

Médecine Intensive Réanimation

Quel effectif médical dans les services de Réanimation et Surveillance Continue en France ? Une position du Syndicat des Médecins Réanimateurs des Hôpitaux Publics
--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	REAA-D-19-00035
Article Type:	Point de vue
Corresponding Author:	Benoit Misset Liège, BELGIUM
First Author:	Olivier Lesieur
Order of Authors:	Olivier Lesieur Jonathan Messika Samia Touati Jean-Luc Chagnon Jean-Luc Diehl Hervé Outin Jean-Philippe Rigaud Arnaud Sement Nicolas Terzi Didier Thévenin Djillali Annane Laetitia Bodet-Contentin Didier Dreyfuss Benoit Misset

1
2 Quel effectif médical dans les services de Réanimation et Surveillance Continue en France ?
3
4 Une position du Syndicat des Médecins Réanimateurs des Hôpitaux Publics.
5
6

7
8 **Auteurs**

9
10 Olivier Lesieur 1, Jonathan Messika 2, Samia Touati 3, Jean-Luc Chagnon 4, Jean-Luc Diehl 5,
11 Hervé Outin 6, Jean-Philippe Rigaud 7, Arnaud Sement 8, Nicolas Terzi 9, Didier Thévenin 10,
12
13 Djillali Annane 11, Laetitia Bodet-Contentin 12, Didier Dreyfuss 13, Benoît Misset 14
14
15
16

17
18 **Affiliations**

- 19
20 1) Service de Réanimation, Centre Hospitalier de La Rochelle, France
21 2) Service de Pneumologie B et Transplantation Pulmonaire, Centre Hospitalier
22 Universitaire Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Hôpital Bichat-Claude Bernard,
23 Paris, France
24 3) Service de Réanimation, Centre Hospitalier de Meaux, France
25 4) Service de Réanimation, Centre Hospitalier de Valenciennes, France
26 5) Service de Réanimation médicale, Centre Hospitalier Universitaire Assistance
27 Publique – Hôpitaux de Paris, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France
28 6) Service de Réanimation, Centre Hospitalier de Poissy-Saint-Germain, France
29 7) Service de Réanimation, Centre Hospitalier de Dieppe, France
30 8) Service de Réanimation, Centre Hospitalier de Mont de Marsan, France
31 9) Service de Réanimation médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble,
32 France
33 10) Service de Réanimation, Centre Hospitalier de Lens, France
34 11) Service de Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Assistance Publique –
35 Hôpitaux de Paris, Hôpital Raymond Poincaré, Garches, France
36 12) Service de Médecine Intensive et Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de
37 Tours
38 13) Service de Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Assistance Publique –
39 Hôpitaux de Paris, Hôpital Louis Mourier, Colombes, France
40 14) Service des Soins Intensifs, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Belgique
41
42
43
44
45
46
47
48

49 **Correspondance :**

50 **Benoît Misset, Service des Soins Intensifs, [Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Domaine](#)**
51 **[Universitaire du Sart Tilman, 4000 Liège 1, Belgique](#)**
52

53
54 **Email : benoit.misset@chuliege.be**
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Abréviations

1
2 CCA : chef de clinique assistant
3 CDS : continuité des soins
4 CET : compte épargne temps
5 CME : commission médicale d'établissement
6 EPP : évaluation des pratiques professionnelles
7 ETP : équivalent temps plein
8 FMIH : fédération médicale inter-hospitalière
9 GHT : groupement hospitalier de territoire
10 PDS : permanence des soins
11 PH : praticien hospitalier
12 PU-PH : professeur des universités praticien hospitalier
13 RMM : revue de morbi-mortalité
14 RTT : récupération du temps de travail
15 TTA : temps de travail additionnel
16
17
18
19
20
21

Introduction

22
23 L'effectif médical des services de Réanimation et Surveillance Continue en France est
24 hétérogène [1], malgré les recommandations des sociétés savantes nationales [2] ou
25 européennes [3]. Les recommandations françaises avaient été élaborées à la suite de la
26 législation sur la récupération du temps de travail (RTT). Elles indiquaient un chiffre minimum
27 de 7,5 équivalents temps plein (ETP) pour toutes les structures qui assurent une permanence
28 des soins séniore sans générer de temps de travail additionnel (TTA) ni faire appel à des
29 médecins extérieurs à l'équipe. Cet effectif est applicable aux structures dérogatoires de
30 moins de huit lits puisque 1) la permanence des soins justifie la présence constante d'un
31 praticien sur place, et 2) la complexité des soins nécessite un travail de réflexion collective
32 indispensable tous les jours pour chaque patient. Ce chiffre ne tient pas compte du fait que
33 l'activité de garde nocturne sur place, est un effort physique difficile à assurer en fin de
34 carrière. Cet effectif devient insuffisant dès que la capacité de la structure augmente ou que
35 le projet du service comporte une part d'enseignement et de recherche. Dans ces cas-là,
36 l'effectif doit augmenter progressivement et passe un « cliquet » à chaque fois qu'on estime
37 légitime d'ajouter une liste ou une demie-liste de garde. L'enquête de la Fédération de la
38 Réanimation publiée en 2012 [1] avait montré des différences importantes, l'effectif en
39 praticiens présents - hors intérim - variant entre 1 et 11.6 selon les structures. Les services de
40 moins de 3 ou 4 ETP étaient manifestement dans des situations à risque élevé, car les
41 praticiens y assurent un nombre de gardes élevé, ne permettant pas une présence suffisante
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 dans la journée, un partage des informations, ni un repos suffisant pour exercer dans des
2 conditions sereines et pérennes. Ces structures ne peuvent se maintenir qu'en ayant recours
3 à des intérimaires dont l'implication hors du strict cadre des soins immédiats aux patients est
4 en règle limitée. Le recours à des praticiens extérieurs est légitime lorsqu'il se situe dans le
5 cadre d'un projet d'enseignement ou de travail en réseau pour maintenir une animation
6 territoriale, mais ne l'est pas lorsqu'il est le seul témoin de la pauvreté ou de l'absence
7 d'attractivité de l'hôpital concerné.
8
9
10
11
12
13
14

15 Cette situation est due aux différences dans les projets des hôpitaux, dans leur gouvernance
16 ou dans leur attractivité. Un hôpital peut se fixer des objectifs d'excellence, pour assurer sa
17 notoriété et développer sa patientèle, ou au contraire des objectifs minimalistes pour exercer
18 la chirurgie ou les urgences [4]. Suivant une vision autoritaire de la gouvernance hospitalière,
19 il peut être décidé arbitrairement qu'un service de soins n'a pas besoin de plus qu'une simple
20 présence médicale, ou au contraire de façon participative, à l'écoute de l'avis de la
21 communauté médicale. Un établissement de santé peut être attractif par sa localisation
22 géographique (par exemple les bords de mer ou une grande ville), parce que le volume
23 d'effectif médical permet de disposer d'un temps libre aujourd'hui considéré comme
24 indispensable, ou surtout parce que la cohésion des équipes médicales y est bonne et permet
25 à chaque praticien de s'y réaliser pleinement. Au contraire il peut ne pas être attractif pour
26 les raisons inverses. L'activité de la commission de qualification en Réanimation du Conseil
27 National de l'Ordre des Médecins, indique que de nombreux services de Réanimation et
28 Surveillance Continue, dont plusieurs sont situés dans des établissements de recours pour
29 tout un département, fonctionnent avec des effectifs très insuffisants, composés en partie de
30 praticiens qui n'ont pas de qualification ordinale en Réanimation ou Anesthésie-Réanimation
31 [5].
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

48 Ces anomalies sont pointées par les réclamations et plaintes des usagers, par les rapports
49 répétés d'un taux élevé de « burn-out » des personnels médicaux [6] et par le contenu des
50 contentieux juridiques ou des opérations de médiation [7] qui concernent la Réanimation. Les
51 situations pour lesquelles notre syndicat est sollicité indiquent qu'aucune structure de
52 Réanimation, universitaire ou non, n'échappe au risque de déstabilisation de l'équipe
53 médicale (Epinal, Valenciennes, Vesoul, Grenoble, Nice, pour ne citer que les plus récentes).
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Compte tenu de l'évolution de la profession et de la demande citoyenne, il est aujourd'hui nécessaire de mettre à jour la position du Syndicat National des Médecins Réanimateurs de Hôpitaux Publics (SNMRHP). L'objet de cet article est de proposer des effectifs optimaux de praticiens de Réanimation et Surveillance Continue dans les services français en fonction de la finalité de l'existence de ces services et de certains principes raisonnables de fonctionnement.

En France, les responsabilités du médecin réanimateur sont multiples. Le travail médical en Réanimation et Surveillance Continue se décline en activités de soins, de formation (médicale et paramédicale), de recherche, et enfin, administratives.

L'activité de soins

L'activité de soins est la part la plus importante des missions de la Réanimation, en termes de finalité et de temps d'activité. Sa finalité est de réduire la mortalité et la morbidité des affections mettant en jeu le pronostic vital, et de prévenir les risques de pathologies induites ainsi que les séquelles physiques et cognitives d'un séjour en Réanimation. Les modes de fonctionnement qui aboutissent à la meilleure performance et à la meilleure sécurité pour les patients se sont constitués par approches successives depuis les années 1960 et sont fondées sur la raison et les référentiels de bonnes pratiques. Ils garantissent la sécurité et la qualité des soins par la continuité de la prise en charge. Ils incluent la visite pluriquotidienne des patients, la collégialité de la réflexion et des décisions, le même niveau de médicalisation des soins 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, la transmission des informations médicales entre les équipes qui se relaient, la mise à jour des connaissances et des compétences de l'équipe, et l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins.

L'activité de soins comprend :

- La visite pluriquotidienne auprès des patients, y compris les samedis, dimanches et jours fériés. Pendant les jours ouvrés, le praticien prend en charge en moyenne 4 lits de Réanimation ou 6 lits de Surveillance Continue ; en dehors des jours ouvrés, le nombre de médecins présents pour la visite dépend du nombre de lits (de Réanimation et de Surveillance Continue) et de l'existence d'une garde formatrice (Tableau) ;

- La Surveillance médicalisée des transports intra-hospitaliers vers le plateau d'imagerie, de radiologie interventionnelle ou le bloc opératoire pour les patients de son unité ;
- Les avis en dehors du service (étages, urgences) ;
- La prise en charge des urgences vitales intra hospitalières (tel que les systèmes de type « blue code ») ;
- La participation aux activités de prélèvement d'organes et de tissus (parfois sans temps dédié);
- Le développement d'activités transversales techniques (mise en place d'accès vasculaires par exemple) ;
- La PDS pour les périodes de nuit, week-end et jours fériés. La PDS comprend la garde sur place 7 jours/7, 365 jours/an, qui peut être renforcée par une garde en première partie de nuit (demie-garde), ou par une astreinte opérationnelle alors comptabilisée en fonction du nombre moyen d'appels suivis ou non d'un déplacement. L'organisation et le nombre de liste(s) de garde ou d'astreinte dépend du nombre de lits de Réanimation et Surveillance Continue et de l'existence d'une garde formatrice (Tableau) ;
- La transmission des informations médicales deux fois par jour entre l'équipe de jour et l'équipe de garde, c'est-à-dire le partage des informations pertinentes entre les équipes médicale et paramédicale, la formalisation des consignes de limitation thérapeutique et les discussions éthiques ;
- L'information du patient et des familles. Compte tenu des rotations des personnels soignants en Réanimation, le médecin réanimateur est un interlocuteur privilégié et constant pour le patient, ses proches, et les autres spécialistes invités à intervenir ou à donner un avis ;
- L'élaboration et la mise en place du projet du service ;
- L'élaboration et la réactualisation des protocoles médicaux de prise en charge des patients ;
- L'évaluation les pratiques professionnelles (EPP) et l'analyse des indicateurs de qualité, les revues de morbi-mortalité (RMM), les déclarations et le suivi des évènements indésirables, les vigilances ;

- La veille bibliographique et la mise à jour des connaissances et des compétences.

Les missions de formation et d'enseignement

L'activité de formation est à la fois assurée « par » et « pour » les personnels médicaux et paramédicaux.

- a) Elle est assurée **par les médecins** – ainsi que par les paramédicaux - pour mettre à jour les connaissances des paramédicaux. Ceci est indispensable puisqu'il n'y a pas en France de dispositif de formation initiale en Réanimation pour les paramédicaux. Une formation continue et spécifique au service doit aussi être délivrée aux paramédicaux pour assurer l'homogénéité des pratiques dans le service, en accord avec les options et projets de l'équipe médicale.
- b) La formation doit aussi être assurée **pour les médecins** de l'équipe, soit sur place à l'occasion de séances de partage de connaissances (évaluations de pratiques, suivi de la littérature scientifique médicale), soit lors de congrès. Elle nécessite donc un temps de travail spécifique, sur place ou bien en dehors du service ou de l'hôpital. Elle est indispensable au maintien de la qualité des soins.
- c) Certaines activités sont propres à l'accueil des étudiants (externes) ou des médecins en formation (internes) :
 - Maîtrise de stage ;
 - Enseignement théorique nécessaire à l'adaptation au stage ;
 - Enseignement pratique de la critique des articles scientifiques ;
 - Supervision des activités de gardes effectuées par les médecins en formation : cette charge est dépendante d'une part du nombre de médecins « juniors » en stage, d'autre part de leur expérience. En effet, une liste de garde « formatrice » peut être incomplète si le nombre d'internes en stage est insuffisant (moins de 5). Lorsque la liste de garde formatrice est complète, on peut considérer que le temps dédié à la supervision est compensé par le travail effectué par l'interne dans une proportion qui varie avec l'expérience et l'ancienneté dans le cursus en Réanimation.

Dans un service agréé pour la formation médicale, un interne prend en charge quotidiennement au maximum quatre patients. Le nombre d'internes par unité doit

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

permettre de répondre aux besoins de la permanence des soins, et notamment de présence le samedi et dimanche matin, en fonction de la capacité en lits du service et du turn-over des patients.

La recherche clinique

La recherche clinique comporte aussi bien la participation à des projets de recherche initiés par des promoteurs extérieurs, industriels ou académiques, que l'élaboration et la réalisation de projets de recherche initiés par le service lui-même. Cette dernière est plus fréquente dans les services universitaires. Certains services n'ont aucune activité de recherche. L'enquête RECREA, sous l'égide de la Commission de la Recherche Clinique de la Société de Réanimation de Langue Française, avait montré que la participation à des activités de recherche était associée à une meilleure performance de l'équipe pour la qualité des soins [données présentées en congrès, non publiées]. Le lien de causalité n'étant pas formellement établi, il est cependant possible que l'activité de recherche favorise la curiosité et améliore la performance professionnelle des équipes.

Lorsque le service participe aux activités de recherche clinique, lesquelles sont inscrites, comme l'enseignement et les activités d'intérêt général, dans le statut de praticien hospitalier, le temps médical nécessaire à l'élaboration des projets, à leur suivi et à l'activité d'investigation doit être comptabilisé dans le temps de travail.

Les activités transversales et d'intérêt général

Du fait de sa position transversale, la Réanimation est souvent représentée au sein des commissions hospitalières (qualité, vigilances, infection, douleur, éthique, gardes et astreintes, nutrition, médicaments...). Le médecin réanimateur peut également occuper des fonctions au sein de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), du directoire, de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH) et/ou du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Ces activités administratives, dont certaines sont exigées par les tutelles, sont indispensables au bon fonctionnement des hôpitaux. Elles ont eu tendance à s'accroître au fil des réformes successives de l'organisation de l'offre de soins. La plupart du temps, les médecins n'ont pas reçu de formation préalable, ce qui majore encore le temps nécessaire à l'accomplissement de ces activités administratives. Ce temps administratif est pris sur le

1
2 temps de travail et doit donc être pris en compte dans le calcul des effectifs nécessaires au
3 bon fonctionnement d'un service de Réanimation.

4 Les réanimateurs sont également pour bon nombre d'entre eux impliqués dans des activités
5 nationales ou régionales qu'il importe de favoriser. Il peut s'agir d'activités au sein de sociétés
6 savantes (Société de Réanimation de Langue Française, Société Française d'Anesthésie et de
7 Réanimation, Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques), de
8 commissions, de collèges (Collège des enseignants en Médecine Intensive et Réanimation,
9 Collège de Réanimation des hôpitaux extra-universitaires de France, collèges régionaux...), du
10 Conseil National Professionnel, du Développement Professionnel Continu, sans oublier... le
11 syndicat.

12 Les réanimateurs sont aussi très souvent impliqués dans la mise en place et le fonctionnement
13 des unités de recherche clinique qui se développent de plus en plus dans les hôpitaux
14 généraux.

25 26 27 **Les limites du constat**

28 Les recommandations de la Fédération de la Réanimation [8] n'établissent pas les quotités
29 respectives des activités sus-décrites. La participation aux activités administratives (chefferie
30 de pôle, chefferie de service, commissions) n'est ni normée ni quantifiée : elle est réalisée en
31 sus de l'activité clinique. La diversité des statuts des praticiens exerçant en Réanimation
32 (temps plein, temps partiel, contractuel, hospitalo-universitaire) et la participation inégale aux
33 activités de recherche clinique, d'enseignement et d'intérêt général échappent à toute
34 tentative d'homogénéisation normative (fiche de poste). Enfin, la capacité physique d'un
35 praticien à participer à l'activité nocturne est variable d'un individu à l'autre, et en général
36 diminuée dans les 10 dernières années de la carrière.

47 48 49 50 **Le calcul de l'effectif médical pour un service de Réanimation et Surveillance Continue ?**

51 Nous proposons deux méthodes pour estimer le temps médical nécessaire à une organisation
52 des soins d'un service de Réanimation de taille moyenne, en l'occurrence 10 lits de
53 Réanimation et 5 lits de Surveillance Continue [1]. La première méthode distingue les
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 organisations selon la période de la journée ou de la semaine et spécifie le nombre de
2 praticiens nécessaires pour chacune des activités habituelles et l'organisation en équipe. La
3 deuxième méthode utilise une moyenne de besoins horaires établis par les experts de la
4 société européenne de soins intensifs (European Society of Intensive Care Medicine) [3]. Les
5 deux techniques, l'une analytique et l'autre basée sur un consensus international, aboutissent
6 néanmoins à des chiffres similaires.

11
12
13
14
15 a) *Première méthode :*

16 - Type d'activité

17 L'estimation doit prendre en compte le nombre de lits du service et de l'existence d'une
18 activité de maîtrise de stage pour les jeunes médecins en formation.

19 Pour ce qui concerne la capacité d'accueil du service, en dehors des situations dérogatoires,
20 les services comprennent au moins 8 lits de Réanimation et une proportion moyenne de 1 lit
21 de Surveillance Continue pour 2 lits de Réanimation, c'est-à-dire des proportions 8/4, 10/5,
22 12/6 etc.... La maîtrise de stage a un impact différent selon le niveau de compétence des
23 internes et selon leur nombre, suffisant ou non, pour assurer une liste de garde formatrice. Le
24 niveau de compétence de chaque interne doit être estimé par le chef de service, de telle sorte
25 que celui-ci valide sa capacité à avoir une autonomie suffisante pour ne pas augmenter la
26 charge de travail de l'effectif senior présent lors des périodes à effectif réduit (gardes et
27 matinées de week-end et jours fériés). Lorsqu'une liste de garde formatrice est complète, elle
28 peut être prise en compte pour réaliser une partie du travail en plus de celui du médecin
29 senior sur place.

30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46 - Quel médecin ?

47 Nous considérons que la présence médicale inclut de façon similaire tous les praticiens qui
48 ont un statut contractuel ou titulaire après la validation de leur internat. Elle inclut donc de
49 façon similaire les médecins titulaires, praticien hospitalier (PH) ou professeur des universités
50 - praticien hospitalier (PU-PH), et les médecins non titulaires, assistants ou chef de clinique
51 (CCA). Les assistants doivent répondre au minimum aux termes de l'arrêté ministériel
52 décrivant l'expérience attestée en Réanimation [9]. Enfin, le temps de travail utilisable par
53 chaque praticien est celui qui est statutairement hospitalier, c'est-à-dire un mi-temps pour les
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

personnels hospitalo-universitaires, puisqu'ils ont des charges de cours, de recherche ou de missions facultaires qui sont indépendantes de leur activité dans l'hôpital et du service clinique.

- Définitions des périodes

Les définitions et les calculs utilisés ici sont ceux des besoins que nous estimons pour le bon fonctionnement des services, sans tenir compte de la façon dont les différents statuts et les différentes périodes de la journée ou de la semaine sont valorisées financièrement. Nous distinguons 3 types de périodes horaires : les périodes de « **jours ouvrés** », pendant lesquels l'ensemble des activités peut être assuré, les périodes de « **continuité des soins** » (CDS) correspondant aux matinées des samedis, dimanches et jours fériés, et les périodes de « **permanence des soins** » (PDS), correspondant aux après-midis des samedis, dimanche et jours fériés et aux nuits. Noter que nous parlons en jours ouvrés, c'est-à-dire que nous traitons le samedi matin dans les périodes de « CDS » parce que cela correspond aux organisations les plus fréquentes. Au sein des périodes de « garde », nous distinguons les périodes de « CDS » et de « PDS » puisque l'activité de visite des patients présents est aussi importante en matinée quels que soient les jours de la semaine, et ne peut pas être considérée de la même façon que pour les périodes de permanence des soins. Pendant ces périodes de « CDS », l'effectif présent doit être intermédiaire entre celui des jours ouvrés et celui des nuits. Cette distinction est destinée à prendre en compte de façon équilibrée et raisonnable la sécurité des patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, quel que soit le moment de la semaine et de l'année.

En période de **jour ouvré**, nous estimons que l'activité clinique doit être assurée par au minimum un médecin senior pour 4 lits de Réanimation, ou 6 lits de Surveillance Continue, et un médecin pour organiser l'accueil des patients admis en Réanimation, gérer les urgences vitales intra hospitalières (« blue code ») et donner les avis sollicités par les médecins extérieurs au service de Réanimation. L'existence d'une activité d'encadrement des médecins en formation est compensée à peu près par le travail fourni par l'interne encadré et ne modifie pas ces chiffres, à l'exception des internes de phase socle. En effet, par leur statut ces jeunes internes ne peuvent contribuer pleinement à l'activité clinique d'un service de Réanimation.

En période de **CDS**, nous estimons que l'activité clinique doit être assurée au minimum par un médecin senior pour 10 lits. Lorsque le service reçoit des internes de phase socle, il ne peut y

1 avoir plus d'un interne par médecin senior encadrant, et un interne en phase
2 d'approfondissement pour 4 lits de Réanimation ou 6 lits de Surveillance Continue.

3
4 En période de **PDS**, nous estimons que l'activité clinique doit être assurée au minimum par un
5 médecin senior pour 10 lits, et que cet effectif doit être augmenté de praticiens juniors ou
6 seniors en fonction du nombre de lits supplémentaires, de leur catégorie (Réanimation ou
7 Surveillance Continue), et du caractère formateur ou non du service (tableau).
8
9

10
11
12
13 - Calcul

14
15 L'année comporte 365 journées de 24 heures. Chaque période de 24 heures peut être séparée
16 en 5 plages de presque 5 heures (4 heures et 48 minutes). Cette façon de fonctionner en 5
17 plages (dont une plage de début de soirée) correspond aux pratiques que nous
18 recommandons. Notons ici que d'autres disciplines bénéficient d'une reconnaissance
19 financière spécifique pour cette activité de début de soirée.
20
21
22
23
24
25

26
27 Nous estimons d'abord l'effectif nécessaire à assurer les périodes de PDS,

28
29 Le temps de garde représente 365 « nuits » de 3 plages chacune, débutant vers 17h00 et
30 s'achevant vers 9h00, transmissions comprises, 115 « après-midi » de samedis (n = 52),
31 dimanches (n = 52) et jours fériés (n = 11) d'une plage chacune (12h30 à 17h00),
32 correspondant à la PDS, et 115 « matinées » de samedis, dimanches et jours fériés, d'une
33 plage chacune (9h00 à 12h30), correspondant à la CDS. L'ensemble représente $(365 \times 3) + (115$
34 $\times 2)$, soient 1325 plages de 4 heures 48 minutes, dont 1210 plages de PDS et 115 plages de
35 CDS.
36
37
38
39
40
41
42

43
44 Le temps de jour « ouvré » représente 250 journées (365 – 115 samedis, dimanches et jours
45 fériés) de 2 plages chacune, soient 500 plages.
46
47
48

49
50 Pour conserver une activité diurne permettant son intégration dans l'équipe, un praticien ne
51 devrait, sauf obligation exceptionnelle de service, pas réaliser plus de 3 gardes de nuit par
52 semaine et une garde de samedi, dimanche ou jour férié par mois, pendant les 10,5 mois
53 annuels de travail, soit environ $[(3 \times 3 \text{ plages}) + (1 \times 5 \text{ plages})] \times 10,5 \text{ mois} \sim 147$ plages par an,
54 correspondant à 73 journées de 10 heures. L'équipe doit donc comprendre un minimum de
55 $1325/147 = 9$ ETP seniors pour assurer la PDS sans avoir recours à du personnel extérieur au
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 service ou intérimaire. Par ailleurs, un praticien hospitalier doit réaliser un temps de travail
2 hebdomadaire moyen de 39 heures, sans dépasser 48 heures, et disposer de 20 journées de
3 RTT, ou bien être rémunéré ou compensé en TTA [10][11]. Le calcul fait ici correspond à celui
4 d'une équipe qui ne générerait pas de TTA. Dans ce cas, le temps à réaliser par praticien est
5 de 208 journées par an.
6

7
8 Une fois la PDS planifiée, il reste par praticien « $208 - 73 = 135$ » journées pour les activités
9 cliniques « ouvrées », la recherche clinique, l'enseignement et les missions d'intérêt général.
10 On peut estimer que le cumul de ces 3 dernières activités - recherche, enseignement et intérêt
11 général - consomment en moyenne 5 jours par mois, soit 60 jours par praticien par an. Il reste
12 alors « $135 - 60 \text{ jours} = 75$ » journées ouvrées dédiées au temps clinique par praticien. Or un
13 poste de temps ouvré correspond à 250 jours par an (cf. supra) qui peut être assuré par
14 $250/75 = 3.3$ ETP. Nous estimons qu'il faut un praticien pour 4 lits, c'est-à-dire 3.3 ETP parmi
15 les praticiens qui contribuent à la liste de garde dans les conditions décrites plus haut.
16 L'effectif qui permet d'assurer la PDS sans recours au TTA ni à du personnel extérieur pour un
17 service de 10 lits de Réanimation et 5 lits de Surveillance Continue est donc de 9 à 10 ETP.
18 Ce calcul ne tient pas compte des comptes épargne temps (CET) souvent très importants qui
19 sont récupérés par les réanimateurs en fin de carrière, ce qui déstabilise bien sûr les équipes.
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

33
34
35 *b) Deuxième méthode : calcul proposé par l'European Society of Critical Care Medicine.*

36 Les recommandations de la société européenne proposent une formule permettant d'estimer
37 ce nombre d'ETP, en divisant le nombre d'heures de travail nécessaires au fonctionnement
38 d'un service de Réanimation Surveillance Continue par le nombre d'heures de travail effectif
39 d'un ETP. L'exemple donné dans le supplément électronique qui détaille la formule [3] aboutit
40 à 7,1 ETP pour 6 à 8 lits de soins intensifs. Si l'on utilise la formule proposée pour une unité de
41 15 lits, il faut 1 praticien posté pendant :

- 42
43
44
45
46
47
48 - 24 heures, et 2 praticiens pendant 10 heures chaque jour du lundi au vendredi,
49 c'est-à-dire $(24 + (2 \times 10)) \times (365 - 115) = 11\ 000$ heures ;
50
51 - 24 heures, et 1 pendant 5 heures les samedis, dimanches et jours fériés, c'est-
52 à-dire $(24 + 5) \times 115 = 3\ 335$ heures ;
53
54
55

56 Le total est de 14335 heures annuelles. Un praticien effectuant 208 jours de 7 heures 48
57 minutes (7,8 heures), soient 1 622 heures annuelles, ce chiffre nécessite $14335 / 1622 = 9$ ETP
58 [3].
59
60
61
62
63
64
65

Discussion

Les méthodes de calcul des effectifs médicaux nécessaires aux services de Réanimation doivent prendre en compte les différentes activités cliniques et extra-cliniques des praticiens. Cet effectif dépend de la taille des unités de Réanimation et Surveillance Continue, des contraintes locales (présences d'internes, organisation en temps continu ou en demies-journées...), mais aussi des choix de services (en termes d'engagement dans la recherche en particulier), ou de choix personnels (engagement dans les différentes activités hospitalières). Notre Syndicat propose néanmoins certaines bornes.

A l'heure actuelle, un large champ de gestes techniques est dévolu au corps médical [11]. [12]. Les propositions récentes de former des auxiliaires médicaux de type « IDE de pratiques avancées » [13], si elles sont appliquées en Réanimation, pourraient diminuer la charge de travail médical et faire revoir ces « recommandations ». Cependant, le socle de temps médical nécessaire à la garde ne devrait pas être modifié et l'intervention d'auxiliaires médicaux pourrait ne pas avoir d'influence sur les effectifs médicaux nécessaires dans les unités de Réanimation.

L'implication des médecins réanimateurs dans les activités transversales est fréquente, probablement parce qu'elle est naturelle : la diversité des profils des médecins exerçant en Réanimation, le champ large de leurs compétences, leur implication dans la PDS en font des acteurs incontournables des différentes commissions hospitalières, organisationnelles (gardes et astreintes, vie hospitalière, CME, GHT...), voire extra-hospitalière (syndicat, Agence Régionale de Santé, Agence Nationale de Sécurité du Médicament, Haute Autorité de Santé, Sociétés Savantes, Congrès, DPC...) Le temps d'engagement de chaque praticien de Réanimation dans ces activités n'est pas quantifiable *a priori*, mais doit être décompté et intégré dans le calcul de l'effectif d'un service de Réanimation.

La représentation de la Réanimation dans les publications scientifiques internationales, avec un facteur d'impact deux fois supérieur à la moyenne mondiale [4], met en lumière l'engagement de ses médecins dans la recherche. Cet engagement ne peut se faire qu'au prix d'un effectif médical suffisant dans les services de Réanimation français. Là encore, il nous

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

semble important que cette activité soit prise en compte et valorisée par l'allocation d'un temps médical suffisant dans nos services, et ce d'autant qu'au-delà de la notoriété et de l'attractivité que cette activité confère aux services, elle apporte également une manne financière aux hôpitaux via l'émargement aux crédits de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation.

L'effectif médical senior est défini en équivalent temps plein (ETP) de praticien hospitalier. Lorsque le service dispose de praticiens à statut universitaire (CCA, PU-PH, maître de conférences, professeur hospitalo-universitaire), leur temps universitaire doit être réservé aux activités d'enseignement et de recherche. Leur temps hospitalier représente alors un demi-équivalent temps-plein (ETP).

Une proportion de praticiens en formation ou non titulaires (assistant, PH contractuel, praticien en cours de qualification en Réanimation) est utile au renouvellement des effectifs mais ne devrait pas excéder le tiers de l'effectif senior. Le recours à des praticiens extérieurs au service doit répondre aux mêmes critères de compétence que ceux exigés des praticiens réanimateurs. Le recours à des praticiens intérimaires n'est utile qu'en cas de difficultés passagères (maternité, maladie, détachement, mobilité, congé exceptionnel d'un membre de l'équipe par exemple) ou de manque d'attractivité d'un service ou d'un établissement. Il doit être limité dans le temps pour ne pas impacter la nécessaire continuité des soins et la cohérence du travail en équipe. Un service qui aurait systématiquement recours à des praticiens intérimaires doit être considéré comme un service « en crise » de recrutement. Enfin, une pyramide des âges élevée est une situation à risque, parce que le renouvellement des effectifs est difficile à réaliser, et parce qu'une activité nocturne soutenue est difficile pour beaucoup de praticiens au-delà de 55 ans.

L'organisation du temps de travail qui favorise la mémorisation des différents événements cliniques au cours du séjour et leur synthèse, c'est-à-dire qui fragmente le moins possible la prise en charge du patient et de ses proches entre les différents médecins, est un point fondamental de la qualité des soins et de la prévention des incidents et événements indésirables. Il est de ce fait préférable qu'un senior référent soit désigné par secteur du service et par patient sur un temps suffisamment long pour couvrir les durées habituelles de séjour.

1
2 Ces propositions d'effectifs médicaux pour les services de Réanimation correspondent à une
3 analyse objective par des professionnels de terrain et doivent être prises en compte par les
4 tutelles et les administrations hospitalières.
5
6
7
8

9 **Conclusion**

10 Le travail en Réanimation et Surveillance Continue est polymorphe, clinique et non clinique,
11 et doit couvrir au minimum la permanence des soins et assurer une transmission des
12 informations de bonne qualité (continuité) pour la sécurité des patients. Il doit être acceptable
13 tout au long de la carrière d'un praticien malgré les contraintes physiques et psychologiques
14 de l'exercice. Les équipes dont les effectifs sont insuffisants peuvent générer des revenus
15 individuels supplémentaires par la rémunération du temps de travail additionnel pour les
16 réanimateurs qui le souhaitent, mais n'induisent pas de bénéfice financier substantiel pour les
17 établissements de santé et exposent au risque majeur de désintégration des équipes
18 concernées qui seront alors difficiles à reconstruire. Notre syndicat encourage toutes les
19 initiatives, issues des praticiens, des gestionnaires ou des autorités de tutelles, qui
20 permettront d'aboutir à ce que la totalité des services autorisés à exercer la Réanimation
21 soient animés par des équipes dont le volume et la qualité suit les principes exposés ici.
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Références

1. Annane D, Diehl J-L, Drault J-N, Farkas J-C, Gouello J-P, Fourrier F, et al. Démographie et structures des services de réanimation français (hors réanimation chirurgicale): état des lieux. *Réanimation*. 2012;21:540–61.
2. Communiqué SFAR ARTT Réanimation 2002.pdf [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: <http://www.snmrhp.org/Data/pdf/Communique%C3%A9%20SFAR%20ARTT%20R%C3%A9animation%202002.pdf>
3. Valentin A, Ferdinande P, ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med*. 2011;37:1575–87.
4. Production scientifique des CHU 2006-2015. Conseil National de la Coordination de la Recherche [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.cncr.fr/wp-content/uploads/2018/01/CNCR_Bibliome%CC%81trie2017_pp.pdf
5. Voies de qualification des spécialités médicales. Rapport du CNOM 2017.pdf [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/voies_de_qualif_specialites_2017_0.pdf
6. Laurent A, Capellier G. Stress professionnel en médecine intensive réanimation, de quoi parle-t-on ? Schnell D, Charles P-E, editors. *Médecine Intensive Réanimation*. 2018;27:75–9.
7. Couty E. Rapport à l'attention de Madame Agnès BUZYN Ministre des Solidarités et de la Santé. :12.
8. Fourrier F, Boiteau R, Charbonneau P, Drault J-N, Dray S, Farkas J-C, et al. Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations. *Réanimation*. 2012;21:523–39.
9. Décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers. 84-131 Feb 24, 1984.
10. Directive Européenne 2003/88/CE sur l'aménagement du temps de travail [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:299:0009:0019:fr:PDF>
11. Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation. *Réanimation*. 2011;20:737–46.
12. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 Jul 18, 2018.

16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tableau

Titre

Proposition de présence effective selon le nombre de lits, le type de plage horaire (jour ouvré, PDS ou CDS), et les caractéristiques d'accueil de médecins en formation (internes)

Nombre de lits total (réa/USC)		15 lits (10/5)					21 (14/7)					27 (18/9)				
Internes en stage		Jour ouvré			CDS *		PDS *		Jour ouvré			CDS *		PDS *		
		Seniors	Seniors	Internes	Seniors	Internes	Seniors	Seniors	Internes	Seniors	Seniors	Internes	Seniors	Seniors	Internes	
0		3	2	NA *	1	NA	4	2	NA *	1	NA	5	3	NA *	2	NA
< 5		3	2	1	1	Liste incomplète	4	2	1	1,5 **	Liste incomplète	5	3	1	1,5 **	Liste incomplète
≥ 5		3	1	1	1	1	4	2	2	1	1	5	2	2	1,5 **	1

Légende

* USC : Unité de Surveillance Continue; NA : non applicable; CDS : continuité des soins, matinées des samedis, dimanches et jours fériés; PDS : permanence des soins : nuits et après-midis des samedis, dimanches et jours fériés
** 1,5 : une garde renforcée par une demi-garde ou une astreinte opérationnelle



Click here to access/download

Conflict of Interest
DCI Misset.pdf





[Click here to access/download](#)

**Conflict of Interest
DPE Misset.pdf**