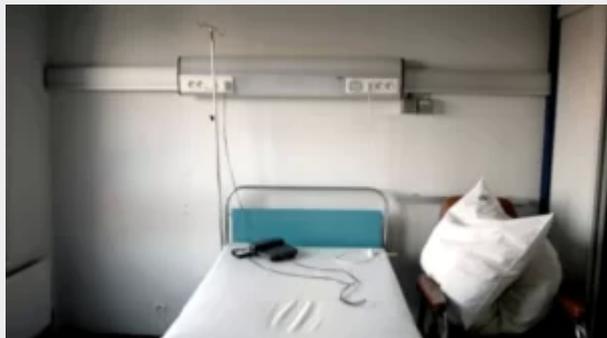


Déserts médicaux en Europe



[Source : francesoir.fr]

[Photo : JEFF PACHOUD, AFP/Archives]

Regardons en face nos déserts médicaux, partie 2 : situation en Europe et projets de loi en France

Par Dr Gérard Guillaume

TRIBUNE – Suite de la première partie de la tribune « Regardons en face nos déserts médicaux » publiée le 21 décembre dernier sur *FranceSoir*. Retour sur le manque de médecins en zones rurales ou urbaines, cette fois-ci au niveau européen : la raréfaction de l'accès aux soins pour le grand public est loin d'être une exception française. Du côté de l'Hexagone, un projet de loi veut rendre facultatif la consultation d'un généraliste pour voir un spécialiste ou obtenir certaines prescriptions. Une autre proposition du législatif consiste à faire appel aux médecins étrangers. Des solutions peu convaincantes...

[Note de Joseph : situation similaire au Canada]

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) vient de publier un rapport [Health and care workforce in Europe : time to act](#) (« Personnels de santé et soignants en Europe : il est temps d'agir »), qui fait l'état des lieux de l'exercice de la médecine dans 53 États dont ceux de l'Union européenne (UE).

Catastrophe à venir

Deux constats terriblement inquiétants sont dressés par l'OMS. Tout d'abord, « *sans intervention immédiate, les pénuries de professionnels de santé dans la région européenne pourraient provoquer une catastrophe* ». Et « *tous les pays de la région européenne sont confrontés à de graves défis liés aux professionnels de la santé et du soin* ».

L'Europe est confrontée à un vieillissement du personnel médical et à la difficulté de compensation des départs à la retraite (une conséquence

générationnelle du « baby boom »). Il se produit de même une désaffection des jeunes générations pour les métiers du soin, avec un déficit de formation pour assurer la relève. Les États, quant à eux, n'ont ni anticipé ces éléments, ni renforcé leurs investissements.

Cette situation s'est dégradée ces deux dernières années avec l'épidémie de Sars-CoV-2, qui a servi de révélateur. Parmi les indicateurs retenus par l'OMS, ceux-ci peuvent être considérés pour dessiner un état des lieux en zone Europe (voir tableau ci-dessous pour détails) :

- Effectifs des médecins : 37 pour 10 000 habitants en moyenne
- Effectifs des infirmiers : 80 pour 10 000 en moyenne
- Effectifs des dentistes : 6,7 pour 10 000 habitants en moyenne
- Effectifs des kinés : 8 pour 10 000 habitants
- Âge des médecins en exercice : en moyenne 30 %, âgés de 55 ans et plus
- Formation de médecins : moyenne 15 pour 100 000 habitants

Pertes de chances pour les patients

Avec un tel tableau, il est peu étonnant de voir apparaître dans le rapport de l'OMS ce commentaire laconique : « *La plupart des pays ont des difficultés à faire disparaître les déserts médicaux* ». Et « *les incitations financières ne sont pas suffisantes à elles seules* » afin de pousser les médecins à exercer dans des zones sous-dotées. Nul doute que des efforts doivent être menés pour renforcer l'accès à la formation continue et améliorer les conditions de travail (notamment en les adaptant notamment aux contraintes familiales).

Quant au secteur hospitalier, ce dernier souffre particulièrement du manque de personnel. Outre les départs à la retraite, la crise covid a entraîné la dégradation des conditions de travail et a participé à l'accélération de l'hémorragie des professionnels de santé du secteur public.

Certains services sont impactés plus que d'autres comme les urgences, les maternités ou les soins en psychiatrie. De nombreuses interventions chirurgicales, dans tous les domaines, sont déprogrammées, repoussées, entraînant des pertes de chance pour les patients.

Chiffres par pays (sélection)

	Médecins (pour 10000 hab.)	Médecins de 55 ans et plus	Formation de médecins (pour 100 000 hab.)	Infirmiers (pour 10000 hab.)	Dentistes (pour 10000 hab.)	Kinésithérapeutes (pour 10000 hab.)
Zone Europe	37	30 %	15	80	6,7	8

France	33	57 % (35 % plus de 65 ans, 9 % il y a 20 ans)	10	120	6	14
Royaume-Uni (hors UE)	30	14 %	13	90	5,2	6
Italie	41	55 %	18	60	8,3	12
Allemagne	45	55 %	12	140	8,2	18
Espagne	46	32 %	14	60	8,1	12
Portugal	53	29 %	15	75	10,5	21
Belgique	36	31 %	16	95	7,2	15,2
Suisse	45	40 %	11,5	180	4	nc
Grèce	62	30 %	12	40	13	8
Irlande	35	22 %	25	140	7	9
Norvège	41	24 %	11	130	8,5	25

Focus sur plusieurs pays

– En France, depuis trois ans, les déserts médicaux ont progressé de 50% (source : Sénat et DRESS). Près de 1 Français sur 10 est laissé sans médecin traitant. Et le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous de cardiologie est de plus d'un an dans certaines régions.

Une nouvelle loi contre les déserts médicaux a été présentée en première lecture à l'Assemblée nationale le 19 janvier 2023. Il s'agit de ne plus faire de la consultation chez le médecin traitant le passage obligé en vue d'accéder à certains infirmiers, kinésithérapeutes et orthophonistes. Les infirmiers pourraient même prescrire quelques médicaments et prendre en charge les plaies. Les assistants dentaires, par ailleurs, élargissent leur champ d'action, devenant « assistant en médecin bucco-dentaire ».

Des orthèses plantaires pourront être prescrites par les pédicures podologues. Et les opticiens auront droit de regard sur les prescriptions des ophtalmologues. Si le médecin prescripteur n'est pas disponible, le pharmacien aurait le droit de renouveler les traitements chroniques pour trois mois au maximum. Bref, pour ne pas se rendre compte de son absence, il s'agit d'éviter de devoir se rendre chez le médecin.

Une autre piste législative est envisagée : faire appel aux médecins et soignants étrangers (voir plus loin dans cette tribune).

– Au Royaume-Uni (pays hors UE, mais utile à la compréhension du dossier), afin de lutter contre les déserts médicaux, l'installation des praticiens est régulée par les autorités de santé. En ce qui concerne le secteur hospitalier, l'an dernier, 25 000 infirmiers et infirmières ou sages-femmes

ont démissionné, tandis que 47 000 postes d'infirmiers sont actuellement non pourvus.

Actuellement, plus de 132 000 postes vacants sont recensés au total en 2022, soit 25% de plus par rapport à 2021. 10 000 postes de médecins sont inoccupés, soit une hausse de 35% en un an. Le Common Health and Social Care Committee, lié au Parlement britannique, évoque « *la plus grande crise de main-d'œuvre de l'histoire du National Health Service (NHS)* ».

– En Allemagne, un dispositif de régulation a été mis en place pour réduire l'ampleur des déserts médicaux. Par exemple, l'installation de praticiens n'est pas possible dans les zones où la densité médicale est supérieure de 10% à la moyenne nationale. Au sein du secteur hospitalier, l'an dernier, 35 000 postes de personnels soignants étaient vacants à travers le pays, soit une hausse de 40% en une décennie. Dans la moitié des établissements, les arrêts de travail ont augmenté de 5 à 20% en 2022. Conséquence : le manque de personnel peut conduire à la fermeture de certains services d'urgence.

– En Espagne, afin de lutter contre les déserts médicaux, les installations de praticiens sont à l'instar de l'Allemagne, régulées par les autorités de santé. Au sein du secteur hospitalier, le manque de personnel infirmier concerne 95% des établissements de santé hispaniques.

– En Italie, l'installation des médecins est aussi régulée par les autorités de santé. Selon le Dr Di Silverio, du syndicat hospitalier : « *Chaque jour, sept médecins quittent le service de santé national* ». Environ 40 000 médecins du public devraient prendre leur retraite ou démissionner dans les 5 ans à venir. « *Les conditions de travail se dégradent en raison d'une surcharge de travail et d'une organisation inadéquate, et le salaire est insuffisant, surtout si l'on considère les nombreuses obligations et incompatibilités imposées aux médecins travaillant dans les hôpitaux publics* », précise le Dr Di Silverio.

La colère gronde partout en Europe

Après deux années d'efforts fournis sur le front de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, la colère gronde dans tous les secteurs de la santé en Europe. Les difficultés des professionnels confrontés à des problèmes croissants liés à la baisse des effectifs, à une charge de travail devenue insoutenable et à des rémunérations jugées insuffisantes, sont intenable.

En France, les premiers à en pâtir sont les services des urgences (SUdF). Ces derniers ont estimé que 31 patients étaient morts au mois de décembre en raison des attentes trop longues en leurs accueils ou en préhospitalier, « *faute de possibilité d'engagement Smur* ».

Ces événements, particulièrement mal perçus par les opinions publiques (lorsque ceux-ci sont relayés dans les médias), finiront sans doute par faire éclater dans beaucoup de pays européens de mouvements divers de contestation. La multiplication des menaces de grève se concrétise dans la pédiatrie, la

psychiatrie, la biologie, la médecine libérale.

De même, au Royaume-Uni, une surmortalité de l'ordre de 300 à 500 personnes par semaine serait actuellement observée du fait de l'engorgement des services. Une grève historique outre-Manche des infirmiers se déroule : 10 000 d'entre eux battent le pavé. Pour la première fois en plus d'un siècle, leur syndicat, le Royal College of Nursing (RCN), a appelé en novembre 2022 à une grève nationale pour réclamer une hausse des salaires de 5% au-dessus de l'inflation.

De son côté, l'Allemagne voit 2 700 de ses médecins en grève au sein du plus grand hôpital européen, l'hôpital de la Charité de Berlin. En Espagne, les praticiens se mobilisent notamment contre la privatisation du système de santé. À Madrid, au moins 200 000 manifestants se sont rassemblés le 13 novembre pour défendre le système public de santé.

Fatalité ou volonté d'achever notre système de santé ?

La conclusion face à cet état des lieux catastrophique est rapide. Au-delà des causes avancées et une nouvelle fois sans minimiser l'impact de la pandémie de la Covid-19 (ou de sa gestion) et le mal qui ronge notre système de santé depuis des années, ne peut-on légitimement se demander si derrière tout cela, il n'y a pas une volonté particulière ? Celle de désorganiser la médecine à visage humain pour la confier au plus vite à l'intelligence artificielle, à la téléconsultation, soit en résumé à la sphère du privé et des grands groupes).

Une orientation qui se devine déjà en France avec l'organisation d'une médecine de ville à deux vitesses : une médecine « de base » avec le développement de cabines de téléconsultation et une médecine « de riches » exercée par des médecins déconventionnés (quand ils ne finissent pas par partir à l'étranger). Cette médecine ultra-connectée est le rêve de nos gouvernants. Pensez donc ! Disposer ainsi de toutes les données informatisées des patients, donc de nos compatriotes, représente le Graal de nos « démocraties », qui ne pensent qu'à nous infantiliser chaque jour un peu plus.

Il est possible d'illustrer cette tendance avec, il y a quelques années, [cette vidéo de promotion d'IBM](#), qui montrait comment, dès la naissance, un bébé pouvait être « monitoré » afin de devenir une « source de données » au prétexte du soin.

Pour en finir avec les déserts médicaux en France, faut-il faire appel à des soignants de l'étranger ?

C'est l'une des mesures prévues par le gouvernement dans la loi Immigration, dont le texte a été présenté au Conseil d'État le lundi 19 décembre 2022. Il doit être présenté en Conseil des ministres dès ce mois de janvier avant

d'être examiné au Sénat puis à l'Assemblée nationale.

Carte « talent »

Réclamée par le patronat, la création d'un titre de séjour au motif « métiers en tension » doit répondre aux secteurs en pénurie de main-d'œuvre. Et dans ces secteurs, on pourra désormais compter les professionnels de santé.

La carte pluriannuelle (d'un à quatre ans) dénommée « Talent – professions médicales et de pharmacie » ne concernerait que les médecins « *quelle que soit leur spécialité* », les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens.

Selon l'article 7 du texte, cette carte est destinée aux professionnels de santé et à leurs familles « *dès lors qu'ils sont recrutés par un établissement de santé public ou privé à but non lucratif* ». Elle « *permettra d'améliorer la lisibilité et l'attractivité du droit au séjour pour ces publics qualifiés, tout en tenant compte des enjeux de vérification de l'aptitude de professionnels étrangers à exercer dans le domaine hospitalier* », justifie l'exécutif.

L'œil des ARS

Le texte prévoit ainsi de conditionner la délivrance du titre à une autorisation de l'Agence régionale de santé (ARS). Sa durée de validité, d'un à quatre ans, dépendra de la validation par le praticien des épreuves de vérification des connaissances (EVC).

Cette proposition mérite plusieurs commentaires : alors que nos universités ne sont pas en capacité d'accueillir les étudiants français désireux de faire une carrière médicale, le gouvernement ne trouve pas mieux que de faire appel à des soignants étrangers... Ce pays marche sur la tête.

En 2017, dans notre pays, on recensait déjà 41 763 médecins nés dans un pays autre que la France. Cette part est allée en grandissant : les nouveaux inscrits ayant obtenu leur diplôme à l'étranger représentaient 13,9 % en 2021 contre 15,7 % en 2022. En 2022, en France, 197 811 médecins en activité régulière sont recensés par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Parmi eux, 172 394 généralistes ont la nationalité française. 11 433 médecins sont originaires d'un pays européen contre 7 133 en 2007. 13 984 médecins viennent d'un pays extérieur à l'Europe. Ils étaient 4 314 en 2007. Toutes spécialités médicales confondues, 12 % des médecins de France sont d'origine étrangère. Avant toute chose, n'y a-t-il pas derrière cette proposition un problème d'éthique et de morale ?

Une mesure peu éthique qui ne solutionne rien

Ces pays extra-européens sont les premiers à manquer de médecins. Les dépouiller un peu plus ne gêne apparemment personne dans notre gouvernement ! Faut-il créer des déserts médicaux de l'autre côté de la Méditerranée pour combattre les nôtres ? Par exemple, l'entrée de la Roumanie dans l'espace européen en 2007 a abouti à une vraie migration des praticiens roumains vers la France. Ce qui n'a pas été sans poser problème à l'État roumain. Le pays se déclare au bord de la catastrophe sanitaire à cause de cette fuite massive des docteurs.

Au-delà de ce triste constat, l'appel aux médecins étrangers peut-il vraiment contribuer à lutter contre les déserts médicaux ? 6 000 à 8 000 médecins généralistes manquent. 22 millions de Français ont des difficultés d'accès aux soins. Rappelons encore qu'un Français sur dix n'a pas de médecin traitant.

Une fois les qualifications de ces praticiens étrangers vérifiées, allons-nous les contraindre à s'installer là où plus personne ne veut aller, faute de commodités de vie ? Une drôle de façon, à nouveau, de les respecter... Ce que nous constatons est que le lieu d'installation des médecins exilés ne couvre pas les zones sous-denses. Ils continuent à s'installer, comme les médecins français, dans les zones qui ne sont pas défavorisées. Nous revenons donc à la case départ.

Rien de nouveau sous le soleil

Quant à la carte « pluri-annuelle », elle est délivrée de un à quatre ans. Et qu'en sera-t-il après ? Nous ne pouvons résister à l'envie de citer cet extrait de l'Histoire de la médecine, de l'Antiquité à nos jours, écrit par Roger Datchet (Éditions Texto, 2021) qui se réfère au VI^e siècle avant notre ère (dont ferait bien de s'inspirer notre gouvernement) :

« Les médecins, civils et laïques, dont descendent tous leurs confrères des siècles ultérieurs qui se sédentarisaient dans la Grèce antique, eurent à préciser leurs relations avec la Cité. Si on en croit Diodore de Sicile, vers l'an 600, un décret de Charondas de Catane, législateur de la Sicile, fixa dans l'île le principe que tous les citoyens seraient soignés aux frais de l'État : les médecins qui y exerçaient devenaient de facto des fonctionnaires et leurs patients ne payaient rien. Xénophon précise dans les Mémoires que les jeunes praticiens désirant s'établir à Athènes devaient dans un exposé public présenter leur expérience et nommer leurs maîtres, lointaine préfiguration de la reconnaissance des diplômes et du contrôle de la profession. Dans beaucoup de cas, le praticien était un "libéral" et son sort était alors plus précaire. La rémunération des iatroi était alors très variable... Le revenu des médecins de l'époque pouvait être beaucoup plus modeste car, à vrai dire, aucune règle générale n'existait. Aristophane laissera même entendre que les praticiens se faisaient rares dans les villes, "où ils ne sont presque

pas payés". Quand l'État les prenait en charge, un impôt spécifique, l'iatricon, pouvait être levé pour payer les médecins qui bénéficiaient en outre de diverses exemptions fiscales... »

Rappelons que les médecins de cette époque, avant de se sédentariser, étaient itinérants. Ils se déplacent de ville en ville pour offrir leurs services, pourquoi ne pas y revenir ? Tout est dit, meilleures rémunérations, exemptions fiscales, facilités diverses...