, Dienst planning gezondheidsberoepen [SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises, Cellule Planification des professionnels de santé], 2009 (<http://www.health.fgov.be>, consulté le 4 mai 2010).

13. Claes A et al. *Planningsmodellen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg Perceel 3: Uitvoeren enquêtes Beroepsgroep Artsen-specialisten Eindrapport [Modèles de planification des professionnels de la santé. Module 3 : la réalisation d'enquêtes dans les professions de la santé – Médecins spécialistes. Rapport final]*. Bruxelles, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, Dienst planning gezondheidsberoepen [SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises, Cellule Planification des professionnels de santé], 2009 (<http://www.health.fgov.be>, consulté le 4 mai 2010).

14. Claes A et al. *Planningsmodellen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg Perceel 3: Uitvoeren enquêtes Beroepsgroep Verpleegkundigen Eindrapport [[Modèles de planification des professionnels de la santé. Module 3 : la réalisation d'enquêtes dans les professions de la santé – Personnel infirmier. Rapport final]*. Bruxelles, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, Dienst planning gezondheidsberoepen [SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises, Cellule Planification des professionnels de santé], 2010 (<http://www.health.fgov.be>, consulté le 27 juillet 2010).

15. Santé Canada. Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé [site web]. Ottawa, Santé Canada, 2003 (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strategie/index-eng.php>, consulté le 21 juillet 2010).

16. O'Brien-Pallas L et al. Forecasting models for human resources in health care. *Journal of Advance Nursing*, 2001, 33(1):120–129.

17. Tomblin Murphy G et al. Planning for what? Challenging the assumptions of health human resources planning. *Health Policy*, 2009, 92(2–3):225–233.
18. O'Brien-Pallas L, Hayes L. Challenges in getting workforce research in nursing used for decision-making in policy and practice: a Canadian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17(24):3338–3346.
19. Health Committee, House of Commons. *Fourth Report: Workforce Planning*. London, The Stationery Office, 2007 (22 March 2007, HC 171–1).
20. Department of Health. *High quality care for all: NHS Next Stage Review final report*. London, Department of Health, 2008 (http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH_085825, consulté le 21 juillet 2010).
21. Department of Health. *A high quality workforce: NHS Next Stage Review*. London, Department of Health, 2008.
22. Department of Health. *NHS Next Stage Review: quality workforce: strategy impact assessment*. London, Department of Health, 2008.
23. Tooke J. *Aspiring to excellence: final report of the independent inquiry into modernising medical careers*. London, Universities UK, 2008.
24. Buchan J. *Nurse workforce planning in the UK: a report for the Royal College of Nursing*. London, Royal College of Nursing, 2007 (http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0016/107260/003203.pdf, consulté le 21 juillet 2010).
25. Imison C, Buchan J, Xavier S. *NHS workforce planning: limitations and possibilities*. London, King's Fund, 2009 (http://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs_workforce.html, consulté le 21 juillet 2010).
26. Department of Health. *Planning and developing the NHS workforce: the national framework*. London, Department of Health, 2010 (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_114866.pdf, consulté le 21 juillet 2010).
27. Birch S et al. Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework. *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques*, 2007, 33(Suppl):S1–S16.
28. Curson JA et al. *Who does workforce planning well? Workforce Review Team Rapid Review Summary*. Coventry, University of Warwick, Institute for Employment Research, 2008 (http://www.wrt.nhs.uk/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=54&Itemid=, consulté le 21 juillet 2010).

Sources utiles et autres documents intéressants

- Aiken L, Cheung R. *Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 2008 (OECD Health Working Paper 35).
- Behan J et al. *A quantitative tool for workforce planning in healthcare: example simulations*. Dublin, Expert Group on Future Skill Needs, Training and Employment Authority, 2009.
- Capacity Project. *Human resources information systems (HRIS) strengthening implementation toolkit*. Chapel Hill, NC, Capacity Project, 2009 (<http://www.capacityproject.org/hris/tools>, consulté le 27 juillet 2010).
- Dal Poz MR et al., eds. *Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health, with special applications for low- and middle-income countries*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, Banque Mondiale et United States Agency for International Development, 2009 (<http://www.who.int/hrh/resources/handbook/en/index.html>, consulté le 27 juillet 2010).
- Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (ACHDHR). *A framework for collaborative pan-Canadian health human resources planning*. Ottawa, Santé Canada, 2007 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-eng.pdf, consulté le 27 juillet 2010).
- Health Metrics Network, World Health Organization. *Framework and standards for country health information systems*, 2e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/healthmetrics/documents/framework/en/index.html>, consulté le 27 juillet 2010).
- NHS Skills for Health – Workforce Projects Team [web site]. Health care workforce portal. Manchester, NHS Skills for Health – Workforce Projects Team, 2010 (<http://www.healthcareworkforce.nhs.uk/tools.html>, consulté le 27 juillet 2010).
- Gouvernement écossais. *Better health, better care: planning tomorrow's workforce today*. Edinburgh, Scottish Government, 2007 (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/206845/0054945.pdf>, consulté le 27 juillet 2010).

- Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 2006 (OECD Health Working Paper 21).
- Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. *Tackling nurse shortages in OECD countries*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 2005 (OECD Health Working Paper 19).
- WHO. *Tools and guidelines for human resources for health*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hrh/tools/en>, consulté le 27 juillet 2010).

Annexe : Aperçu des sources de données pour la planification du PS en Europe

Il existe trois bases de données principales des données relatives au PS pertinentes pour les planificateurs et décideurs politiques établis dans l'UE : les données sur la santé de l'OCDE, la base de données européenne La Santé pour Tous (HFA-DB) du Bureau régional pour l'Europe de l'OMS et la base de données Eurostat. Ces trois bases de données sont disponibles en ligne. Les données sur la santé de l'OCDE et la base de données La Santé pour Tous peuvent être installées et utilisées offline. La base de données Eurostat et la base de données La Santé pour Tous sont gratuites.

Les trois bases de données apportent des informations complémentaires et convergentes mais chacune est compilée d'une manière différente et, dans certains cas, à partir de différentes sources. Les principales différences sont résumées dans le Tableau 1 ci-après.

Tableau 1 : Données PS : couverture, disponibilité des données et types de données : données sur la santé de l'OCDE, base de données européenne La Santé pour Tous et Eurostat

	Données sur la Santé OCDE	Base de données européenne La Santé pour Tous	Eurostat
Pays	30	53	33
Période	Depuis 1960	Depuis 1970	Depuis 1970
Sources	Mixtes	Ministères de la Santé	Instituts nationaux de Statistiques
Type de données	Nombres, densité	Nombres, densité, ETP, %	Nombres, densité, %
Variables	Diplômés médicaux Médecins enregistrés Médecins en exercice : par sexe, MG/spécialiste Médecins formés à l'étranger Diplômés en soins infirmiers Sages-femmes Infirmiers en exercice Infirmiers professionnels Infirmiers associés Pourcentage de personnel infirmier en soins aigus Dentistes en exercice Pharmaciens en exercice	Nombre de médecins (PP), Médecins (ETP) par 100.000 pop., médecins généralistes, spécialités médicales, chirurgicales, obstétriques & gynécologiques, pédiatriques % de médecins travaillant en hôpital Médecins, infirmiers, sages-femmes, dentistes, pharmaciens diplômés PP et par 100.000 pop. par an Infirmiers (PP et ETP) par 100.000 pop. % d'infirmiers travaillant en hôpital Sages-femmes (PP et ETP) par 100.000 Dentistes et pharmaciens (PP et ETP) Par 100.000 et (ET P) par 100.000	Personnel de santé, chiffres absolus et par 100.000 pop. Professionnels soignants et infirmiers, chiffres absolus et par 100.000 pop. Personnel de santé par région, chiffres absolus et par 100.000 pop. Médecins par spécialité, chiffres absolus et par 100.000 pop. Médecins par âge et sexe, chiffres absolus

Remarques : PP : personnes physiques; ETP : équivalent temps plein.

Parmi les 30 pays inclus dans la base de données de l'OCDE, 18 sont des pays de l'UE. Eurostat couvre tous les pays de l'U.E. plus les pays candidats, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, la Croatie et la Turquie et trois autres pays européens : l'Islande, la Norvège et la Suisse. La base de données européenne La Santé pour Tous couvre les 53 Etats membres de la Région européenne de l'OMS.

Aucune de ces bases de données ne produit ses "propres" données ; toutes se fondent sur les sources nationales qui peuvent varier en termes de définitions utilisées, de procédures de compilation des données, de périodicité et en fonction d'autres dimensions. Eurostat travaille principalement avec les instituts nationaux de statistiques (INS), le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS principalement avec les Ministères de la Santé et les organisations professionnelles et l'OCDE avec les instituts statistiques et les ministères. Par exemple, les résultats peuvent varier par l'utilisation de différents concepts et définitions. Eurostat distingue les professionnels de la santé "en exercice", "professionnellement actifs" et "autorisés". L'OCDE utilise également la définition "en exercice" mais indique que, pour certains pays, des professionnels qui n'exercent pas sont également inclus (par exemple, personnel infirmier dans certains pays tels que la France, la Grèce, l'Islande et les Pays-Bas) et, pour d'autres pays, les professionnels à la retraite sont inclus (par exemple, Pologne). Dans certains pays, les données à propos du nombre d'infirmiers comprennent également les sages-femmes. Les trois bases de données fournissent des données à propos de la densité des professionnels de la santé par 100.000 habitants. La différence dans les définitions et la périodicité affaiblit la comparabilité. Pour la densité des infirmiers, par exemple, seuls deux des 27 pays de l'U.E. possèdent des données dans les trois bases de données. Eurostat rapporte les données de la plupart des pays (15 des 27 pays).

Bien que les différences entre les bases de données soient souvent minimales, elles peuvent être plus marquées dans certains cas (de différences de moins de 1 % à plus de 70 %), soulignant qu'une "image" différente du PS pourrait émerger en fonction de la base de données (ou de la série de bases de données) utilisée.

Le **Réseau des Bases factuelles en Santé** (HEN) du Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS est une source fiable de données factuelles pour les décideurs dans les 53 Etats membres de la Région européenne de l'OMS.

Le réseau HEN donne des réponses ponctuelles aux questions de politique sanitaire en matière de santé publique, de soins de santé et de systèmes de santé par des rapports factuels ou des synthèses, résumés ou notes et offre un accès facile à des données factuelles et informations extraites d'un certain nombre de sites web, de bases de données et de documents sur son site web (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et favorise une politique de santé factuelle par une analyse globale et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il réunit un large éventail de décideurs, d'académiciens et de praticiens pour analyser les tendances dans la réforme de la santé, en puisant dans les expériences de toute l'Europe pour éclairer les questions politiques. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site web (<http://www.healthobservatory.eu>).