

L'avenir démographique des anesthésistes-réanimateurs est-il encore compromis ?

La démographie médicale est aujourd'hui une question majeure de santé publique. Sa connaissance est déterminante pour l'adéquation des effectifs médicaux aux besoins de soins de la population. Cet article fait le point sur la situation démographique de l'anesthésie-réanimation en 2007 et dans les prochaines années, en évaluant notamment l'efficacité de la régulation des flux de formation.

L'anesthésie-réanimation s'est préoccupée très tôt des questions de démographie médicale, les premières études ayant été réalisées il y a près de vingt ans [1]. Depuis, les travaux de recherche menés à l'INED (Institut national d'études démographiques) et à la direction de la politique médicale de l'AP-HP ont éclairé la réflexion médicale et politique, que ce soit lors du rapport Nicolas (1997) ou lors des Assises hospitalo-universitaires sur la démographie médicale de 1999 [2].

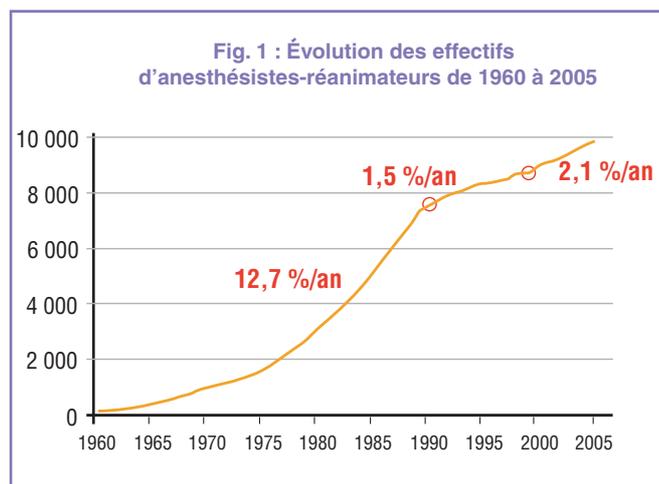
Cette réflexion a abouti à un certain nombre de mesures politiques, dont la mise en place de filières spécifiques au concours de l'internat dès 1999 pour trois disciplines médicales à risque démographique : la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et l'anesthésie-réanimation.

Malgré des efforts d'harmonisation pour améliorer la fiabilité des données, il n'existe pas encore de cohérence entre les différentes sources de statistiques nationales.

- Au 1^{er} janvier 2006, l'Ordre des médecins recense 9 915 anesthésistes-réanimateurs en métropole, dont 9 232 (93,1 %) déclarent une activité régulière.
- Pour les DOM-TOM, l'Ordre ne publie que l'effectif de praticiens exerçant de façon régulière, soit 276 anesthésistes.
- L'estimation réalisée par la DREES, à partir de son répertoire ADEL dit « redressé », est de 10 401, soit un écart entre ces fichiers nationaux de 4,8 % en 2007.
- L'enquête démographique nationale CFAR-SFAR-INED, réalisée en 1999 [3] et originale sur le plan de sa méthodologie (recensement, modalités de redressement, modèle d'estimation des effectifs à partir du nombre de postes de médecins, contenu du métier et dynamique démographique), a montré que le nombre d'anesthésistes-réanimateurs exerçant en France était comparable à celui du tableau de l'Ordre.

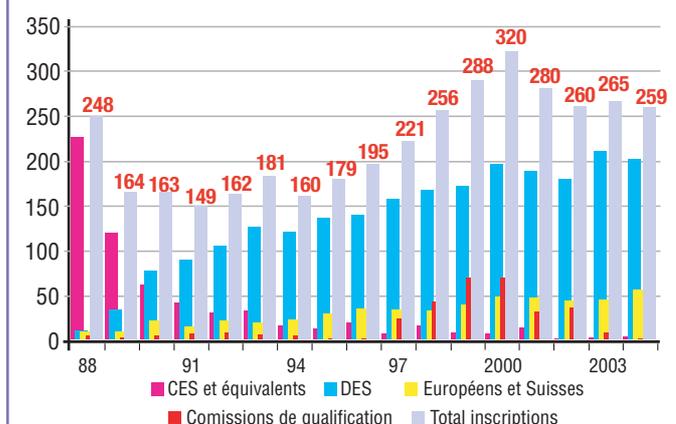
DES EFFECTIFS MÉDICAUX ENCORE À LA HAUSSE AVEC UNE CROISSANCE RALENTIE

Seuls 169 médecins exerçaient l'anesthésie en 1960, ils étaient 1 000 en 1970, 3 000 en 1980, plus de 7 500 en 1990, pour atteindre 9 000 en 2000 et 9 915 aujourd'hui. Cette évolution témoigne de l'émergence d'une spécialité nouvelle, désormais majeure et incontournable dans la prise en charge médicale des patients opérés. Elle s'est produite en grande partie avant 1990 pour décélérer ensuite, sous l'effet de « l'internat qualifiant » (figure 1).



Les sorties étant faibles actuellement, la cinétique d'évolution des effectifs s'explique par les variations des entrées dans la profession (figure 2). Il apparaît clairement que la croissance, certes dix fois plus faible après 1990, tient avant tout à la filière spécifique pour l'anesthésie-réanimation, ainsi qu'à des flux migratoires devenus non négligeables. Ainsi, de 1988 (date de l'effet de l'internat qualifiant) à 2004, les entrées dans la profession ont été peu nombreuses sur la France entière : 3 764 médecins anesthésistes-réanimateurs

Fig. 2 : Flux des entrées de MAR selon le type de diplôme de 1988 à 2004



(MAR) se sont nouvellement inscrits à l'Ordre, soit une moyenne annuelle de 222, contre 355 sur les deux décennies antérieures (1971-1987). Ces nouveaux inscrits ont obtenu la qualification ordinaire par :

- le CES ou son équivalence (16,2 %),
- l'internat qualifiant (61,4 %),
- un diplôme de l'Union Européenne ou un diplôme suisse (13,8 %),
- ou par le biais des commissions ordinaires de qualification de 1^{re} instance ou d'appel (8,6 %).

L'évolution du statut des médecins diplômés hors Union européenne, depuis 1995 créant les praticiens adjoints contractuels puis 1999, a permis une accélération de l'intégration de ces médecins. Cette intégration a atteint 21,5 % des inscriptions en 2000 (69 sur 321), mais demeure cependant un phénomène conjoncturel, ces entrées ayant disparu en 2004.

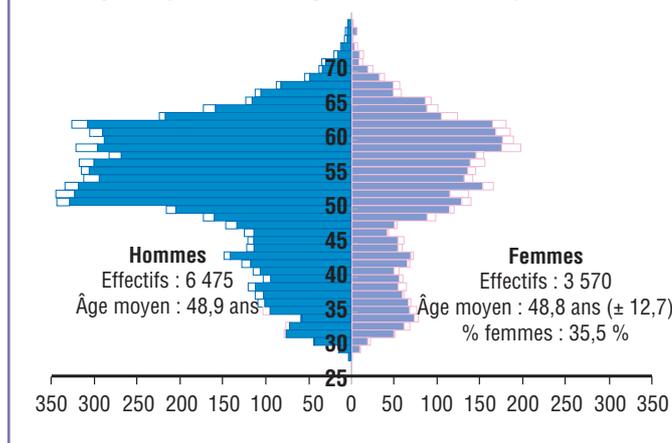
La nouvelle loi du 21 décembre 2006, autorisant de nouveau le recrutement de médecins à diplôme étranger sur un statut d'associés est de nature à pérenniser ces flux migratoires.

UNE POPULATION MÉDICALE VIEILLISSANTE

La baisse intense et prolongée des entrées dans la profession façonne la pyramide des âges des MAR à l'image d'un triangle dont la base est au sommet, témoignant du vieillissement marqué de cette population (figure 3). L'âge moyen était de 48,9 ans au 1^{er} janvier 2005, contre 45,9 en 1999 et 42,8 en 1989.

La structure par âge, qui s'est profondément modifiée depuis 1989, corrobore ce constat : si les moins de 35 ans ne représentent plus que 8,6 % de l'effectif, contre 16,7 % en 1989, les 50-59 ans ont, eux, presque triplé (15,9 % à 44,3 %). La part des MAR de moins de 50 ans en activité ne cesse de baisser : ils ne sont plus que 47,5 % en 2005, contre 68,2 % en 1999 et même 80 % en 1989.

Fig. 3 : Pyramide des âges des MAR au 1^{er} janvier 2005



D'ici 2020, 5 139 MAR âgés de 50 à 64 ans auront quitté la profession, soit plus de la moitié (52,3 %) du corps professionnel de 2005.

UNE FÉMINISATION MODÉRÉE, MAIS EN PROGRESSION INÉLUCTABLE

L'anesthésie-réanimation n'échappe pas à la tendance, désormais pérenne, de la féminisation de l'ensemble du corps médical. La proportion de femmes est de 35,5 % parmi les MAR et de 38,8 % pour l'ensemble des médecins.

Cette féminisation indéniable reste cependant modérée : la part des femmes aux épreuves classantes nationales de 2006, de 59,8 % pour l'ensemble des disciplines, était de 46,5 % en anesthésie-réanimation, juste devant les spécialités chirurgicales (36,6 %), mais loin derrière la pédiatrie (87,2 %) ou la gynécologie-obstétrique (82 %) [4].

UN MODE D'EXERCICE MAJORITAIRE HOSPITALIER

Le mode d'exercice des MAR est inchangé par rapport au constat réalisé lors de l'enquête CFAR-SFAR-INED de 1999 [3].

Contrairement aux spécialités médico-chirurgicales, les MAR exercent principalement dans des établissements hospitaliers.

Rappelons que l'accroissement des médecins salariés, de 5 166 en 2000 à 5 967 en 2005 (France entière), soit 2,9 % par an, s'explique en partie par l'intégration au tableau de l'Ordre de médecins « étrangers » qui étaient déjà en fonction dans les hôpitaux depuis plusieurs années.

Sur cette période, la croissance des MAR exerçant exclusivement en libéral a été plus faible : 0,5 % par an [5].

MODES D'EXERCICE DES 9 915 MAR MÉTROPOLITAINS (SOURCE CNOM)

- Salariés : 6 109 (61,6 %), dont 5 907 hospitaliers
- Libéraux : 2 855 (28,8 %)*
- Exercice mixte : 254 (2,6 %)
- Remplaçants : 451 (4,5 %)
- Sans exercice déclaré : 240 (2,4 %)
- Autres activités, salariées ou libérales (catégorie divers) : 7

* La Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) fait état de 3 497 anesthésistes ayant une activité libérale au 1^{er} juillet 2007.

UNE RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE ENCORE TRÈS INÉGALE, MAIS QUI S'AMÉLIORE

Au 1^{er} janvier 2006, la densité médicale est de 16,2 MAR pour 100 000 habitants en métropole.

Si l'on se réfère aux seuls MAR en activité régulière, elle baisse à 15,1 pour 100 000 habitants.

Malgré l'augmentation significative de la densité médicale (16,2 en 2006 *versus* 13,1 en 1989 et 14,9 en 1999), le contraste Nord-Sud persiste : toutes les régions situées au nord d'un axe Aquitaine/Rhône-Alpes, à l'exception de l'Île-de-France (18,7) et de l'Alsace (16,8), ont une densité médicale inférieure à la moyenne nationale.

La régulation régionale des postes au concours de l'internat a permis d'atténuer notablement ces inégalités, sans toutefois enrayer des pénuries départementales préoccupantes comme dans l'Oise (5,9), la Haute-Loire (6,1), les Vosges (6,4), la Creuse (6,5), l'Ain (6,4), l'Eure (6,7), etc.

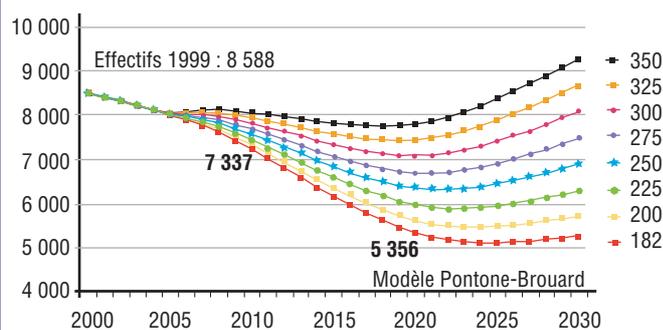
Les régions aux densités médicales les plus faibles demeurent la Picardie (8,9), la Haute-Normandie (11,9), et le Centre (11,9). Malgré une progression de 1 à 3 points de leur densité médicale en 15 ans, ces régions sont encore très loin de la moyenne nationale actuelle et aucune d'entre elles n'a atteint le niveau moyen de 1989.

Cependant, la régulation régionale a permis à des régions faiblement densifiées, comme le Nord-Pas-de-Calais, la Haute-Normandie, la Franche-Comté et la Champagne-Ardenne, de bénéficier de la plus forte progression en 15 ans (respectivement + 5, + 3,8, + 4,4 et + 3,6 points). *A contrario*, les régions du Sud et l'Alsace ont continué à progresser, ce qui n'est pas le cas de l'Île-de-France.

SELON LES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES, LA BAISSÉ DES EFFECTIFS NE SERAIT PAS ENRAYÉE À L'HORIZON 2020

Les premières projections démographiques, réalisées en 1989-1990, annonçaient une baisse de 50 % des effectifs à l'horizon 2020 sous l'hypothèse médiane d'un flux d'entrées constant de 100 internes par an [1]. De nouvelles projections réalisées en 1999 à la demande de la conférence hospitalo-universitaire montraient une inflexion de cette baisse de 50 % à 30 % en 2020, sous l'hypothèse médiane d'un recrutement constant de 182 internes par an, nombre de postes attribués à la filière anesthésie-réanimation en 1999 (*figure 4*) [2].

Fig. 4 : Prévisions du nombre de MAR selon les différentes hypothèses d'entrée annuelle d'internes



À la lumière des dernières projections réalisées par la DREES en 2002 [6], la gestion des flux des entrées par l'instauration de filières au concours de l'internat qualifiant est efficace. Les effectifs de pédiatres et de gynécologues-obstétriciens seraient à la hausse, respectivement de 8 % et de 2 %, à l'horizon 2025.

Pour l'anesthésie-réanimation, la filière a permis d'infléchir notablement la baisse des effectifs, sans toutefois totalement l'enrayer (- 11 % en 2020 et - 13 % en 2025) sous l'hypothèse d'un recrutement constant de 243 internes par an et d'un *numerus clausus* à 7 000 (*figure 5*). Contrairement à la pédiatrie et à la gynécologie-obstétrique, pour lesquelles les besoins estimés ont été suivis, le nombre de postes d'internes réservés à l'anesthésie-réanimation a été trop bas pour assurer le renouvellement de ses effectifs [3].

Rappelons que ces projections sont établies à partir du répertoire ADELI redressé et ne prennent en compte que les entrées par le cursus universitaire français, ignorant les flux migratoires.

Une catastrophe démographique a été évitée, mais le risque d'un manque de MAR dans les prochaines années

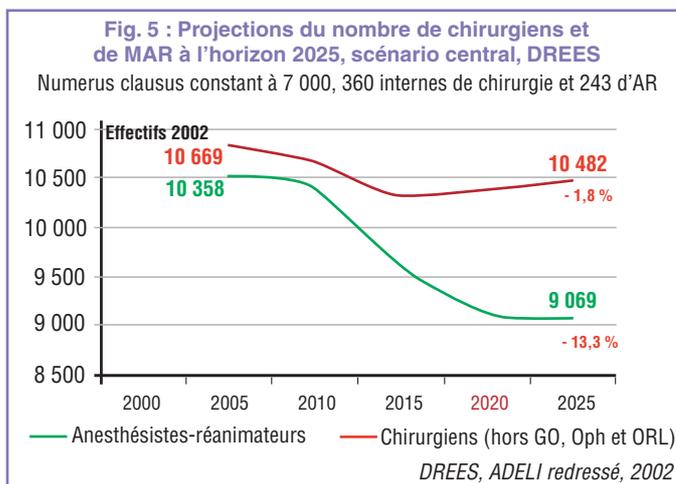
persiste malgré l'augmentation du *numerus clausus*. Celle-ci, bien que réclamée depuis 1990, n'a été effective qu'à partir de l'année universitaire 2000-2001. Bien que cette augmentation soit significative (+ 51 % entre 2000 et 2006), ses effets ne commenceront à se faire sentir qu'avec une latence d'une douzaine d'années (échéance 2017-2020). À cette période, la baisse des effectifs médicaux se sera déjà installée, en raison de la durée des deux premiers cycles des études médicales et de l'allongement de la durée de la spécialisation à 5 ans (depuis l'arrêté du 20 juin 2002).

À titre de comparaison, les effectifs de chirurgiens, hors ophtalmologues, ORL et gynécologues-obstétriciens, ne devraient baisser que de 1,8 % en 2025, selon la DREES. La situation des ophtalmologues et des ORL est plus préoccupante, la baisse de leurs effectifs étant respectivement de 43 et de 31 %.

DE NOMBREUX FACTEURS SONT SUSCEPTIBLES D'INFLÉCHIR OU D'AMPLIFIER LES PROJECTIONS

L'ÂGE DE DÉPART À LA RETRAITE PLUS PRÉCOCE : LA RÉALITÉ DÉPASSE LES ASPIRATIONS

L'âge de départ à la retraite est un paramètre qui influe fortement les projections démographiques. Dans notre modèle, l'âge moyen de départ à la retraite est de 63,5 ans, il est de 65 ans dans le modèle de la DREES. Selon ces enquêtes, les sorties par la retraite sont quasi bimodales : 30 % des actifs sortent à 60 ans, 53 % à 65 ans. Dans les enquêtes emplois récentes, les sorties à 60 ans sont plus nombreuses, concernant 50 % des actifs. Ceci rejoint les aspirations des MAR, dont 43 % déclarent vouloir partir à la retraite à 60 ans et seulement 33 % à 65 ans [3]. L'impact de l'âge de départ à la retraite peut être quantifié en estimant le nombre annuel d'internes d'anesthésie-réanimation à former selon l'âge de départ à la retraite.



Ainsi, en tenant compte de l'influence de la mortalité et sous l'hypothèse d'une population stationnaire (flux d'entrées = flux de sorties), le nombre annuel d'internes à former pour maintenir les effectifs au niveau de 1999 est de 261 si les MAR prennent leur retraite à 65 ans et de 301 s'ils partent à 60 ans, soit une majoration des besoins de formation de 14 % [7].

En fait, la réalité dépasse les aspirations. Les départs à la retraite entre 2000 et 2004 sont près de 2 fois plus nombreux que les intentions entre 55 et 60 ans et, surtout, près de 12 fois plus nombreux entre 61 et 64 ans.

Les comportements de sorties précoces d'activité, s'ils se pérennisent, sont de nature à amplifier la baisse des MAR dans les prochaines années et à augmenter les besoins de formation. C'est pourquoi il convient de réfléchir à l'adaptation des postes de travail entre 60 et 65 ans, voire avant, pour permettre le maintien des seniors en activité.

RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL PLUS FRÉQUENTE PARMİ LES FEMMES MÉDECİNS : UNE NÉCESSITÉ POUR CONCILIER VIE PROFESSIONNELLE ET VIE PRIVÉE

Tant en mode d'exercice public que privé, l'exercice à temps plein est la règle, chez les MAR hommes (92 %) et femmes (82 %). Celles-ci recourent, néanmoins, plus que les hommes, au temps plein réduit (9 % contre 3 %) et au mi-temps (7 % contre 4 %). Ces adaptations du temps de travail sont nettement plus faibles que celles observées parmi l'ensemble des femmes médecins et pharmaciens salariées qui réduisent leur temps de travail pour plus de 60 % d'entre elles dès le premier enfant. Parmi l'ensemble des femmes médecins libéraux, il est plus faible, d'environ 30 % [8]. Les projections démographiques doivent tenir compte de cette réalité.

L'ARTT ET LES CET : FACTEURS D'AMPLIFICATION DU MANQUE DE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE

La difficulté d'application de l'ARTT dans de nombreux services s'est traduite par l'ouverture de comptes-épargne temps (CET) alimentés par le report de très nombreux jours de RTT et de plages additionnelles. La liquidation de ces CET à partir de 2012 viendra fortement impacter le temps médical disponible si elle se fait principalement par des départs anticipés ou des interruptions temporaires des praticiens.

Les CET totalisent près de 1,007 million de jours au plan national, soit un équivalent de 4 842 praticiens temps plein. Si l'on tient compte des données manquantes, l'estimation est de 1,040 million de jours et près de 5 000 équivalents temps plein (rapport D. Acker, 2006).

UNE CATASTROPHE DÉMOGRAPHIQUE ÉVITÉE, MAIS LA BAISSÉ DES MAR ET L'INADÉQUATION AUX BESOINS PERSISTENT À L'HORIZON 2020

La population de la France va s'accroître et vieillir, augmentant inéluctablement la demande de soins. Selon les dernières projections de l'INSEE, l'accroissement de la population attendue est de 6 et 7 %, respectivement en 2020 et 2025 par rapport à 2005 ; aux mêmes échéances, et en tenant compte d'une baisse des effectifs médicaux de 9 et 11 % respectivement (selon les projections de la DREES), la baisse de la densité médicale serait, en 2020 et 2025, respectivement de 13 et 16 % par rapport à celle de 2005. L'influence mécanique du vieillissement de la population française entraînerait en 2020 une augmentation du nombre d'actes d'anesthésie de 15 % (9,1 millions d'actes) dans l'hypothèse d'un nombre d'actes par âge et sexe inchangé depuis 1996 [7].

L'adéquation des effectifs aux besoins de soins de la population est une équation difficile à appréhender. On entrevoit un écart minimum de près de 30 % entre

l'offre et la demande à l'horizon 2020 : - 13 % de densité médicale et + 15 % de besoins liés au vieillissement. D'autres facteurs influençant la demande de soins sont difficilement prévisibles, comme les progrès médicaux. Ceci est illustré par l'évolution du nombre d'actes d'anesthésie qui a augmenté de 120 % entre 1980 et 1996, dont seulement 11 % sont attribuables au vieillissement de la population.

Au-delà de tous ces facteurs qui influencent aussi bien l'offre que la demande, il faut rester vigilant aux entrées dans la profession, tant par le cursus français — ce d'autant que certains préconisent la suppression de la filière anesthésie [9] — que par l'immigration.

En raison de l'inertie inhérente à la modification de la démographie médicale, l'organisation du système de santé doit s'adapter pour optimiser les ressources humaines et éviter que l'inadéquation des effectifs aux besoins de soins ne compromette la sécurité des patients et la qualité des soins.

Silvia PONTONE

PH d'anesthésie-réanimation, hôpital Robert Debré, Paris
Chargée de mission à la direction de la politique médicale de l'AP-HP, chercheur associé à l'INED

RÉFÉRENCES

1. Pontone S et al. *Vers un manque d'anesthésistes-réanimateurs : de combien et quand ?* *Ann Fr Anesth Réanim* 1991 ; 10 : 362-78.
2. *Actes des 6^{es} Assises hospitalo-universitaires du 21 oct. 1999 (Nancy) consacrées à la démographie médicale. Gestions Hospitalières 1999, n° 401.*
3. Pontone S et al. *Les médecins anesthésistes réanimateurs en France en 1999. Premiers résultats de l'enquête démographique nationale CFAR-SFAR-INED.* *Ann Fr Anesth Réanim* 2002 ; 21 : 1-28.
4. Vanderschelden M. *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006.* *Études et Résultats n° 571, DREES, avril 2007, 8 pages.*
5. Ulmann P, Pontone S. *L'anesthésie réanimation au 1er janvier 2005.* In : *Les spécialités en crise. Ordre National des Médecins, p. 25-34 (étude ; 38-2).*
6. Bessières S, Breuil-Genier P, Darriné S. *La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. Études et Résultats n° 352, DREES, novembre 2004, 12 pages.*
7. Pontone S, Brouard N. *Facteurs influençant les besoins en médecins : un éclairage par spécialité. L'anesthésie-réanimation.* In : *Démographie médicale, Peut-on évaluer les besoins en médecins ? Actes du séminaire du 11 octobre 2000 organisé par le conseil scientifique de la CNAMTS et le CREDES, Paris CREDES 2001 : pp. 86-96.*
8. Toulemon L, et al. *Forte différence de fécondité entre les hommes et les femmes parmi les médecins spécialistes et autres professions de cadre. Colloque international de l'AIDELF, Aveiro, Portugal, 18-22 sept. 2006.*
9. Berland Y. *Rapport sur la démographie médicale hospitalière remis à Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, 201 p., septembre 2006.*

Le point de vue du SNPHAR

Cette analyse permet de dégager une triple constatation :

- ▶ **L'AVEUGLEMENT DES RESPONSABLES QUI ONT PRIS HIER LES DÉCISIONS POLITIQUES ABOUTISSANT À CE TABLEAU ET PERSISTENT, AUJOURD'HUI ENCORE, À NE PAS ENTENDRE LES ACTEURS DE TERRAIN.**

Qu'on ne nous dise pas ici que le phénomène de la réduction du temps de travail n'était pas prévisible ! D'une part, cette tendance et ce changement culturel étaient très nets dans toutes les catégories professionnelles depuis plusieurs décennies, y compris en secteur libéral. D'autre part, la directive européenne 93-104 (48 heures hebdomadaires, heures supplémentaires incluses) date de 1993... Elle devait évidemment s'appliquer aux médecins hospitaliers en 1996... L'intégration de la garde dans le temps de travail, avec des réorganisations intra- et interhospitalières permettant la mise en place d'un repos de sécurité, est une vieille revendication du SNPHAR depuis plus de 20 ans. Il suffisait d'écouter ces aspirations pour adapter les flux par de bonnes décisions, sans nier ce qui était en marche... On aura donc préféré organiser la pénurie : responsables et coupables !

- ▶ **LA TENTATION DU GLISSEMENT DE TÂCHES MET EN PÉRIL LA QUALITÉ DES SOINS ET L'IDENTITÉ MÊME DE LA DISCIPLINE.**

Toutes les avancées que nous avons constatées depuis 20 ans sont directement liées à la médicalisation d'un acte autrefois délivré par les infirmières anesthésistes. Sans remettre en cause la justification de ce corps infirmier spécialisé qui contribue à la sécurité des actes anesthésiques, n'y aurait-il cependant pas, là encore, comme une sorte de « fait démographique accompli » pour imposer à la profession une réorientation qu'elle estime non souhaitable ?

- ▶ **LA DÉGRADATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS UN ENVIRONNEMENT EN PÉNURIE, CONJOINTEMENT À UNE DEMANDE ACCRUE.**

Les conditions de production, voire le productivisme actuel qui va s'accroître, risquent de faire passer au second plan

des aspects essentiels de la vie professionnelle. L'augmentation de l'isolement dans une chaîne de production d'actes anesthésiques, la difficulté à ménager des temps d'échanges sur le lieu de travail, peuvent rapidement conduire à des situations où tout lien social aura disparu. On en voit nettement la tendance dans l'industrie où l'individualisation des tâches et la recherche de la performance « à tout prix » cassent trop souvent les travailleurs et aujourd'hui les cadres qui se croyaient pourtant protégés...

La démographie médicale est l'une des clés de notre devenir collectif. Les PHAR doivent alors prendre toute leur place dans les nécessaires débats qui s'imposent !

- L'organisation des plateaux techniques qui doit fortement impliquer nos collègues, avec nos amis chirurgiens, mais aussi avec une administration devenue consciente des risques d'une production de soins mal organisée et ergonomiquement mal gérée.
- Le droit au temps partiel, notamment en fin de carrière, pour espérer retenir un peu plus ceux qui sont tentés de se retirer avant 65 ans.
- Le niveau de reconnaissance dont doit bénéficier le praticien hospitalier qui choisit cet exercice et ses contraintes.
- Le droit de partir en retraite en bonne santé après l'investissement de toute une carrière : développement de la médecine du travail, définition de conditions d'exercice protégeant la santé au travail (effectif minimum dans les plateaux techniques, organisation et maintien du lien social).

Le SNPHAR doit réfléchir à ces enjeux essentiels avec vous, au moment où les pouvoirs publics espèrent résoudre le manque de temps médical par la mise en œuvre de la part complémentaire variable de rémunération : une nouvelle foutaise et, sans aucun doute, une erreur d'analyse de plus !

Max-André DOPPIA
Secrétaire général du SNPHAR