

Médecine intensive-réanimation : une spécialité à part entière dès 2017*

Intensive Medicine and Intensive Care: A Specialty in its Own in 2017

C. Richard · J. Chastre · D. Perrotin · L. Papazian

© SRLF et Lavoisier SAS 2016

« Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait »

(Samuel Langhorne Clemens, dit Mark Twain)

C'est à partir des années 1950 que, sous l'impulsion du professeur Jean Hamburger, néphrologue à l'hôpital Necker à Paris, va se développer en France une discipline médicale nouvelle comportant, selon la définition que celui-ci en donna alors, « l'ensemble des gestes thérapeutiques destinés à conserver un équilibre humoral aussi proche que possible de la normale au cours des états morbides aigus qu'elle qu'en soit la nature » et à laquelle il souhaita donner le nom de « réanimation médicale ».

C'est également à cette époque que fut créée à l'hôpital Claude Bernard à Paris, à l'initiative du professeur Pierre Mollaret et de son collaborateur le plus proche, le professeur Maurice Goulon, la première réanimation médicale sous la forme d'un centre de traitement des formes respiratoires de

la poliomyélite au sein de laquelle fonctionnait pour la première fois en temps continu une équipe médicale.

Il est intéressant de noter que quelques décennies plus tard, le professeur Jean Hamburger, dans un ouvrage intitulé « La puissance et la fragilité » publié en 1972 regrettera ce terme de réanimation médicale qu'il jugera imparfait et écrira « nous fûmes doublement punis d'avoir proposé ce terme d'abord parce qu'aucune autre langue ne l'accepta et qu'il est intraduisible dans la langue scientifique internationale... et parce que d'autre part il donne lieu aux pires malentendus, les uns le confondant avec le traitement de l'asphyxie et d'autres avec la ressuscitation d'un état syncope » tout en affirmant, y a-t-il meilleure reconnaissance, que « la réanimation médicale s'apparente à [s]es yeux à un mode de pensée de la médecine moderne » [1].

Même si le terme de « réanimation médicale » a ensuite acquis ses lettres de noblesse, il reste, chacun le sait, difficilement compris tant par la société civile que par beaucoup de professionnels de la santé et aussi par les patients et leurs familles. Ainsi une évolution sémantique s'impose aujourd'hui et explique qu'une première étape a été franchie à l'occasion de la décision prise par la communauté des enseignants de réanimation médicale (réunie dans la sous-section du CNU 4802) de remplacer ce terme par celui de médecine intensive-réanimation (MI-R). Cette dénomination, qui nécessitera sans doute un peu de temps avant de s'imposer, a pris un caractère officiel depuis la parution au Journal Officiel (13 novembre 2015) du décret instaurant la création de cette spécialité au sein d'un DES commun avec l'anesthésie-réanimation (A-R), bénéficiant cependant d'une filière de formation indépendante qualifiante pour l'exercice du métier de médecin « intensiviste-réanimateur » [2].

La création de la spécialité MI-R à l'occasion de la réforme, programmée pour une application à la rentrée universitaire 2017, du troisième cycle des études médicales est l'aboutissement d'un long chemin dont le parcours a souvent été rendu difficile, complexe et source d'incompréhensions réciproques, en raison de l'existence conjointe de la spécialité d'A-R destinée à la formation, certes d'anesthésistes, mais aussi pour une moindre part d'A-R exerçant préférentiellement dans des unités de réanimation.

C. Richard (✉)

Service de réanimation médicale, hôpital de Bicêtre,
AP-HP, Le Kremlin-Bicêtre, hôpitaux universitaires Paris Sud,
université Paris Sud 11, INSERM U999,
78 rue du Général Leclerc,
F-94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex France
e-mail : christian.richard@aphp.fr

J. Chastre

Service de réanimation médicale, Institut de cardiologie,
groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris,
université Pierre-et-Marie Curie, F-75006 Paris, France

D. Perrotin

Service de réanimation polyvalente, CHRU de Tours,
F-37000 Tours, France

L. Papazian

Réanimation des détresses respiratoires et infections sévères,
hôpital Nord, AP-HM, université d'Aix-Marseille,
URMITE UMR CNRS 7278, F-13000 Marseille, France

*Les auteurs sont membres de la commission paritaire du diplôme d'études spécialisées en anesthésie et réanimation, médecine intensive réanimation (DESARMIR), chargée avec les représentants de l'anesthésie-réanimation d'établir le programme pédagogique.

Longtemps l'exercice de la réanimation médicale fut lié à l'acquisition d'une simple compétence validée par une commission de qualification issue du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cette compétence venait en complément d'une spécialité médicale acquise pendant l'internat et reposait pour la quasi-totalité sur une formation pratique acquise par des semestres d'internat et un assistantat dans des unités de réanimation dont les créations s'étaient multipliées dans le courant des années 1960. À partir de 1972, un enseignement théorique, non obligatoire, sous la forme d'un certificat d'université de réanimation médicale (CURM) créé à Paris, Lille et Strasbourg, est venu progressivement compléter l'acquisition de la compétence pratique en réanimation médicale [2]. C'est aussi à cette date que la réanimation médicale s'est dotée, sous le nom de Société de réanimation de langue française (SRLF), d'une société savante dont la renommée nationale et internationale a cru au fil des décennies.

Il fallut attendre 1984 (arrêté paru au Journal Officiel [JO] le 21 octobre 1984) et la création des diplômes d'enseignement spécialisé complémentaire (DESC) pour que la réanimation médicale devienne une spécialité complémentaire, sans cependant d'exercice exclusif puisque l'inscription à l'Ordre des médecins se faisait alors dans la spécialité d'origine. À partir de 2004 (arrêté paru au JO le 22 septembre 2004), la création de DESC qualifiants dits de type II (DESCQ) a permis, associés à une formation plus longue (3 vs 2 ans) et plus approfondie l'obtention d'une spécialité exclusive devenue à cette occasion la réanimation.

La réforme du troisième cycle des études médicales engagée depuis ces quelques dernières années ayant, parmi ses objectifs, la suppression des DESCQ et des DESC, c'est très naturellement que la spécialité de réanimation, forte d'une sous-section du CNU 4802, a revendiqué à cette occasion la création d'un DES. Le législateur a décidé, après concertation et négociation entre les disciplines de réanimation et d'anesthésie-réanimation, qu'il fallait proposer la création d'un DES commun (coDES). Cette décision s'est concrétisée par la parution au JO le 13 novembre 2015 d'un décret entérinant la création d'un coDES dont l'acronyme retenu est DESARMIR [3].

Le DESARMIR sera d'une durée de cinq ans et comportera, au décours d'une phase socle commune entre A-R et MI-R d'une année, quatre années indépendantes pour chacune des filières réparties en une phase d'approfondissement (trois ans) et une phase de consolidation (un an) destinée à la préparation à l'exercice professionnel. Au terme de ces cinq années, l'interne sera qualifié pour exercer le métier de médecin intensiviste-réanimateur sans nécessité, pour obtenir son diplôme, de formation complémentaire au terme du DES.

La création du DESARMIR s'assortit de l'identification de deux filières A-R et MI-R au moment du choix de la

spécialité par les internes au décours de l'examen national classant. L'effectif de la filière MI-R sera déterminé par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) en regard des besoins en termes de santé publique, renseignée en cela par l'Organisme National de Démographie des Professions de Santé (ONDPS). La détermination de l'effectif de la filière MI-R s'appuiera certes sur l'évaluation des effectifs formés annuellement dans la discipline de réanimation, mais prendra également en compte le nécessaire renouvellement des postes existants, la mise à niveau des effectifs, l'existence de postes vacants, la possibilité de reconversion par l'acquisition d'un deuxième DES, l'importance de la charge de travail et l'évolution progressive de la législation sur le temps de travail. L'objectif est de constituer des équipes médicales complémentaires dans leur expertise professionnelle, comportant un nombre équilibré de médecins issus de la filière A-R et de la filière MI-R, et cela dans toutes les structures de réanimation et de soins continus polyvalents au plus grand bénéfice des patients.

Au plan pédagogique, à côté d'un enseignement théorique de la réanimation partagé en grande partie avec l'A-R et qui renvoie au référentiel européen CoBaTrice [4], la filière MI-R comportera un enseignement de la médecine intensive, réalisé en étroite collaboration avec les spécialités médicales avec lesquelles depuis toujours la réanimation médicale a eu des liens forts (comme par exemple la cardiologie, la pneumologie, la médecine interne, la néphrologie, la neurologie, l'onco-hématologie et les maladies infectieuses) [3].

La mise en place à l'échelon national (au niveau des treize régions métropolitaines et quatre régions d'outre-mer, nouvellement créées) nécessitera une étroite collaboration entre les deux disciplines d'A-R et de MI-R, tant pour l'élaboration des programmes d'enseignement que pour l'organisation du suivi des internes dans leurs cursus et la validation des services hospitaliers recevant l'agrément pour l'apprentissage de la réanimation. Il est cependant important de rappeler qu'à côté de cette légitime mise en commun entre les filières A-R et MI-R, la filière MI-R a vocation à conserver et amplifier les échanges avec les spécialités médicales (tant au plan des enseignements théoriques que des terrains de stages hospitaliers) qui ont de tout temps nourri l'excellence reconnue des médecins issus de la réanimation médicale. Cette excellence est par exemple régulièrement illustrée par la qualité et la régularité de la production scientifique et des publications issues de la recherche clinique effectuées dans les unités de réanimation médicale et polyvalente.

À l'occasion de ce changement de paradigme imposé par la réforme du troisième cycle des études médicales, qui supprime la notion de spécialité complémentaire, beaucoup d'interrogations demeurent, même si la reconnaissance de la réanimation, devenue MI-R comme une spécialité à part entière, constitue un moment « historique » pour les

médecins qui l'exercent aujourd'hui et pour ceux qui l'exerceront demain.

Au-delà de la nécessaire implication volontariste des enseignants réunis dans la sous-section du CNU 4802 dans la mise en place du DESARMIR, une des principales interrogations concerne l'attractivité qu'exercera cette nouvelle filière MI-R sur les étudiants issus de l'examen national classant. L'évolution de l'organisation de l'hôpital public dans lequel s'inscrit, pour la plus grande part, l'exercice du métier de médecin intensiviste-réanimateur, et celle de la société civile vers le développement de l'activité ambulatoire réservant aux patients les plus graves l'hospitalisation conventionnelle, renforcera, à n'en pas douter, les missions et la place centrale qu'occupent déjà les MI-R dans la prise en charge des patients les plus graves, certes dans les services

de réanimation mais également dans les unités de surveillance continue.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Hamburger J (1972) La puissance et la fragilité, Seuil, Paris
2. <https://direct-actu.fr/2010/02/24/historique-de-la-reanimation-medicale/>
3. <http://www.cnera.fr/UserFiles/File/national/desc-des/desarmir/jo20151204-arrete-du-13-novembre-2015-liste-des.pdf>
4. <http://www.cobatrice.org/en/index.asp>