

La démographie des anesthésistes en Europe

Cest à l'Ouest de l'Europe que se trouvent les médecins anesthésistes les plus âgés, mais aussi ceux qui gagnent le plus d'argent, que ce soit en privé ou en public. Les données chiffrées indiquent que les craintes concernant un avenir marqué par une pénurie de praticiens, et une invasion d'anesthésistes venus de l'Est, sont loin d'être justifiées.

Les données présentées et commentées ici sont issues d'une session consacrée à l'état de la démographie des anesthésistes en Europe qui s'est tenue lors d'Euroanaesthesia 2006, congrès de l'European Society of Anaesthesiology. Sous la présidence d'Antonina Sidorova (Riga, Lituanie) et Philippe Schepers (Liège), cette session a réuni Christoph B. Egger Halbes (Standford, États-Unis), Karel Cacohevc (Prague, République tchèque), Leon Drobnik (Poznan, Pologne) et Jevrejske Mellin-Olsen (Rud, Norvège).

DES RESSOURCES HUMAINES TRÈS HÉTÉROGÈNES

En 2002, la densité moyenne d'anesthésistes dans l'Union européenne (UE) était évaluée à 10,8/100 000 habitants ; elle variait de 4,4 et 4,6, en Irlande et au Royaume-Uni, à 15,6 en Italie [1]. Cette moyenne est assez proche de celle des États-Unis (9,2/100 000) par comparaison, la Turquie compte 2,8 anesthésistes pour 100 000 habitants. La répartition des praticiens à travers le territoire européen est hétérogène, tant entre les différents pays qu'au sein d'une même nation, entre secteur rural, petites villes et grandes agglomérations. De nombreux facteurs peuvent expliquer ces différences, comme l'organisation et la régulation des écoles aux formations, l'existence ou non d'infirmières anesthésistes ou d'équivalents, la charge de travail, la pression économique et la recherche de la maîtrise des dépenses de santé, etc. (figure 2) [2].

Pour les infirmières anesthésistes diplômées d'état (IADE), c'est dans les pays nordiques que la densité est la plus élevée : 22,7 en Norvège, 23,1 en Suède et jusqu'à 58,8 au Danemark [3]. En France, ce taux est de 7,7/100 000, ce qui correspond à environ une IADE pour deux anesthésistes. En Norvège, les IADE exercent une activité sous contrôle, mais avec une relative autonomie. Elles réalisent des actes sur des patients ASA1 après dérogation, quelques sédations, des surveillances d'anesthésie locorégionale et des anesthésies générales brèves ; elles participent aux consultations. Le constat norvégien

est qu'une infirmière spécialisée est moins chère qu'un docteur (même étranger) [4].

**UNE FÉMINISATION GLOBALEMENT FAIBLE, SAUF...
• Dans l'UE, 52 % des anesthésistes sont des hommes.
• En Grèce et la Turquie font exception, les femmes y représentant respectivement 74 % et 60 % des effectifs.**

LA RÉPARTITION DES ACTES ET DES PRATIQUES

La répartition entre anesthésie générale et anesthésie locorégionale est assez homogène, à l'exception de la Finlande, des Pays-Bas et du Danemark, où sont réalisés beaucoup plus d'actes sous anesthésie locorégionale (seule ou combinée à une anesthésie générale). La répartition entre anesthésie, réanimation, algologie et oxylogie est globalement très nettement orientée vers l'anesthésie. Les anesthésistes gros se distinguent par l'absence de réanimation et d'oxylogie (tout comme en Israël). La médecine d'urgence est également une activité marginale en Espagne et aux Pays-Bas. C'est l'Italie qui compte le plus fort pourcentage d'activité en réanimation (plus de 35 %, devant l'Allemagne (30 %), la France (moins de 30 %) et le Royaume-Uni (25 %)).

LES PRATICIENS EN FORMATION (« TRAINEES »)

Tous les pays de l'UE ont un taux de jeunes en formation nettement inférieur à la densité actuelle de leur population d'anesthésistes. On note une relation inverse entre la densité d'anesthésistes dans un pays et le pourcentage d'actes en formation dans ce pays : plus la densité est élevée, plus le pourcentage est faible. En France, si la population des anesthésistes est globalement stable, on ne compte que

La démographie des anesthésistes en Europe

1,7 « trainee » pour 100 000 habitants, taux proche de celui de l'Allemagne (1,0/100 000) ; le Danemark, la Norvège, la Finlande et la Grèce sont dans une fourchette entre 5 et 6/100 000. Le taux le plus élevé est relevé au Royaume-Uni (8/100 000), mais c'est dans ce pays que la formation est la plus longue, durant 7 ans. Avec un nombre nettement croissant de femmes en formation, la Turquie a un taux de trainees de 1,2/100 000, mais une formation plus courte puisqu'elle est de 4 ans.

DES SALAIRES PLUS IMPORTANTS DANS LE NORD DE L'UE

C'est dans les pays du Nord de l'Union que les salaires des médecins anesthésistes sont les plus élevés, supérieurs à 5 000 € par mois. Au Sud, le niveau de rémunération est nettement inférieur : par exemple, de l'ordre de 3 000 à 5 000 € mensuels en Espagne. Selon les données actuellement disponibles, les pays européens rémunèrent le mieux les anesthésistes sont, dans l'ordre décroissant : le Royaume-Uni, la France et les Pays-Bas, un peu en dessous, la Norvège et la Finlande suivies par l'Allemagne (figure 2). Les revenus des médecins sont nettement meilleurs à l'Ouest, y compris à l'intérieur de l'Union, tout comme ceux des IADE.

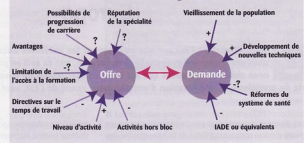
LA PLURIAUT DES ANESTHÉSISTES DE L'UE EXERCIT DANS LE SECTEUR PUBLIC

En Europe occidentale, la majorité des anesthésistes est nettement orientée vers le secteur public, à l'exception du Luxembourg où 74 % d'entre eux exercent en privé.
• En France, comme en Suisse, la répartition est d'environ un tiers pour le privé et deux tiers pour le public.
• Au Nord de l'Europe est très orienté public, avec seulement 2 % des effectifs dans le secteur privé au Danemark, en Norvège et au Royaume-Uni et 5 % aux Pays-Bas et en Finlande.

LA SITUATION DANS LES ÉTATS DE L'EST DE L'UNION

Les pays les plus pauvres de l'Union européenne ont une faible densité d'anesthésistes-réanimateurs par exemple, 7,6/100 000 habitants en Pologne) et les IADE

Figure 1. Facteurs influençant l'offre et la demande en anesthésiologie [2].



et sont peu nombreuses : 1 231 en République tchèque, 2 001 en Slovaquie, 800 en Pologne, 281 en Slovaquie. Si les écarts techniques entre l'Est et l'Ouest sont minimes, voir nuls, les données démographiques sont assez différentes. La profession est en général plutôt masculine, mais l'évolution va dans le sens de la féminisation. Il existe une répartition assez selon les postes de travail et les modes d'activité : les hommes travaillent plutôt en anesthésie, alors que les femmes exercent plus souvent plutôt en réanimation ; il y a davantage d'hommes en secteur privé et de femmes en secteur public. Dans la plupart de ces pays, les anesthésistes sont en moyenne plus jeunes que dans la zone Euro, sauf en République tchèque où l'âge moyen est élevé et proche des moyennes de l'Ouest.

Les revenus mensuels des médecins anesthésistes varient entre 1 000 à 2 000 € en République tchèque et en Slovaquie, et 500 à 1 000 € dans les autres pays. L'effort de formation de ces pays est supérieur aux besoins actuels des populations (besoins nettement inférieurs aux consommations d'actes de la zone Euro), mais serait à peine suffisant si les consommations venaient à s'équilibrer. La durée de formation est variable, de 4 ans pour l'Espagne et la Lituanie à 6 ans pour la Slovaquie et 5 ans dans les autres pays.

QU'EN EST-IL DANS LES PAYS D'EUROPE DE L'EST HORS UE ?

Si les techniques sont sensiblement les mêmes qu'en Europe de l'Ouest, on relève cependant un grand nombre d'actes d'urgence et de réanimation, aux dépens d'une chirurgie réglée dont la demande est encore faible. La moyenne annuelle d'actes pour 100 000 habitants est de 6 000 à 8 000, soit deux fois moins qu'en France. La densité professionnelle est globalement faible, mais hétérogène. La Bulgarie compte ainsi 3 636 anesthésistes, soit une densité assez élevée de près de 9,4/100 000

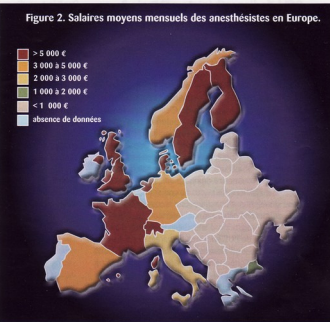
habitants, qui réalisent chacun en moyenne 389 actes par an par professionnel ; en Roumanie, on dénombre 3 287 anesthésistes (5,3/100 000 habitants), (dont deux tiers de femmes) qui réalisent en moyenne 624 actes par an.

On observe une division sexuelle du travail, avec des hommes ayant essentiellement une activité d'anesthésie et exerçant dans le privé et des femmes travaillant plutôt dans le public et dans les services de réanimation. Le vieillissement de la profession atteint déjà la Bulgarie, mais pas encore la Roumanie. Les formations sont plus courtes que dans l'Union, durant souvent 3 ou 4 ans. Les salaires mensuels moyens sont bas : moins de 100 € en Albanie, 100 à 500 € en Roumanie et Bulgarie, 500 € à 1 000 € en Croatie.

LES « ANESTHÉSISTES MIGRATEURS »

En Europe occidentale

L'Allemagne est le principal pourvoyeur d'anesthésistes migrants, allant de l'Est vers l'Ouest vers la Suisse, la France et les pays scandinaves (surtout la Norvège). Pour les autres spécialités médicales, l'exilux se fait plus vers les pays scandinaves, anglo-saxons et d'Outre-Atlantique. Les afflux sont limités à quelques pays de l'Est limitrophes comme, par exemple, la Pologne. En France, l'exilux se fait soit vers des pays frontaliers (Bénelux, Suisse, Allemagne), soit vers le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada. L'afflux est essentiellement nord-africain, avec l'Algérie comme principale source, puis issu des zones frontalières : Bénelux et Allemagne. Rappellent également que notre pays « exporte » un certain nombre d'étudiants qui font leurs études de médecine en Belgique et en Allemagne, puis reviennent ensuite exercer leur spécialité en France.



Quelques exemples de démographies des anesthésistes européens [2].

	France	Suède	Allemagne	Suisse	Royaume-Uni
Population (en millions, données 2004)	60,7	9	82,5	7,4	59,9
Dépenses de santé (% du PIB)	9,5 %	8,7 %	10,7 %	10,9 %	7,6 %
Nombre total d'anesthésistes	8 900	1 640	16 473	1 069	6 400
Nombre d'anesthésistes par million d'habitants	148	183	199	144	107
Nombre d'anesthésistes exerçant dans le privé (%)	3 245 (37 %)	?	2 973 (19 %)	387 (36 %)	?
Durée de la formation (post-doctorat)	5 ans	5 ans	5 ans	6 ans	7 ans

Un flux vient d'Amérique latine vers l'Espagne, il semble encore marginal et les données démographiques manquent. Le Royaume-Uni est le pays européen le plus « accueillant ». Outre l'immigration issue des pays du Commonwealth, on y rencontre le plus grand diversité de migrants venus d'Europe de l'Ouest comme de l'Est, ainsi que de la péninsule arabique.

Quid de l'anesthésiste polonais ?

En Pologne, les anesthésistes sont parmi les spécialistes qui émigrent le plus, partant essentiellement vers le Royaume-Uni et les pays voisins, peu dépassent l'Allemagne. Le migrant est plus souvent un homme qu'une femme. Cette immigration semble assez faible (3 % environ) et transitoire, motivée par des raisons économiques, mais également de confort de travail ou de promotion de la créativité. C'est sur ces derniers points que les pouvoirs publics polonais pourraient à l'avenir jouer pour retenir leurs effectifs, d'autant que la demande de la population en biens de santé augmente et que la population moyenne des professionnels vieillit. Par ailleurs, la Pologne connaît une immigration en provenance des pays voisins (Pays baltes, Ukraine ou Biélorussie) : ces flux ne sont pas majeurs et ne semblent pas constituer une menace pour l'équilibre du marché professionnel intérieur.

Les taux d'émigration d'anesthésistes venus d'autres pays de l'Est de l'UE sont très dispersés : de 1 % en Slovaquie à 21 % en République tchèque, en passant par 4 % pour la République tchèque et 15 % pour l'Estonie. Ces migrations se font essentiellement vers le Luxembourg, l'Allemagne, le Royaume-Uni, et la Norvège. Hors UE, les taux d'émigrations sont variables, par exemple, 3 % pour la Roumanie et 13 % pour la Bulgarie.

Les données chiffrées nous montrent donc que, pour l'instant, la situation est loin de l'idée reçue à l'Ouest de l'Europe, où l'on craint la pénurie et « l'invasion » de professionnels de l'Est qui conduiraient à un affaiblissement de la qualité du travail.

PERSPECTIVES

Le spectre de la première directive Bolkenstein qui, sous l'application des principes européens de subsidiarité et de libre circulation des professionnels, plaident ne devrait pas vraiment inquiéter les professionnels de santé dans sa seconde version puisque la mutuelle reconnaissance des normes, en l'occurrence des diplômés et des spécialistes, est régie par une autre directive et ne devrait pas s'appliquer aux services de santé. En réalité, seul un faible nombre de nos confrères polonais ou lituaniens optent actuellement pour la migration, tant les considérations non économiques sont pour l'instant fortes à l'encontre des idées reçues ou des rationalités strictement économiques [4]. Globalement, les flux migratoires ne compensent pas la baisse de capacité de travail disponible en anesthésie du fait du vieillissement des effectifs, de la féminisation de la profession et des directives européennes de réduction du temps de travail [5, 6].

Dans le type d'organisation actuelle du travail, il faut penser d'ores et déjà à d'autres solutions économiquement intéressantes, comme le recours aux infirmières spécialisées (le coût des médecins anesthésistes migrants est plus élevé que prévu, les IADE sont moins chères). Cette solution semblait pour concilier les politiques de maîtrise des dépenses et les projections démographiques professionnelles. Elle pourrait s'inspirer de l'expérience nord-américaine, sur le modèle de la CRNA (Certified Registered Nurse Anesthetist), adaptée aux aspirations européennes.

En attendant, il faut encourager la réduction de la répartition disparate des anesthésistes observée dans tous les pays européens qui souffrent de déséquilibres de répartition entre secteurs ruraux et urbains ainsi que de phénomènes d'hélio- et/ou de thalassothérapie. L'incitation financière est peut-être une solution pour réduire ces géodistorsions.

Paul SÉGLURA
PH d'anesthésie-réanimation
Hopital Lariboisière, Paris

RÉFÉRENCES

- Scherpercl P, Sidorova A. The evolution of human resource needs in Europe. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2002; 16: 443-57.
- Rully G, Macleod WR, Blumie WP, Dagnan M, Scherpercl P. Anaesthesiological manpower in Europe. Eur J Anaesthesiol 1996; 13: 325-32.
- Winche DB. Comment DW. Migration and modernisation: the migrant perspective. Int Migr Rev 1989; 23: 96-104.
- Duan BD, Levy D, Pawel J. Demographic forecasts of medical workforce supply in France (2000-2008). What numbers classes for what future? Cah Sociol Demogr Med 2004; 44: 101-48.
- Duan BD. Aging of population and medical workforce: a prospective view of health care provision in France in the year 2025. Cah Sociol Demogr Med 2004; 44: 243-66.