

Structures, organisation et exercice de la réanimation en France

Structures, modalities of education and practice of critical care in France

P.-E. Bollaert *

Service de réanimation médicale, hôpital central, CHU de Nancy, 54035 Nancy cedex, France

Reçu le 17 octobre 2004 ; accepté le 17 octobre 2004



Comme dans le reste de l'Europe, la réanimation française est née principalement de la création de techniques de suppléance vitale à l'occasion de maladies endémiques ou de véritables fléaux comme la grande épidémie de poliomyélite des années 1950. Les progrès de l'anesthésie et de la chirurgie ont contribué à son développement. La nouveauté, la complexité et les risques des techniques utilisées, autant que la gravité des malades pris en charge ont rapidement justifié une organisation spécifique et autonome, centrée sur la multidisciplinarité, le travail en équipe et une permanence médicale sur place. Parvenue à l'âge adulte, reconnue comme spécialité, définie par des textes réglementaires, souvent valorisée dans son environnement hospitalier, mais coûteuse en moyens humains et matériels, la

réanimation doit aujourd'hui relever le défi de la recomposition de l'univers hospitalier.

1. Organisation réglementaire de la réanimation en France

Depuis plus de 30 ans, les établissements de soins se sont dotés de structures de réanimation. Organisées en services, secteurs ou unités de taille, de dénominations ou de compétences diverses, elles ont été placées sous la responsabilité de réanimateurs médicaux, d'anesthésistes-réanimateurs, parfois encore de spécialistes non réanimateurs. Il a été souligné assez rapidement par les professionnels que sous le vocable de service ou d'unités de réanimation étaient installées des structures de vocation, composition et modes de fonctionnement hétérogènes. Cette absence de "lisibilité" était ressentie non seulement par les malades et leur entourage, mais également par les médecins extérieurs à cette activité et l'administration hospitalière. La qualité du service rendu, notamment

* Président du Syndicat National des Médecins Réanimateurs des Hôpitaux Publics

Adresse e-mail : pe.bollaert@chu-nancy.fr (P.-E. Bollaert)

en ce qui concerne la sécurité de malades hautement vulnérables et dépendants de suppléances vitales, pouvait varier de manière assez considérable sur le territoire, en fonction notamment de modes d'organisation, d'effectifs de personnels et de qualifications très variables. À l'image d'autres activités médicales à risque, il est donc apparu nécessaire de réglementer l'activité de réanimation.

1.1. La circulaire DGS du 7 février 1989

Une première tentative en ce sens a été matérialisée par la circulaire DGS n° 280 du 7 février 1989, relative à la mise en œuvre des schémas régionaux de la réanimation [1]. Ce texte définissait l'activité de réanimation et en précisait les impératifs : locaux spécialement aménagés, matériel spécialisé, proximité d'un plateau technique important, permanence médicale sur place, permanence soignante par un personnel qualifié. Il séparait déjà clairement de l'activité de réanimation, les unités de surveillance continue, les lits dits de réveil, futurs lits de surveillance post-interventionnelle et les lits de court séjour des services d'accueil des urgences. Cette circulaire avait également défini des quotas de personnel paramédical par nombre de lits, ainsi que des normes architecturales et techniques minimales. Force a été cependant de constater que cette circulaire n'a pas modifié de façon substantielle le paysage de la réanimation. Il fallait donc obtenir la publication de textes réglementaires plus « contraignants ».

1.2. Les décrets « réanimation »

En dépit des craintes et obstacles liés à toute entreprise normative, les efforts conjugués des syndicats, sociétés savantes et collèges représentant de la discipline et ceux des pouvoirs publics permettaient la promulgation du décret n° 2002-465 « relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation... » [2], et du décret n° 2002-466 « relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquels doivent satisfaire les établissements publics de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue... » [3]. Ces textes distinguent la réanimation, destinée à des patients qui sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, les soins intensifs destinés à prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance, enfin la surveillance continue destinée à prendre en charge des malades qui nécessitent en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique. Ces décrets imposent que l'activité de réanimation s'exerce dans des unités organisées à cette fin, comportant un minimum de huit lits et soumises à autorisation.

Les normes de fonctionnement définies par ces décrets peuvent se résumer ainsi : permanence médicale exclusive assurée par au moins un membre de l'équipe médicale, qualification réglementaire définie de l'équipe médicale, équipe paramédicale exclusive à l'unité comprenant au minimum deux infirmiers pour cinq patients et une aide-soignante pour quatre patients, intervention possible d'un masseur-kinésithérapeute, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale. Enfin, des normes architecturales minimales et d'environnement médicotechnique sont établies.

La composition réglementaire de l'équipe médicale mérite d'être détaillée. L'article D.712-108 stipule que l'équipe médicale de l'unité de réanimation comprend :

- un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du Diplôme d'études spécialisées complémentaires de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médicochirurgicale (point 1) ;
- un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ou médicochirurgicale (point 2) ;
- le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la Santé (point 3).

L'arrêté du 27 août 2003 [4] stipule que les médecins mentionnés au point 3 doivent « ... être autorisés par le responsable de cette unité qui atteste de la qualité de l'expérience acquise en réanimation ». De façon plus précise, « l'expérience en réanimation ne peut être prise en compte que si les conditions suivantes sont remplies : justifier d'un exercice antérieur en réanimation en qualité de médecin au moins pendant 24 mois à temps complet dans une unité de réanimation dont le responsable est titulaire des qualifications prévues à l'article D.712-107 ou article 2 du Décret du 5 avril 2002 susvisé et ce dans les cinq années précédentes ; ou avoir effectué dans une unité définie au premier de l'article R.712-92 au moins 52 gardes en réanimation dans les trois années précédentes, dont au moins la moitié sous forme de gardes médicales ».

Le responsable d'une unité de réanimation pour adultes doit être titulaire de l'un des diplômes ou qualifications mentionnés au point 1 ci-dessus si l'unité est à orientation médicale, de l'un des diplômes ou qualifications mentionnés au point 2 ci-dessus si l'unité est à orientation chirurgicale, enfin de l'un des diplômes ou qualifications mentionnés aux points 1 et 2 ci-dessus si l'unité est à orientation médicochirurgicale.

La garde médicale, partie intégrante de la permanence des soins est effectuée obligatoirement par un membre de l'équipe médicale. Cependant, l'article D.712-106 dispose qu'elle peut être assurée par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé sous couvert d'une astreinte opérationnelle d'un médecin de l'équipe médi-

cale. Pour l'instant, c'est toujours l'arrêté du 21 janvier 1976 [5] qui subordonne cette autorisation par le directeur de l'établissement à l'avis du chef de service pour des internes ayant au moins effectué deux semestres d'internat dans la spécialité considérée ou au moins 52 gardes formatrices.

L'activité de réanimation pédiatrique entre dans le champ de ces décrets. Elle va cependant faire l'objet d'un nouveau décret spécifique. Les activités de réanimation de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ne sont pas concernées par ces décrets. Elles sont en attente de décrets spécifiques.

La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) rendue nécessaire par la publication de ces nouveaux textes, s'appuie sur la circulaire du 27 août 2003 [6] relative au décret suscité. On doit donc considérer que la période actuelle est une phase de transition durant laquelle coexistent des structures de réanimation conformes, ou très proches de l'être, aux normes de ces décrets avec d'autres unités qui s'en éloignent, soit parce que leur activité réelle correspond plus à une surveillance continue ou à des soins intensifs qu'à une activité de réanimation telle qu'elle est réglementairement définie, soit encore parce que des moyens insuffisants leur sont dévolus.

2. Structures et exercice de la réanimation en France

2.1. Nombre et répartition

Le nombre exact d'unités de réanimation en France n'est pas connu avec certitude. Si l'on s'en tient aux intitulés, environ 700 unités sont recensées en France métropolitaine et dans les départements et territoires d'outre-mer. Cette définition « auto-déclarative » ne correspond pas dans un certain nombre de cas à la réalité des pratiques. De manière schématique, on peut dire que tous les CHU sont dotés au moins d'un service de réanimation, qu'une majorité d'entre eux est dotée d'un service de réanimation médicale et de réanimation chirurgicale, et que les plus importants de ces CHU disposent souvent de deux unités de réanimation médicale et réanimation chirurgicale. C'est également dans les CHU que se trouvent la plupart des services de réanimation pédiatrique, des secteurs de réanimation de chirurgie cardiaque et de réanimation neurochirurgicale, qui sont en attente de décrets spécifiques. La plupart des centres hospitaliers généraux de taille importante disposent d'un service de réanimation médicochirurgicale. Les unités de réanimation des hôpitaux de plus petite taille sont en réalité souvent des unités de surveillance continue chirurgicale ou médicochirurgicale pratiquant occasionnellement, pour certains d'entre eux, des gestes de suppléance vitale à un nombre relativement restreint de patients. L'existence d'unités de réanimation dans les établissements privés et PSPH est subordonnée à la même logique de taille que celle des établissements publics.

Selon une enquête effectuée en 2003 par le Syndicat national des médecins réanimateurs des hôpitaux publics (SNMRHP), le nombre moyen de lits des unités de réanimation des services hospitaliers universitaires est proche

de 16 lits, et celui des hôpitaux non universitaires de 12 lits. Peu d'unités ayant une véritable activité de réanimation disposent de moins de dix lits. Près de la moitié des services hospitalo-universitaires disposent de lits de post-réanimation ou plus rarement de surveillance continue, alors que moins de 10 % des services non universitaires en sont dotés. Les lits de postréanimation, non définis réglementairement, assurent essentiellement une fonction très utile de lits d'aval pour les patients dont l'état ne permet pas le retour en secteur hospitalier « standard » ; ils devraient logiquement être transformés en véritable unité de surveillance continue.

2.2. Personnel

Le personnel médical s'établit à une moyenne de 4,3 équivalents temps plein par unité, chiffre sensiblement identique que les hôpitaux soient universitaires ou non. En revanche, les hôpitaux universitaires disposent en moyenne de trois fois plus d'internes que les hôpitaux non universitaires. Ces chiffres sont relativement éloignés des besoins estimés en France par les syndicats et les sociétés savantes qui de façon consensuelle sont établis à 6–7 équivalents temps-plein pour une unité de 10 à 12 lits. Ces chiffres tiennent compte des mesures récentes en France d'aménagement et de réduction du temps de travail et d'application du repos de sécurité.

L'organisation et la répartition du temps de travail du médecin réanimateur français ont été récemment précisées par une enquête du SNMRHP. En 2001, les réanimateurs français travaillent en moyenne près de 70 heures par semaine avec des différences relativement importantes selon le statut professionnel (les chefs de clinique-assistants travaillant le plus). Plus de 50 % des médecins titulaires sont âgés de plus de 45 ans. Les activités de soins occupent les deux tiers de ce temps dont 40 % en horaires de garde. Le tiers restant rassemble les activités administratives et organisationnelles, la formation personnelle et la recherche. Malgré leur charge de travail clinique, beaucoup de réanimateurs français sont très impliqués dans des activités d'évaluation, d'audit ou encore d'amélioration de la qualité des soins. À titre d'exemple, la Société de réanimation de langue française (SRLF) est sans doute une des sociétés savantes européennes à avoir élaboré l'un des plus grands nombres de référentiels de pratique professionnelle.

La plupart des médecins exerçant en réanimation médicale sont qualifiés en réanimation par l'ordre des Médecins ou titulaires du DESC de réanimation médicale, tandis que les médecins exerçant en réanimation chirurgicale sont qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation, ou en anesthésiologie-réanimation chirurgicale. Dans les unités médico-chirurgicales, cette répartition est habituellement mixte. Un certain nombre de médecins non titulaires de l'une de ces qualifications exercent en réanimation, souvent à titre transitoire.

La densité de personnel paramédical est considérée comme insuffisante dans la plupart des hôpitaux eu égard aux

normes du décret dans deux services de réanimation sur trois. Compte-tenu de la réduction du temps de travail et du nombre prévisible d'unités de réanimation en France, il est probable que la mise à niveau réglementaire ne soit que partiellement réalisée à l'échéance réglementaire d'avril 2007.

3. Formation des médecins réanimateurs

La formation actuelle des médecins réanimateurs fait appel en France à deux modalités distinctes ne s'excluant cependant pas mutuellement : le Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de réanimation médicale et le Diplôme d'études spécialisées (DES) d'anesthésie-réanimation accessibles jusqu'ici aux internes nommés au concours et depuis cette année aux étudiants de DCEM 4 ayant passé l'examen national classant, et dont le rang de classement permet de choisir un poste dans la catégorie « spécialités médicales », « anesthésie-réanimation » ou « chirurgie ».

3.1. DESC de réanimation médicale

L'enseignement de la réanimation médicale en France a fait l'objet d'un article exhaustif paru récemment [7]. Il est assuré par les 70 membres PU-PH et MCU-PH de la sous-section 48–02 de réanimation médicale, les assistants-chefs de clinique, et par un certain nombre de praticiens hospitaliers. Cet enseignement est structuré par un Collège national des enseignants de réanimation médicale (CNERM). L'arrêté du 20 juin 2002 [8] a transformé l'ancien DESC de type I en un DESC de type II permettant de ranger la réanimation médicale dans la catégorie des spécialités d'exercice pour les années futures. Cette importante évolution représente un pas de plus vers la supra-spécialité. L'accès au DESC de réanimation médicale est subordonné à l'obtention d'un DES. Tous les DES de spécialités médicales, le DES d'anesthésie-réanimation et le DES de chirurgie générale permettent de postuler pour le DESC de réanimation médicale. Le DESC nécessite la validation de six semestres dont deux dans des services agréés pour le DES d'origine, trois dans des services agréés pour le DESC de réanimation médicale et un, soit dans un service agréé pour le DESC de Réanimation, soit dans un service de réanimation chirurgicale agréé pour le DES d'anesthésie-réanimation, soit enfin dans une unité de soins intensifs agréée pour le DES d'origine. Deux des semestres dans les services agréés pour le DESC doivent être effectués dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés ; deux de ces semestres doivent être effectués après l'internat et comporter des fonctions hospitalières ou hospitalo-universitaires. Malgré sa complexité apparente, cette maquette permet une articulation satisfaisante avec les DES d'origine.

En 2002–2003, les DES d'origine sont l'anesthésie-réanimation (42,8 %), la pneumologie (15,6 %), la cardiologie (12,8 %), la médecine interne (10,4 %), la néphrologie

(7,2 %), la pédiatrie (5,6 %) ; les autres spécialités médicales n'occupent qu'une place minime.

3.2. DES d'anesthésie-réanimation

Dans le même temps que la transformation du DESC de réanimation médicale de type I en type II, le DES d'anesthésiologie-réanimation chirurgicale devenait DES d'anesthésie-réanimation dont la durée de formation était portée à cinq ans [9]. La nouvelle maquette a renforcé l'apprentissage de la réanimation, notamment en imposant d'effectuer un semestre dans un service de réanimation hospitalo-universitaire ou conventionné agréé pour le DESC de réanimation médicale en plus de trois semestres de formation en réanimation dans des services agréés pour le DES, comprenant au moins deux semestres dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés, au moins un semestre dans un service de réanimation adulte ou pédiatrique, les autres pouvant être effectués dans un SAMU, une structure d'anesthésie en chirurgie cardiothoracique ou en neurochirurgie, un service d'accueil des urgences comportant une activité de déchocage. Il est actuellement trop tôt pour connaître avec précision l'effet de l'allongement du DES à cinq ans sur le taux d'inscription des internes en filière d'anesthésie-réanimation au DESC de réanimation médicale.

3.3. Formation continue

L'offre française de formation continue en réanimation est considérable et d'excellente qualité. Elle émane des sociétés savantes (SRLF, Société française d'anesthésie-réanimation), des collèges et des universités. Bien que la participation des réanimateurs y semble plutôt assidue, on ne dispose pas de chiffres sur le temps moyen qui lui est consacré.

4. Perspectives

Les normes définies par les deux décrets « Réanimation » seront opposables à partir d'avril 2007. Si l'esprit de ces textes est respecté, le nombre d'unités de réanimation va se réduire de manière assez considérable sur le territoire français au profit d'un plus grand nombre d'unités de surveillance continue, et, dans une moindre mesure, d'unités de soins intensifs spécialisés. Ces modifications s'inscrivent dans une logique générale de restructuration hospitalière, destinée sans doute à juste titre à concentrer l'offre de soins au profit d'unités réparties de façon géographiquement adéquate, dotées de moyens importants et pouvant justifier d'une activité soutenue. Le maintien d'une unité de surveillance continue de « proximité », porte d'entrée et de sortie possible mais non exclusive vers les services de réanimation avec lesquels elles doivent nouer des relations étroites devrait permettre de combler le vide existant entre des unités réglementairement dotées en personnel médical et paramédical et les secteurs d'hospitalisation classique inadaptés à la prise en charge de malades susceptibles de s'aggraver rapidement.

D'autres facteurs moins directement liés à la qualité des soins rendent compte du caractère inévitable de ces restructurations. Il s'agit de l'évolution des statuts médicaux dans les hôpitaux publics, de la démographie de la spécialité et enfin de l'apparition de la tarification à l'activité. Les deux premiers sont intimement liés dans la mesure où la réduction du temps de travail, et l'obligation du repos de sécurité devraient à plus ou moins brève échéance alléger une pénibilité de la spécialité de moins en moins bien acceptée par les plus jeunes générations. Il est cependant probablement illusoire de penser que ces seules mesures permettront d'assurer un flux suffisant de spécialistes pour répondre aux besoins actuels. En effet, on forme actuellement environ 60 réanimateurs médicaux par an alors qu'il en faudrait le double. L'augmentation du nombre de postes formateurs en post-internat, facteur actuellement limitant permettrait probablement d'augmenter les effectifs. Encore faut-il que les diplômés exercent la réanimation alors que le retour à l'exercice de leur spécialité d'origine est toujours possible. Enfin, la gestion prévisionnelle du flux des spécialistes est rendue de plus mal aisée par l'existence de la double filière de formation spécialisée (réanimation médicale et anesthésie-réanimation). Beaucoup de jeunes anesthésistes-réanimateurs diplômés préfèrent se tourner vers une activité quasi-exclusive d'anesthésiologie.

Enfin, le système budgétaire de tarification à l'activité qui est actuellement en train de remplacer la dotation budgétaire globale aura certainement un rôle très important dans la structuration de la taille et même de l'existence des unités de réanimation. En effet, en plus de la tarification prévue pour le Groupe homogène de séjour (GHS) auquel est rattaché le malade, il est prévu un forfait quotidien lié au séjour en réanimation à la condition que des actes marqueurs de l'activité de réanimation soient enregistrés pour ce malade. Ces actes correspondent essentiellement à une activité de suppléance des défaillances vitales. En d'autres termes, les unités de réanimation risquent à plus ou moins brève échéance de ne plus pouvoir se permettre d'accepter dans leurs lits un pourcentage de patients (actuellement estimés à 20–30 % des séjours) n'ayant pas d'actes marqueurs de réanimation. Il est donc important que ces patients en général confiés aux réanimateurs parce que leur état interdit leur séjour en unité standard puissent être hospitalisés dans des unités de surveillance continue.

Pour ces raisons, la surveillance continue représente un enjeu important des prochaines années. L'activité de sur-

veillance continue est actuellement dispersée, d'une part au sein des unités de réanimation comme nous venons de le voir, d'autre part au sein d'assez nombreux services où de très petits secteurs sont créés avec des méthodes variables d'organisation et de fonctionnement. Même s'il n'y a pas d'urgence réglementaire à restructurer ces unités, il semble particulièrement utile en termes de qualité des soins, de rationalisation des moyens et de « lisibilité » des filières de soins que la restructuration des services de réanimation s'accompagne d'un mouvement similaire pour les unités de surveillance continue. L'obligation réglementaire d'une unité de surveillance continue dès lors qu'une unité de réanimation est autorisée, leur rôle complémentaire indispensable de la réanimation et les nombreux échanges bilatéraux de patients entre ces unités justifient que les réanimateurs participent activement au fonctionnement de la surveillance continue.

Références

- [1] Circulaire DGS/DH/4B/ n° 280 du 7 février 1989 relative à la mise en œuvre de schémas régionaux de la réanimation.
- [2] Décret n° 2002–465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique (JO n° 82 du 7 avril 2002, page 6182).
- [3] Décret n° 2002–466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquels doivent satisfaire les établissements publics de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (JO n° 82 du 7 avril 2002, page 6188).
- [4] Arrêté du 27 août 2003 fixant les conditions permettant de justifier d'une expérience attestée en réanimation prévues à l'article D. 712–108 du code de la santé publique (J.O n° 218 du 20 septembre 2003 page 16137).
- [5] Arrêté du 21 janvier 1976 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des gardes médicales dans les services de réanimation des hôpitaux publics (JO du 29 janvier 1976, page 10266).
- [6] Circulaire DHOS/SDO n° 2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.
- [7] Thuong M., Gibert C., Fagon J.-Y. Enseignement de la réanimation en France. *Réanimation* 2004;13:378–384.
- [8] Arrêté du 20 juin 2002 modifiant les arrêtés du 4 mai 1988 relatifs d'une part à la liste, d'autre part à la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine (J.O n° 173 du 26 juillet 2002 page 12804).
- [9] Arrêté du 20 juin 2002 modifiant les arrêtés du 4 mai 1988 et du 23 mai 1990 relatifs d'une part à la réglementation, d'autre part à la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine (J.O n° 173 du 26 juillet 2002 page 12805).