



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Avis du HCAAM

**Une prospective des ressources humaines en santé pour
assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires**

Février 2024

Table des matières

1. Partir de la demande de soins et d'accompagnement	6
2. Un large ensemble de professionnels répond à cette demande.....	6
3. Une démarche intégrée de planification.....	7
4. L'adéquation entre offre et demande de soins au niveau local.....	10
5. L'horizon temporel et les mises à jour régulières des exercices de planification.....	12
6. Les parties prenantes.....	13
7. Des analyses plus spécifiques pour certains secteurs du système de santé	15
7.1. Etude de cas sur les soins de proximité.....	16
7.2. Etude de cas : le suivi des femmes enceintes.....	18
8. L'organisation cible : un pilotage et des moyens à la hauteur des enjeux.....	21

1. Préambule

« Les difficultés actuelles que rencontrent nos concitoyens pour accéder aux soins témoignent de l'importance d'une réflexion prospective sur le nombre de professionnels de santé à même de répondre aux besoins de la population dans les années à venir ». La ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé Agnès Firmin le Bodo a chargé le Haut conseil de proposer les méthodes, moyens, organisation et données nécessaires pour améliorer la prospective des ressources humaines en santé (cf. lettre de mission en annexe). Ceci afin d'éviter la myopie collective des décennies passées qui a amené, en matière de démographie médicale, à une politique de stop and go aujourd'hui unanimement regrettée et dont les conséquences pèsent sur les conditions de travail des soignants et sur l'accès à des soins de qualité pour les malades, quel que soit leur lieu de résidence.

Les propositions méthodologiques présentées ici répondent aux grandes orientations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Région Europe dans la déclaration de Bucarest adoptée en mars 2023¹, recommandant à tous les pays de renforcer leurs moyens de gouvernance et de planification des ressources humaines en santé et d'aide à la personne. Elles s'appuient sur une revue des meilleures pratiques à l'international.

Ces propositions s'appuient également sur les travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

La prospective des ressources humaines n'a de sens que dans le cadre d'une stratégie pour le système de santé, qui définit les objectifs de santé et en déduit les services à rendre, les organisations à mettre en place, et *in fine*, les ressources humaines nécessaires. Les propositions du Hcaam présentées ici s'inscrivent dans la stratégie de transformation du système de santé qu'il a préconisée dans ses précédents rapports. Cette stratégie s'appuie sur des principes et des valeurs résumées dans le préambule de la Constitution de 1946 : « La Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Elle « part des services à rendre à la population » : « du point de vue de l'usager, du citoyen, la question essentielle est celle de l'accès réel, effectif, à des services de santé proposant les conditions de qualité et de sécurité optimales. Dans cette perspective, savoir quelle structure rend le service est un enjeu important pour les offreurs de soins, mais qui reste secondaire (...). Ainsi, il s'agit non pas d'organiser la présence, ou le maintien, d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant que sa présence permettra de répondre aux besoins des habitants alentours, mais d'organiser l'accès des habitants d'un territoire aux services pertinents »² essentiels pour se prémunir contre les pertes de chances en santé.

Les outils proposés ici ont vocation à constituer un support aux décisions démocratiques et au pilotage des politiques, aux niveaux national et local, sur des fondements éthiques : « La prospective est une discipline qui permet de comprendre les forces à l'œuvre dans la construction de l'avenir. Résolument tournée vers l'action, elle vise à éclairer les choix du présent en explorant les futurs possibles. Fortement liée à la stratégie, elle permet de déterminer un futur souhaitable, une vision et de mettre en œuvre les moyens pour y parvenir. Son objectif est de résoudre les nouveaux problèmes, avant même qu'ils ne se posent, si possible, permettant ainsi de construire un monde meilleur. Sa méthode

[Bucharest Declaration on health and care workforce. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: time to act, 22–23 March 2023, Bucharest, Romania \(who.int\)](#)

² Hcaam, *Contribution à la stratégie de transformation du système de santé*, 2018.

générale consiste à analyser, comprendre et produire les forces du changement. La prospective est à la fois exploratoire (des futurs possibles), normative (créer un futur choisi), quantitative (utiliser des données statistiques) et qualitative (utiliser des données d'enquête). La prospective ne prévoit pas, elle anticipe. L'anticipation n'est pas un but en soi mais une étape intermédiaire qui doit conduire à l'élaboration de leviers d'action. L'avenir dépend en partie des décisions que nous prenons ici et maintenant. »³.

La prospective est nécessaire pour une régulation efficace de l'offre de soins y compris à très court terme. Ceci car elle offre un cadre à la fois quantifié et « bouclé », permettant d'analyser les interactions entre les variables impactant la demande et l'offre de soins. Elle permet par exemple de prendre en compte la baisse du temps de travail des médecins et la part de leur activité qu'il faudrait transférer à d'autres professionnels pour la compenser. Elle permet aussi de savoir si on dispose des professionnels nécessaires pour mettre en œuvre les politiques de santé (par exemple les campagnes de dépistage) ou les évolutions réglementaires (par exemple accorder un monopole à certaines professions sur certains actes sans créer de goulots d'étranglement). Elle fournit ainsi un support à des discussions précises et argumentées avec les patients et les professionnels sur les priorités en matière d'organisation du système de soins et les moyens de les atteindre. Elle permet de progresser vers une vision partagée du système de santé, donnant à chaque professionnel des perspectives de développement satisfaisantes. Aujourd'hui au contraire le manque de vision prospective entretient la concurrence entre professionnels, qui voient ce qu'ils perdent lorsque les prérogatives d'autres professionnels s'étendent, mais ne voient pas ce qu'ils gagneront dans une nouvelle organisation des soins à même de répondre aux besoins de la population.

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

³ [Stratégie nationale de santé 2023-2033 – Contribution du HCSP, 2023.](#)

Dans le contexte actuel de crise de l'accès aux soins et d'extension des déserts médicaux, le premier objectif de la prospective est de corriger ces déséquilibres entre offre et demande de soins. Dès lors :

- l'évaluation des services à rendre part des besoins actuels, pourvus et non pourvus⁴, et dans un second temps analyse leurs évolutions possibles ;
- la prospective s'inscrit dans une stratégie globale des ressources humaines, qui active tous les leviers pour assurer l'équilibre entre offre et demande, cohérents avec la stratégie globale pour le système de santé : nombre de professionnels à former, mais aussi à plus court terme attractivité, pertinence des soins et efficience des organisations... ;
- avoir « suffisamment de professionnels de santé » au niveau national n'a d'intérêt que si des mesures efficaces sont mises en œuvre pour améliorer la répartition de ces professionnels sur le territoire, en fonction des besoins de la population.

Proposition 1 :

Compte tenu de l'ampleur des enjeux et à l'image de ce qui est fait dans de nombreux pays, **la régulation du système de santé nécessite une planification des ressources humaines s'appuyant sur des travaux prospectifs.** Ils visent à déterminer l'évolution de l'offre et de la demande de soins et d'accompagnement, et les conditions de leur équilibre. **Ils doivent être fondés sur les services à rendre à la population et l'équité d'accès à ces services partout et pour tous.** Ils doivent associer toutes les parties prenantes et mobiliser les données sur la quantité et la qualité du travail des professionnels de santé ainsi que sur leur répartition géographique.

Proposition 2 :

La prospective des ressources humaines en santé doit s'inscrire dans une stratégie globale des ressources humaines adossée à des plans d'actions à court et moyen terme, mobilisant l'ensemble des leviers affectant la quantité et la qualité du travail des professionnels de santé ainsi que leur répartition sur le territoire pour assurer une réponse équitable aux besoins de santé de la population.

Elle doit également s'inscrire dans une stratégie de transformation du système de santé visant à soutenir les évolutions des missions et des métiers et à développer les organisations les plus à même de fournir efficacement les services que la population est en droit d'attendre et d'accompagner ses parcours de santé.

Cette stratégie des ressources humaines doit être co-construite dans un cadre partenarial et interministériel, avec en pilotage, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

⁴ La dimension financière de l'accessibilité n'est pas traitée dans ce rapport ; compte tenu de son importance elle fera l'objet de travaux ultérieurs du Hcaam.

2. Partir de la demande de soins et d'accompagnement

Les déterminants de la santé englobent l'ensemble des conditions de vie (logement, éducation, travail, alimentation, mobilité...) de la population. Dans la mesure où l'objectif est ici de quantifier les effectifs de professionnels nécessaires, on se concentre sur les besoins de santé (curatifs et/ou préventifs) et d'accompagnement dans le champ du sanitaire et du médico-social.

Définir des besoins de santé *ex-nihilo* (indépendamment des caractéristiques actuelles du recours et de l'offre) est impossible. La demande de santé est potentiellement infinie et il n'existe pas de définition de la santé susceptible d'être déclinée opérationnellement en termes de besoins. Entrent en jeu les présupposés socio-culturels et les choix politiques, éthiques et économiques sur l'état de santé souhaité, sur ce que les soins doivent couvrir (champ lié notamment au progrès médical) ... Le rapport du Hcaam de 2022 sur l'organisation des soins de proximité indiquait : « *Une priorisation des services à rendre (...) est donc nécessaire. En effet, si cette priorisation restait (...) implicite, elle bénéficierait alors aux patients déjà les mieux lotis, accroissant ainsi les inégalités. (...) Le Hcaam recommande que cette priorisation des services à rendre soit explicite, pour gérer au mieux, au bénéfice de tous, les moyens disponibles.* ».

Il faut ainsi définir les services de santé à rendre à la population aujourd'hui et dans le futur. La seule démarche possible consiste à partir du fonctionnement actuel du système de santé et de la seule chose observable à grande échelle, qui est la consommation effective de soins, et à identifier :

- Les déséquilibres existants à corriger :
 - o Demande pertinente non satisfaite (délais et distance d'accès aux soins excessifs, part de la population sans médecin traitant, taux de renoncement aux soins, écarts aux recommandations ou aux taux de participation à des programmes de santé publique, pathologies non diagnostiquées...) ou tensions sur les ressources humaines (difficultés de recrutement, charge de travail excessive...) suggérant une demande de soins supérieure par rapport à la demande actuellement satisfaite ;
 - o À l'inverse, recours non pertinents qu'il faudrait supprimer, et potentielles (mais non actuelles) difficultés d'insertion des professionnels suggérant une offre de professionnels excédentaire ;
- Les facteurs (démographiques, épidémiologiques, liés à l'innovation, aux changements environnementaux...) d'évolution.

3. Un large ensemble de professionnels répond à cette demande

Le champ inclut idéalement l'ensemble de l'offre de soins et d'accompagnement, des champs sanitaire et médico-social, voire social. Par exemple, la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, doit mobiliser très largement des non professionnels de santé : en premier lieu les personnes concernées (auto-soin) et leurs proches et aidants ; au-delà, des psychologues, professionnels de l'éducation, agents de santé communautaires, médiateurs en santé, spécialistes de l'éducation pour la santé, assistants sociaux, pairs aidants... Pour les travaux de modélisation, compte tenu de l'ampleur des travaux à mener, prioriser les professionnels qui interviennent en première ligne dans le champ sanitaire apparaît toutefois nécessaire dans un premier temps. Ceci en tenant compte bien-sûr de l'ensemble des secteurs dans lesquels ces professionnels exercent (par exemple pour les infirmières, les secteurs sanitaire et médico-social). Ceci ne doit pas

conduire à négliger les besoins en ressources humaines des secteurs sociaux et médico-sociaux, qui devront être pris en compte *via* des études ad hoc.

Le contenu de l'activité des professionnels joue un rôle important dans l'adéquation entre offre et demande. On connaît mal aujourd'hui la partie non remboursable de l'activité des médecins : activité esthétique des dermatologues, des chirurgiens, ou d'autres spécialités médicales ; ni les modes d'exercice particulier (MEP) tels que l'acupuncture ou l'homéopathie, faisant l'objet de remboursement dans le cadre des consultations... Des études permettant de mieux documenter son ampleur et ses déterminants seraient utiles pour prioriser les services à rendre à la population et mieux réguler l'activité des médecins. Par ailleurs, la spécialisation croissante, au sein même des spécialités, complexifie le cheminement du patient et l'équilibre entre offre et demande.

4. Une démarche intégrée de planification

Plus on intègre de facteurs d'évolution dans un modèle prospectif, plus il est complexe. Il convient de produire d'abord un scénario de référence tenant compte uniquement des évolutions démographiques :

- Pour la demande de soins : taille et structure par âge de la consommation ;
- Pour l'offre de soins : entrées (formation, migrations) et sorties (cessations d'activité).

Avant d'introduire en variante d'autres facteurs, en commençant par les évolutions épidémiologiques (prévalence des problèmes de santé à âge donné). On identifie pour cela les autres facteurs importants susceptibles d'impacter la demande et l'offre de santé, souvent à l'aide de méthodes qualitatives, en s'appuyant sur une large concertation, et on les quantifie pour les inclure dans le modèle macro de prospective. Il s'agit par exemple :

- De l'impact de la prévention (respectivement des changements environnementaux) sur la réduction (respectivement augmentation) de la morbidité ;
- Des gains de productivité permis par les principales innovations :
 - o Technologiques : ceux liés à l'intelligence artificielle (IA) pourraient se manifester plus rapidement que pour les innovations précédentes⁵. Les premiers progrès pourraient concerner moins les activités en contact avec le patient (diagnostic, recommandation de traitement...), que le gaspillage et les charges administratives (comptes rendus médicaux, programmation de rendez-vous, envoi de facture...). Ironiquement, de nombreux problèmes créés par des innovations numériques antérieures (poids de la documentation et des échanges dématérialisés) peuvent être résolus par l'IA générative (scribes numériques, robots conversationnels...). L'expérience dans ces domaines pourrait ouvrir la voie à une mise en œuvre qui affectent plus directement l'expérience des patients et leur santé ;
 - o Organisationnelles, par exemple celles à l'œuvre dans les expérimentations d'organisations de soins innovantes dans le cadre de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2018.

⁵ Wachter RM, Brynjolfsson E. Will Generative Artificial Intelligence Deliver on Its Promise in Health Care? JAMA 2024.

La démarche prospective proposée est illustrée par la Figure 1.

FIGURE 1 : LA DEMARCHE PROSPECTIVE



Proposition 3 :

Mettre en place une démarche de prospective de l'offre et de la demande pour chacune des professions de santé sélectionnées. Le champ inclut idéalement l'ensemble de l'offre de soins et d'accompagnement, des champs sanitaire et médico-social, voire social, y compris des non professionnels de santé (psychologues, médiateurs en santé, pairs aidants...). Prioriser des professions qui interviennent en première ligne dans le champ sanitaire apparaît toutefois nécessaire dans un premier temps, compte tenu de l'ampleur des travaux à mener. Les professions sont à sélectionner notamment en fonction de leur effectif, de la durée des études et des tensions existantes, et en première approche les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et aides-soignants. Elle doit permettre d'élaborer les modèles de projection et de collecter les données nécessaires pour établir :

- **des scénarios démographiques (côté offre et demande)** de base : tendanciel et variantes ;
- **plusieurs scénarios alternatifs prenant en compte d'autres facteurs** (à prioriser), du côté de l'offre (évolution du temps de travail, de l'activité des professionnels, du partage des activités et de la collaboration entre eux...) et de la demande (évolutions épidémiologiques, impact des changements environnementaux, évolutions socioculturelles : autonomisation des patients, prise de décision partagée...)
- **les valeurs des paramètres permettant d'assurer l'adéquation entre offre et demande** de services, en fonction des scénarios : résorption des déséquilibres actuels et adaptation aux évolutions anticipées.

En capitalisant sur les travaux de la Drees et de l'ONDPS et en collaboration avec la DGOS, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), les Ordres professionnels et l'ensemble des parties prenantes, au niveau national et local. En particulier, **la participation des représentants de la population et des professionnels de santé est nécessaire pour bien identifier les services à rendre à la population et les formes d'organisation à même de garantir l'accès de tous à des soins de qualité tout en étant attractives pour les professionnels.**

Proposition 4 :

Pour chacune des professions retenues, identifier les données nécessaires, les sources disponibles, les éventuelles lacunes et problèmes de qualité des données, sur la base des propositions présentées dans les tableaux 4 et 5 du rapport joint à cet avis, en réunissant l'ensemble des producteurs de données (Drees, Cnam, Ordres professionnels, Insee, Enseignement Supérieur, ONDPS, DGOS, ATIH etc.).

Organiser la collecte annuelle de données fiables pour l'ensemble des variables identifiées comme nécessaires. Disposer pour chaque profession, d'un registre des professionnels de santé opérationnel et mobilisable pour la prospective des ressources humaines. Définir précisément, avec les principaux producteurs et utilisateurs de données, leurs modalités de mise à disposition (format, dates de mise à jour...).

Proposition 5 :

La prospective des ressources humaines en santé doit recourir à des méthodes quantitatives et qualitatives.

Afin d'intégrer progressivement dans les scénarios alternatifs du modèle macro de prospective des ressources humaines une quantification de facteurs plus qualitatifs, on pourra au moins dans un premier temps s'appuyer sur les principaux paramètres déjà identifiés à l'étranger (notamment aux Pays-Bas et en Belgique). Il s'agit par exemple de la diminution du temps de travail notamment pour les professionnels entrant sur le marché du travail, de la substitution horizontale (entre médecins, par exemple des médecins hospitaliers vers les médecins exerçant en ville), de la substitution verticale (des médecins généralistes vers les professions paramédicales ou les assistants médicaux). Ceci nécessite une étude de la transposabilité au cas français des paramètres retenus dans ces pays (comparaison des situations initiales, etc.).

En parallèle, des études qualitatives en sciences humaines pourront être menées sur des facteurs particulièrement impactants, comme les attentes des professionnels en termes de qualité de vie au travail, les attentes et comportements des usagers.

La Drees et/ou l'ONDPS contribueront pour la France, aux côtés de la DGOS, aux travaux de la Joint Action européenne Heroes, et pourront notamment mettre en place des échanges rapprochés avec quelques pays ayant davantage avancé sur les démarches de prospective prenant en compte des variables fondées sur des avis d'experts.

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

Pour définir les besoins actuels de professionnels de santé territoire par territoire, la démarche est la même qu'au niveau national : partir de la consommation de soins observée, et identifier les déséquilibres existants, qui constituent une entorse aux principes d'équité et de juste soin.

Les projections nationales de la demande de soins présentées ci-dessus peuvent être déclinées localement, notamment en ce qui concerne les évolutions démographiques, grâce au modèle Omphale de l'Insee. De la même manière que ce modèle est utilisé pour des estimations départementales du nombre de personnes âgées dépendantes et de la quantité de recours aux services d'aide à la personne, il peut être utilisé pour projeter les besoins locaux en professionnels de santé. Les déclinaisons locales des projections nationales, qui seraient produites de façon centralisée et standardisée, pourraient être affinées par des travaux visant à mieux prendre en compte les spécificités des territoires. Omphale a ainsi été mobilisé dans le cadre d'un partenariat entre l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) et l'Observatoire régional de la santé (ORS) Paca pour l'élaboration du Projet régional de santé (PRS). Il a permis de construire, à partir de projections démographiques et épidémiologiques, des indicateurs sur l'évolution de certaines pathologies chroniques à l'horizon 2028, permettant d'anticiper le dimensionnement de l'offre de services de santé nécessaire pour répondre aux besoins des populations et des territoires de la région, ainsi que les coûts associés^{6 7}.

La démarche de prospective de l'offre et de la demande proposée dans ce rapport est une aide précieuse au pilotage d'une stratégie large des ressources humaines en santé structurante au service de chaque territoire. Le Hcaam recommandait ainsi, dans son

⁶ Projections des maladies chroniques en région Provence-Alpes-Côte d'Azur à l'horizon 2028, Rapport de l'ORS Paca - Tome I 2017, Tome II 2019.

⁷ Principales pathologies chez les personnes âgées. Projections et coûts associés à l'horizon 2028 chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ORS Paca [principales-pathologies-personnes-agees-paca.pdf \(orspaca.org\)](https://orspaca.org/principales-pathologies-personnes-agees-paca.pdf).

rapport de 2022 sur l'organisation des soins de proximité, « de mettre en œuvre très rapidement, dans chaque département, une table de concertation départementale rassemblant les différents acteurs⁸ et devant définir, sur la base d'une identification fine des situations et de l'anticipation de l'évolution de l'offre sur les prochaines années, un plan d'action à court terme par territoire de vie-santé. (...) On pourra s'appuyer sur les conseils territoriaux de santé (CTS) dont les missions de démocratie sanitaire et d'organisation du système seraient renouvelées, et auxquels un rôle plus actif serait confié. (...) Il s'agit ici de co-construire des modalités d'organisation de la solidarité et de responsabilité collective pour garantir l'accès aux soins pour tous et partout. ». Le nombre de professionnels en formation ne sera qu'un des volets de ces mesures.

Proposition 6 :

La couverture des besoins de la population suppose des mesures efficaces pour améliorer la répartition des professionnels sur le territoire national. Les outils statistiques ne peuvent résoudre à eux seuls les problèmes auxquels sont confrontés les politiques publiques, mais ils sont indispensables pour les éclairer.

Concernant la situation actuelle, la richesse, la fiabilité et la réactivité des données et des outils disponibles pour nourrir les diagnostics territoriaux et évaluer les actions mises en place se sont améliorées et ces améliorations doivent se poursuivre, dans un cadre qui permette les mutualisations utiles ainsi que la prise en compte des connaissances des acteurs locaux. Une réflexion doit être menée sur le développement d'indicateurs de déséquilibre au niveau local, en particulier les tensions sur les ressources humaines (difficultés de recrutement) dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Concernant les évolutions futures de la demande de soins, le modèle Omphale de l'Insee pourrait être utilisé pour projeter des besoins locaux en professionnels de santé. Concernant l'évolution de l'offre de soins, le degré de finesse des territoires pour lesquels on peut élaborer des projections pour chaque profession dépend des effectifs de cette profession ainsi que de la fiabilité et du niveau de détail des données qui la concernent. Pour les professions les moins nombreuses, il ne sera pas possible de travailler à un niveau infrarégional. Au niveau géographique fin (une Communauté professionnelle territoriale de santé CPTS par exemple) les projections dépendent de l'évolution des conditions locales d'exercice, de l'action des professionnels et des politiques mises en œuvre. C'est donc au niveau local, avec la connaissance du terrain, et en associant les collectivités locales et les travaux menés dans le cadre des schémas régionaux de formation sanitaire et sociale, que ces éléments doivent être analysés, à l'aide d'outils mis à disposition de ces acteurs.

Un cadre de mutualisation et d'animation de ces travaux pilotés par les ARS, de partage des bonnes pratiques pour élaborer des méthodes communes pour les travaux infra départementaux serait à développer.

⁸ Élus, autres représentants des usagers et des assurés sociaux, Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé, caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et Mutualité Sociale Agricole (MSA), représentants des professionnels des secteurs sanitaire (CPTS, établissements, équipes de soins, Unions régionales des professionnels de santé (URPS), syndicats, Ordres...), médico-social et social, représentants des universités

6. L'horizon temporel et les mises à jour régulières des exercices de planification

Proposition 7 :

La planification en ressources humaines doit faire l'objet d'une programmation à long terme, d'au minimum 12 ans pour les infirmières (horizon 2035) et 18 ans pour les médecins (horizon 2041). Les évolutions doivent être prolongées, avec des hypothèses plus simples, jusqu'à un horizon de 25 à 30 ans, pour anticiper d'éventuels retournements, et notamment vérifier que l'effort massif de formation pour répondre à la pénurie actuelle ne finit pas par produire une offre excédentaire et des difficultés d'insertion des professionnels sur le marché du travail.

Les projections doivent intégrer un scénario tendanciel et des variantes, dont des scénarios dans lesquels différents leviers sont activés pour parvenir à un équilibre entre l'offre et la demande lors d'une année cible à déterminer, permettant ainsi, en lien avec les organismes en charge de la gestion des ressources humaines en santé :

- de définir le nombre de professionnels de santé à former ;
- d'actionner les autres leviers pertinents, touchant notamment aux organisations de soins, à la répartition géographique des professionnels, à l'attractivité, pour parvenir à cet équilibre.

Proposition 8 :

L'équilibre entre offre et demande de soins doit faire l'objet d'un suivi rapproché, prenant la forme suivante :

- un suivi annuel d'indicateurs aux niveaux national et local, permettant de s'assurer (1) que les effectifs de professionnels observés sont bien conformes aux effectifs projetés et donc à la trajectoire d'équilibre entre offre et demande et (2) que n'apparaissent pas des déséquilibres (au sens de besoins non couverts) imprévus ;
- une confrontation détaillée des données observées aux dernières projections, pouvant éventuellement amener à changer les valeurs de certains paramètres du modèle de projection, tous les trois ans ;
- une mise à jour complète des projections en tant que de besoin.

Proposition 9 :

Le modèle de projection sera décrit dans une publication méthodologique, expliquant les choix de quantification des paramètres pour le futur.

Les projections et la comparaison, entre chaque exercice de projection, entre les évolutions réellement observées et les projections du modèle, feront l'objet d'une publication et de données mises en ligne sur internet (sur le modèle de Dataviz de la DREES) et d'outils de simulation permettant de faire varier les paramètres. Ceci afin d'éclairer efficacement l'action politique, l'ensemble des parties prenantes.

La mise en œuvre de l'ensemble des propositions de ce rapport nécessite des investissements méthodologiques dans les bases de données et les outils de projection, et la mise en place d'une comitologie, détaillés *infra*. Les moyens aujourd'hui consacrés à ces exercices ne permettent pas d'atteindre cette ambition et impliquent dans l'immédiat des horizons de projection plus courts, un suivi et des réévaluations moins fréquents et larges, une approche plus restreinte des leviers mobilisables.

Un suivi très régulier des facteurs affectant l'équilibre entre offre et demande (par exemple : l'augmentation du taux d'abandon au cours de la formation des infirmiers⁹ ou au cours de la carrière¹⁰) est indispensable pour améliorer cet équilibre à court terme. Il est également rendu nécessaire par l'inertie des facteurs relatifs à la formation, inertie qui implique de bien anticiper.

Concernant la demande de soins, les projections de la démographie de la population réalisées par l'Insee sont actualisées tous les 5 ans, et disponibles à un horizon d'une cinquantaine d'années¹¹. Donc les projections de la demande dans le modèle de base, qui repose uniquement sur des variables démographiques, sont théoriquement possibles jusqu'à cet horizon, pour le scénario central comme pour les variantes, même si en pratique un horizon aussi lointain apparaît peu pertinent pour cet exercice. Pour le modèle enrichi par d'autres facteurs déterminant la demande de santé, les évolutions futures de ces facteurs sont très incertaines. Ainsi, pour les projections d'évolution de la population atteinte de diabète, la Cnam a retenu un horizon de 5 ans¹², comme pour le précédent exercice qui portait sur un ensemble plus large de pathologies¹³. Pour les projections de la demande intégrant l'ensemble des variables du modèle complet, un horizon de 10 ans semble un maximum ; au-delà, les évolutions doivent être prolongées avec des hypothèses plus simples. Entre deux exercices de projection, un suivi très rapproché des écarts entre évolutions épidémiologiques prévues et observées apparaît moins pertinent que pour l'offre de soins, compte tenu des systèmes de veille sanitaire existants qui permettent de prendre des mesures d'urgence face aux problèmes de santé émergents.

7. Les parties prenantes

Impliquer les parties prenantes et des experts tout au long du processus est un gage de réussite. L'ensemble des travaux présentés dans ce rapport, les échanges avec les parties prenantes prennent du temps, notamment pour surmonter les points de vue et intérêts divergents.

⁹ DREES, « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 », *Études et Résultats*, mai 2023, n° 1266.

¹⁰ DREES, « Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière », *Études et Résultats*, juillet 2023, n° 1277.

¹¹ E. Algava et N. Blanpain, « 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée », Insee Première, 2021, n°1881.

¹² [2023-07 rapport-propositions-pour-2024 assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](#) (page 79).

¹³ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018, tableau p. 38.

Proposition 10 :

Les principes et l'élaboration de la démarche prospective, les objectifs, les hypothèses notamment en ce qui concerne les facteurs qualitatifs et les résultats doivent être co-construits et partagés avec les parties prenantes.

Il convient de :

- identifier précisément tous les acteurs concernés. Les représentants des parties prenantes doivent à la fois être de niveaux national et local, du secteur public et du secteur privé : des ministères (en charge de la santé, de l'enseignement supérieur, des finances, du travail) ; des structures en charge des statistiques ; des autorités sanitaires locales ; des offreurs de soins (publics et privés) ; des professionnels de santé (Ordres professionnels, organisations représentatives, sociétés savantes) ; des universités et écoles de formation ; des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires ; des parlementaires ; des représentants des collectivités territoriales, des représentants d'usagers/de patients, les partenaires sociaux, etc. ;
- prévoir un processus de nomination des représentants et de déclaration des conflits d'intérêt ;
- organiser une concertation continue : définir le rôle consultatif des parties prenantes, les instances de travail par profession, les modalités de leur implication régulière ainsi que les modalités d'échanges en pluri professionnel.

8. Des analyses plus spécifiques pour certains secteurs du système de santé

Proposition 11 :

L'approche macroscopique doit être complétée par une approche « méso », par domaines de soins, ces domaines pouvant être une pathologie (par exemple le cancer ou la santé mentale), un secteur de l'offre de soins (par exemple les soins de proximité), une population (par exemple les femmes enceintes ou les personnes âgées).

Ces exercices permettent d'établir une trajectoire pour ces domaines, en clarifiant plus facilement que sur l'ensemble du système de santé, les services à rendre à la population, les organisations et moyens humains le permettant. Ces travaux permettent également des analyses prospectives pour des professions pour lesquelles un exercice de projection macro n'a pas pu être réalisé. Elles permettent d'intégrer les professionnels du secteur médico-social alors que les projections macro devront dans un premier temps, pour des raisons méthodologiques compte tenu de l'importance des travaux à mener, se centrer sur des professions majoritairement du secteur sanitaire. Cette approche transversale aux champs sanitaire, médico-social et social est particulièrement importante pour les personnes âgées ainsi que pour la prévention. Chaque futur plan thématique dans le champ de la santé (certains étant parfois alternativement nommés programmes, stratégies, feuilles de route, politiques) doit faire l'objet d'un document prospectif liant objectifs de santé et d'accès aux soins (assortis de cibles) et moyens humains et financiers pour les atteindre - ce qui nécessite de promouvoir les organisations efficaces.

Une réflexion collective sur la priorisation des services à rendre est nécessaire afin de concrétiser le principe d'égal accès aux soins pour tous.

Utile pour les domaines de soins auxquels ils s'appliquent, ces travaux le sont également pour la prospective macroscopique, dont ils permettent d'étayer les paramètres. Ils ne peuvent cependant pas se substituer à cette approche macro, car il est impossible de définir les domaines de soins de façon à établir et à projeter dans l'avenir une partition totale du système de santé : les recouvrements entre domaines sont inévitables du fait notamment des polyopathologies.

Le rapport qui accompagne cet avis analyse, conformément à la lettre de mission, « *les domaines pour lesquels cet exercice de prospective est pertinent : domaines importants pour les politiques de santé (du fait de leur poids dans la morbidité, de leur poids dans les dépenses et les ressources humaines...)* et pour lesquels cet exercice est techniquement faisable. ».

La cartographie médicalisée de l'assurance maladie¹⁴, qui caractérise les principales pathologies pour la population française, fournit des informations quantitatives précieuses. Une concertation avec les parties prenantes permettrait d'éclairer les besoins des patients, en s'appuyant, lorsqu'elles existent, sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Celles-ci sont disponibles pour un peu plus d'une quinzaine de pathologies ou populations¹⁵. Elles décrivent précisément le parcours de soins : rythme des consultations, examens à réaliser selon les stades de la pathologie. Parfois les précisions sur le type de professionnel impliqué sont absentes ou partielles. Cette souplesse dans le partage

¹⁴ [Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2024.](#)

¹⁵ Surpoids/obésité, maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire chronique, insuffisance rénale chronique, maladie neurologique, suivi de la maternité, etc.

d'activités entre professionnels permet de s'adapter aux ressources et besoins locaux, mais elle complique l'analyse des besoins en professionnels.

Aucune recommandation à ce jour ne concerne des secteurs de soins tels que les soins de proximité, la santé mentale globalement, ni des approches populationnelles alors que ces dernières permettent de rendre compte des parcours de soins pour les personnes souffrant de polyopathie. Un parcours Prise en charge des personnes âgées était prévu dans le cadre du chantier « Qualité et pertinence » de la Stratégie de transformation du système de santé (Ma Santé 2022) ; il serait très utile pour identifier les services à rendre à cette population.

Deux études de cas ont été menées pour illustrer la méthode. Conformément à la lettre de mission elles ne constituent pas un véritable exercice de projection. En effet elles ne vont pas jusqu'à mettre en œuvre la méthode proposée pour quantifier les services à rendre et les professionnels nécessaires. Si ces méthodes étaient retenues, il faudrait les alimenter par des exercices plus poussés de calibrage des paramètres et en associant, à chaque étape, l'ensemble des parties prenantes : représentants des usagers et des professionnels, collectivités territoriales.

8.1. Étude de cas sur les soins de proximité

Les soins de proximité ont été choisis pour l'étude de cas :

- pour leur rôle central ;
- parce que le rapport de 2022 que le Haut conseil leur a consacré¹⁶ fournit une stratégie pour ce segment de soins, dans laquelle la prospective des ressources humaines en santé peut s'inscrire ;
- pour tester la faisabilité de l'exercice sur un domaine particulièrement complexe compte tenu de sa transversalité.

Cette étude vise à anticiper l'évolution de l'offre de professionnels de proximité à l'horizon 2035 à partir de la demande de soins, actuelle (besoins couverts et non couverts) et future.

Les professionnels nécessaires pour répondre à la demande actuelle de soins de proximité

Il n'existe pas de référentiel permettant de cerner les « besoins » de soins de proximité et les types d'organisations à privilégier en raison de leur efficacité. Il n'existe pas de « norme » en termes de densité de professionnels en particulier. On ne peut pas non plus raisonner pathologie par pathologie, en déterminant, pour chacune d'entre elles, la quantité de soins de proximité nécessaire : d'une part, il n'existe pas de normes de recours pour la plupart des pathologies, et d'autre part, un recours donné peut correspondre à la prise en charge de plusieurs problèmes de santé.

On peut cependant identifier les objectifs suivants :

- tout patient qui le souhaite doit avoir un médecin traitant, à commencer par les patients en ALD ;
- les délais d'accès aux soins programmés (incluant les examens courants de biologie et d'imagerie) doivent être conformes à la situation médicale ;
- la réponse à la demande de soins non programmés doit être assurée ;
- des actions de prévention doivent être déployées, ainsi que des actions d'éducation thérapeutique pour les patients le justifiant ;

¹⁶ Op cit.

- le patient doit être pris en charge à domicile si besoin par une équipe pluridisciplinaire ;
- des actions en direction des populations éloignées du soin doivent être engagées (« aller vers »), qui mobilisent des médiateurs en santé et travailleurs sociaux.

Cette liste préliminaire constitue une trame des services à rendre. En période de tension sur les ressources en professionnels, il faut définir, parmi ces services, ceux qui sont prioritaires. La prospective doit inclure un objectif de rétablissement de l'équité territoriale en santé. Cette équité pourrait être définie comme l'accès pour tous et partout à cet ensemble minimum de services défini collectivement et nationalement.

Pour passer de ces services au nombre de professionnels nécessaires, on peut identifier, avec les ARS, des territoires qui ont un fonctionnement jugé satisfaisant, au sens où les services prioritaires (accès au médecin traitant, délais, permanence des soins...) y sont assurés par des organisations efficaces ayant une responsabilité populationnelle. En effet, le nombre de professionnels nécessaires dépend de la façon dont ils s'organisent. Les évolutions démographiques sont très contrastées d'une profession à l'autre, plus dynamiques pour les professions paramédicales que pour les professions médicales, et cela, déjà, engage à envisager de manière différente la répartition des rôles à l'avenir. Ce travail doit déboucher sur l'élaboration de plusieurs options organisationnelles permettant d'optimiser les réponses aux demandes, en s'appuyant sur les retours d'expériences existants et les enseignements des expérimentations article 51.

L'échelle géographique d'analyse serait celle des CPTS. On pourrait déterminer, pour ces territoires au fonctionnement satisfaisant, une cible minimale (ou une fourchette) requise pour chaque profession, pour un service minimum garanti. Ces territoires devraient avoir une diversité suffisante : en termes géographiques (urbain, rural, montagne...) et de caractéristiques de la population (densité, pyramide des âges, caractéristiques sociales et épidémiologiques...). Cette diversité permettrait d'envisager une extrapolation au niveau national de la densité de professionnels nécessaire pour répondre aux « besoins » de soins de proximité actuels. Une telle extrapolation ne pourrait être qu'indicative, prenant la forme d'un minimum ou d'une fourchette, ayant pour simple objectif d'éclairer les projections macroscopiques, qui constituent la référence pour l'estimation globale des besoins de professionnels.

Les professionnels nécessaires pour répondre à la demande future de soins de proximité

Anticiper l'évolution de l'offre à partir d'une analyse prospective de la demande de soins suppose de développer un modèle d'offre et un modèle de demande, reposant sur des variables rappelées *supra*. Le scénario tendanciel et ses variantes peuvent être complétés par des scénarios comme « effort massif sur la prévention », « aggravation des risques environnementaux », « découverte d'un traitement contre la maladie d'Alzheimer », « forte délégation de tâches, sous supervision médicale », « forte délégation de tâches, avec multiples accès directs, dans le cadre d'une équipe coordonnée » ...

L'objectif de rétablissement de l'équité territoriale à l'horizon 2035 suppose une amélioration de la répartition des professionnels sur le territoire ; l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permettrait d'identifier les territoires en-dessous du minimum requis. La pertinence des soins et la mobilisation de l'expertise médicale pour les objectifs prioritaires (dans le contexte d'une forte demande pour les soins esthétiques) doivent également être renforcés. Sans cela, définir la « bonne » densité de professionnels au niveau national a peu de sens.

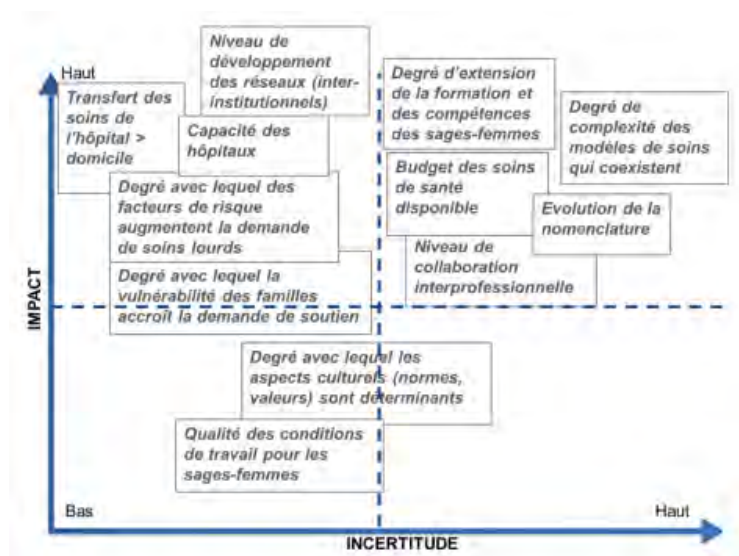
8.2. Etude de cas : le suivi des femmes enceintes

La démarche s'articule en 4 étapes :

1. définir les services à rendre qui feront l'objet de la projection, à partir des recommandations des instances nationales, des recours effectifs, des indicateurs de santé publique, du ressenti des femmes et des professionnels ;
et identifier les professionnels et les structures concernés. Pour un large ensemble de services à rendre, les recommandations indiquent qu'ils peuvent être assurés par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue (médical ou obstétricien). Ces chevauchements entre les compétences et missions des professionnels compliquent l'analyse des ressources humaines nécessaires - mais donnent de la souplesse pour mieux répondre aux besoins ;
2. détailler la situation actuelle :
 - o nombre et caractéristiques des professionnels (en se centrant, pour les besoins de l'exercice, sur les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens, mais pour un véritable exercice de projection il faudrait prendre en compte également les généralistes, les pédiatres, les anesthésistes réanimateurs, les gynécologues médicaux, les biologistes, les pharmaciens, les échographistes qui pratiquent des échographies obstétricales, les infirmières notamment puéricultrices, les psychologues...). Les données manquent pour analyser précisément l'activité de ces professionnels (part des accouchements dans l'activité des gynécologues...)
 - o organisations sanitaires en place ;
 - o existence d'éventuels déséquilibres entre offre et demande (notamment de besoins non couverts) qu'il s'agirait de combler. Le rapport qui accompagne cet avis rappelle que les taux de mortalité infantile sont relativement élevés en France, et les travaux en 2023 de la Société française de néonatalogie, de la mission flash de l'Assemblée nationale et de l'Académie de médecine ;
3. construire des scénarios d'évolution : scénarios de base fondés uniquement sur la démographie de la population et des professionnels ; scénarios alternatifs liés notamment à une évolution du partage des tâches entre professionnels et des organisations (cf. graphiques ci-dessous issus des travaux belges de projection des besoins en sages-femmes, qui ont défini trois principaux scénarios d'évolution des prises en charge) ;
4. quantifier l'impact sur les besoins en ressources humaines des hypothèses d'évolution retenues pour ces déterminants.

Illustrations issues des projections belges de besoins en sage-femmes

FIGURE 2 : ANALYSE ET CLASSEMENT DES FACTEURS D'ÉVOLUTION



Trois scénarios ont été retenus pour appréhender les besoins futurs en maïeutique en tenant compte des différents facteurs d'évolution (cf. Figure 3).

FIGURE 3 : LES TROIS PRINCIPAUX SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DES PRISES EN CHARGE RETENUS

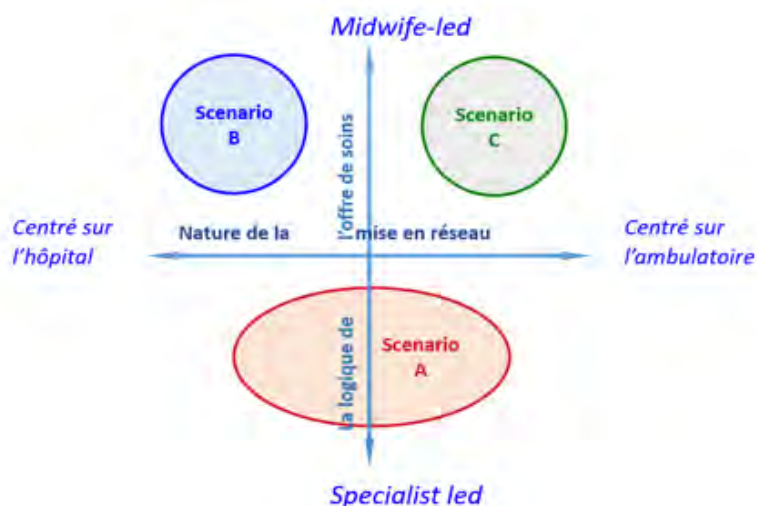
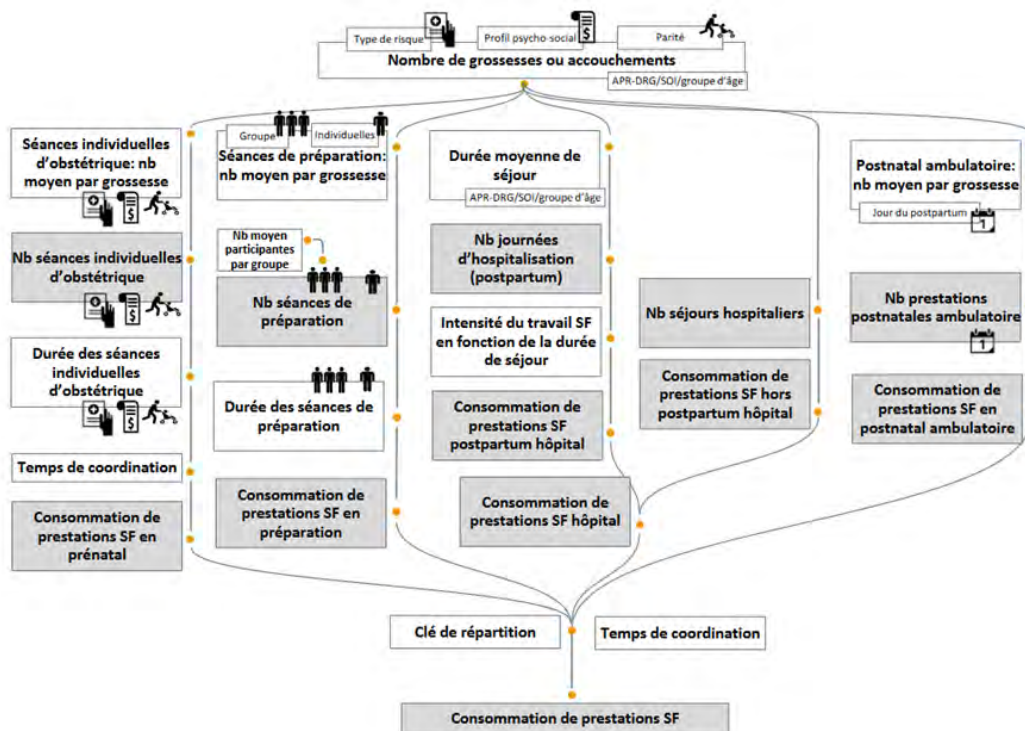


FIGURE 4 : MODELISATION DES PARAMETRES PRIS EN COMPTE POUR L'EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE PRESTATIONS DE SAGES-FEMMES



9. L'organisation cible : un pilotage et des moyens à la hauteur des enjeux

Proposition 12 :

La prospective des ressources humaines en santé doit s'articuler selon les étapes suivantes :

Une instance de pilotage de l'ensemble du processus de planification, associant toutes les parties prenantes, aux niveaux national et local, est mise en place. Elle fait des propositions pluriannuelles du nombre de professionnels à former, ainsi que d'autres recommandations permettant d'assurer une meilleure adéquation entre offre et demande qui seront éventuellement reprises par les organismes en charge de ces sujets.

Du côté de l'offre : des répertoires pour les professions concernées sont disponibles, ce qui suppose, pour certaines professions, de prendre les actions nécessaires à la constitution et complétude de ces répertoires. Les paramètres de la modélisation, pour les scénarios démographiques de base (tendanciel et variantes) sont identifiés. Du côté de la demande de soins, des travaux et des données sont produits pour l'évaluer.

Un modèle de projection de l'offre et de la demande est défini pour chaque profession retenue. Il a pour objectif de mettre en adéquation le nombre de professionnels de santé projeté et le nombre requis pour répondre à la demande de soins actuelle et future. Au-delà des scénarios de base s'appuyant uniquement sur les évolutions démographiques (+/- épidémiologique), plusieurs scénarios alternatifs mobilisent des approches qualitatives pour appréhender les autres facteurs pertinents : innovations technologiques et organisationnelles, virage ambulatoire, partage des activités, nouveaux métiers, évolution du temps de travail, place et impact de la prévention, autonomisation des patients, etc. Ces travaux s'appuient sur des échanges internationaux.

La démographie observée de chaque profession est confrontée annuellement avec les projections. Une confrontation plus détaillée est effectuée tous les trois ans, pouvant éventuellement amener à revoir les projections, qui sont mises à jour tous les trois à cinq ans.

Ces exercices sont complétés par des exercices de prospective des ressources humaines sur des domaines de soins, pouvant être une pathologie, un secteur du système de santé, une population.

Élaborer le volet territorial de ces travaux conformément à la proposition 6 et le mettre en œuvre selon un calendrier à définir également, dans le cadre d'une approche à la fois ascendante et descendante. Tant que la nouvelle méthode n'est pas opérationnelle, les missions des comités régionaux de l'ONDPS se poursuivent.

Le lien est effectué entre la prospective des ressources humaines en santé et la stratégie nationale de santé d'une part, la programmation des moyens financiers nécessaires pour rémunérer ces professionnels d'autre part.

Proposition 13 :

Les activités de prospective des ressources humaines en santé en France décrites dans ce rapport reposeront sur deux structures dotées des ressources financières, humaines et techniques pérennes en adéquation avec l'enjeu stratégique que représente la prospective des ressources humaines en santé :

La Drees devra être renforcée afin d'être en charge des projections de l'offre et de la demande : pilotage de (et contribution à) la collecte des données et leur mise à disposition, suivi statistique, construction du modèle de projection (de l'offre et de la demande) pour les professions retenues et mises à jour, production du scénario de base et des scénarios alternatifs. Elle travaillera en étroite collaboration avec les autres structures qui fournissent des données, notamment la Cnam pour ce qui concerne les projections de la demande de soins. Elle sera la structure d'appui de l'instance de pilotage en charge de produire des propositions pour le niveau politique.

L'ONDPS verra ses missions et ses moyens élargis et renforcés afin de se transformer en une instance indépendante de pilotage de la prospective des ressources humaines en santé et sera en appui au pilotage de la stratégie des ressources humaines en santé. Elle adoptera un nom conforme à ses nouvelles fonctions, par exemple Commission de planification des ressources humaines en santé. Elle sera dotée d'une présidence et d'un secrétariat général, et sa gouvernance sera redéfinie, concernant en particulier le fonctionnement de son Conseil. Elle sera chargée de faire des propositions qui seront éventuellement reprises par les organismes en charge de ces sujets.

Toutes les professions ne pourront pas être étudiées simultanément au début des travaux. Un calendrier de montée en charge est nécessaire. L'ordre de priorité des professions sera proposé par l'instance de pilotage, qui ensuite établira un programme de travail pluriannuel (calendrier politique et opérationnel), en lien avec les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur. Ses missions devront être précisées via un décret.

L'ensemble de ces travaux nécessitent les compétences d'une dizaine de personnes supplémentaires, de profils variés, à répartir entre les deux instances.

Annexe : Lettre de mission



La Ministre déléguée

Paris, le 2 mars 2023

Monsieur le Président,

Les difficultés actuelles que rencontrent nos concitoyens pour accéder aux soins témoignent de l'importance d'une réflexion prospective sur le nombre de professionnels de santé à même de répondre aux besoins de la population dans les années à venir.

L'adéquation entre ressources humaines et réponse aux besoins de santé ne peut s'organiser que dans une approche de long terme compte tenu du temps nécessaire pour former les professionnels. Or, au-delà des travaux très riches, notamment de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), nous avons besoin aujourd'hui d'outils permettant d'anticiper les futurs services à rendre à la population et de les traduire en besoins de ressources humaines en santé, quantitatifs (nombre de professionnels) et qualitatifs (compétences, délégation de tâches, modes d'exercice). Aussi bien en France qu'à l'international, l'exercice est rendu complexe par l'évolution des prises en charge, la technicité croissante des soins et les évolutions sociétales.

Dans votre *Rapport d'étape sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé de 2020*, vous indiquiez qu'il était utile d'appréhender cette complexité par grande pathologie ou segment de soins. Vous donniez l'exemple du cancer et des travaux Evolpec d'Unicancer.

Cette approche me semble particulièrement intéressante pour définir une nouvelle méthode prospective centrée sur les besoins des patients et non plus sur l'offre, permettant de mieux piloter les politiques de santé, à plusieurs niveaux :

- au niveau des domaines (pathologies ou segments de soins) faisant l'objet de cet exercice, anticiper les services à rendre et les moyens nécessaires pour atteindre nos objectifs de santé permettra de mieux définir la trajectoire d'organisation des soins et de mobilisation des ressources humaines. L'échelle territoriale adaptée et les lieux de concertation seront également interrogés ;
- au niveau agrégé, ces travaux par domaines nourriront la réflexion qualitative sur l'évolution des missions des différents professionnels, pour permettre de la souplesse dans l'organisation, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins ;

- au niveau agrégé, toujours, mais cette fois dans une approche quantitative, ces travaux contribueront à éclairer comment prendre en compte, dans les modèles macro de projection des ressources humaines en santé, les impacts des nouveaux services à rendre à la population et des évolutions à venir en matière d'organisation des soins et de la prise en charge. En particulier, les impacts de la délégation de tâches ou le transfert d'activité entre professionnels, la place accrue de la prévention dans le parcours de santé ou encore le nouveau rapport à l'exercice professionnel seront à étudier.

C'est la raison pour laquelle je souhaite vous confier une mission sur cette thématique permettant de proposer une méthode de travail et de préciser les conditions de faisabilité d'une telle approche prospective en matière de démographie des professionnels de santé. Vous travaillerez en étroite collaboration avec la DREES et l'ONDPS, notamment dans le cadre de la lettre de mission qui lui a été adressée par le Ministre des Solidarités et de la Santé du 1^{er} décembre 2021 relative aux perspectives démographiques des professions paramédicales. Vous mobiliserez les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé, les travaux de la Caisse nationale d'assurance maladie, de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation, de l'Agence de l'innovation en santé, des directions du Ministère de la santé et de la prévention et de son Secrétariat général, des Agences régionales de santé, ainsi que l'expertise des professionnels et des patients. Vous vous appuierez sur les exemples étrangers.

Cette mission devra notamment déterminer les domaines pour lesquels cet exercice de prospective est pertinent : domaines importants pour les politiques de santé (du fait de leur poids dans la morbidité, de leur poids dans les dépenses et les ressources humaines, ...) et pour lesquels cet exercice est techniquement faisable. Cette mission devra par ailleurs évaluer les moyens, l'organisation et les données nécessaires pour mener à bien ces exercices, y compris le renforcement, que vous recommandiez dans votre rapport de 2021, de la veille sur les évolutions épidémiologiques, sociologiques (attentes de la population et des professionnels), technologiques, thérapeutiques et organisationnelles.

Je souhaite que vous puissiez me remettre vos conclusions d'ici fin juin 2023. Je sais pouvoir compter sur l'engagement des membres du HCAAM et vous remercie par avance de l'attention que vous apporterez à la mise en œuvre de cette mission.


Agnès FIRMIN LE BODO

Pierre-Jean LANCRY
Président du HCAAM
14 avenue Duquesne
75007 Paris



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du HCAAM
<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Contact

hcaam@sante.gouv.fr – 06 59 44 15 49

Adresse postale HCAAM

78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 -
75739 PARIS cedex

Locaux HCAAM

78-84 rue Olivier de Serres
75015 PARIS



FRANCE STRATÉGIE

ÉVALUER. ANTICIPER. DÉBATTRE. PROPOSER.