COLLEGE DES ENSEIGNANTS
DE MEDECINE INTENSIVE
REANIMATION

Démographie des réanimations françaises, enquête 2021 - État des lieux hors pandémie

Collège des Enseignants de Médecine Intensive Réanimation

Conseil d'administration :
Stephan EHRMANN (président)
Christophe GUITTON (vice-président)
Nadia AISSAOUI (secrétaire)
Nicolas TERZI (secrétaire)
Gilles CAPELLIER (trésorier)
Christophe VINSONNEAU (trésorier adjoint)
Membres élus :
Wulfran BOUGOUIN
Nicolas DEYE
Boris JUNG
Khaldoun KUTEIFAN
Charles-Edouard LUYT
Thierry VANDERLINDEN
Représentants du CNU :
Elie AZOULAY
Laurent ARGAUD
Muriel FARTOUKH
Alain MERCAT
Jean-Damien RICARD
Carole SCHWEBEL

Groupe de travail démographie :
Wulfran Bougouin, Hôpital privé Jacques Cartier - Massy
Nicolas Deye, APHP
Christophe Guitton, CH Le Mans
Stephan Ehrmann, CHRU Tours
Boris Jung, CHU Montpellier
Hatem Kallel, CH Cayenne
Khaldoun Kuteifan, CH Mulhouse
Charles-Edouard Luyt, APHP
Grégoire Muller, CHR Orléans
Nicolas Terzi, CHU Grenoble
Thierry Vanderlinden, Hôpital Saint Philibert Lille
Christophe Vinsonneau, CH Béthune

Résumé / Chiffres clés

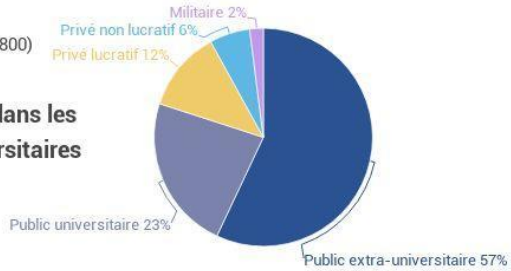
Enquête menée auprès de 299 réanimations en France, relevant les données hors ajustement conjoncturels liés à la pandémie (hors réanimations chirurgicales et réanimations pédiatriques), représentant 4337 lits de réanimation soit 85% du parc de lits de réanimation en France. La majorité des services et des lits de réanimation sont situés dans les établissements de santé du secteur public extra-universitaire (58%). 13% des services fonctionnent avec une partie de leurs lits fermés. En dix ans, on note une augmentation du nombre de patients pris en charge annuellement dans les services de réanimation avec une diminution de la durée de séjour en réanimation malgré une gravité des patients inchangée. La quasi-totalité des services de réanimation dispose dorénavant d'une unité de surveillance continue adossée. Deux mille trois cent cinquante médecins réanimateurs exercent dans ces services (2100 équivalents temps plein: ETP). Plus d'un service sur deux a au moins un poste médical vacant (3/4 des services dans le secteur public extra-universitaire ont des postes vacants) : ainsi **329 ETP médicaux sont vacants en réanimation en 2021 (doublement en 10 ans)**. Près de la moitié des services extra-universitaires publics font appel à l'intérim médical. Ce déficit de ressources humaines médicales induit une surcharge de travail importante pour **les praticiens qui en moyenne sont de garde de nuit tous les 5 jours et travaillent un week-end sur deux**. Il convient d'ajouter à ce déficit démographique important, **les départs en retraite estimés à 70 dans l'année à venir et à plus de 300 praticiens à échéance de 5 ans**. La féminisation de la profession, le développement de l'exercice de la réanimation à temps partiel, l'essor de la quantification du temps de travail en temps continu au cours des 10 dernières années, tous objectivés dans la présente enquête, amènent à anticiper des besoins croissant de formation de médecins réanimateurs dans les années à venir. La disponibilité de terrains de stage de formation en réanimation est insuffisamment exploitée avec un **potentiel de 300 terrains de stage supplémentaires disponibles nationalement chaque semestre**. L'augmentation rapide du nombre d'étudiants formés à la réanimation dans des proportions très significatives est indispensable afin d'enrayer la dégradation autrement inéluctable de la situation démographique des réanimations françaises dont les implications en termes de santé publique ne manqueront pas de se manifester et ce en dehors de toute crise sanitaire. La filière de formation de médecine intensive réanimation accueille actuellement moins de 1% des étudiants entrant dans le 3ème cycle des études médicales. Cette filière constitue un volant d'action efficace dont il faut se saisir en urgence pour augmenter le nombre de réanimateurs formés et amenés à exercer de façon continue et pérenne en réanimation.

Enquête sur 299 réanimations française (**hors pandémie COVID**)*

Hôpitaux avec un service de réanimation

470 lits MCO (IQR 348-800)

57% des services se situent dans les hôpitaux publics extra-universitaires



Le service de réanimation type

12 lits (IQR 10-16)
Réanimation

572 patients (IQR 417-840)
de réanimation admis par service / an

7 jours (IQR 6-8)
Durée de séjour des patients

+ 6 lits (IQR 5-10)
Surveillance continue adossés

Ressources humaines médicales

2350 médecins
exercent en réanimation

6 ETP / service (IQR 5-8) **+ 1 ETP vacant**
(2 dans les services extra-universitaire publics)

329 postes vacants
Postes financés mais non pourvus en France

57% des services ont un poste vacant
Ensemble des services en France

76% des services des hôpitaux publics extra-universitaires ont un poste vacant

1/3 de femmes
50% des réanimateurs de moins de 40 ans sont des réanimatrices

Temps plein exclusif en réanimation

327 réanimateurs > 60 ans
Départs à la retraite dans les 5 ans

36% des services font appel à l'**intérim médical**
47% en secteur public extra-universitaire

Capacités de formation

90% des services de réanimation accueillent des étudiants du 3ème cycle des études médicales (internes)

300 terrains de stages supplémentaires disponibles chaque semestre pour former plus d'étudiants

> 8000 étudiants entrent chaque année dans le 3ème cycle des études médicales (specialisation)

< 1% des postes ouverts en Médecine Intensive Réanimation

L'augmentation du nombre de postes ouverts dans la filière de Médecine Intensive Réanimation est le moyen le plus simple et le plus rapide pour augmenter de façon significative le nombre de médecins pratiquant la réanimation de façon pérenne et continue

*Enquête réalisée auprès de tous les services de réanimation français, hors réanimations spécifiquement chirurgicale et pédiatriques. L'enquête couvre 85% des réanimation recensées dans la statistique annuelle des établissements (www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm)

Table des matières :

Résumé / Chiffres clés **3**
Méthodes : **10**
Résultats : **12**
Description des services répondeurs : **12**
Effectifs médicaux : **15**
Données globales : 15
Vacances de postes médicaux : 15
Permanence des soins et organisation du temps de travail 18
Données individuelles : 18
Pyramide des âges : 18
Formation et inscription des praticiens au conseil de l'ordre des médecins 20
Analyse de l'exercice à temps partiel : 21
Accueil des internes en stage / Capacités de formation : **24**
Focus hôpitaux publics extra-universitaires : **25**
Interprétation et perspectives : **26**
Principaux résultats : **26**
Limites de l'enquête : **27**
Évolution de la situation en dix ans : **28**
Caractéristiques structurelles des services 28
Activité des services 29
Ressources humaines médicales et postes vacants 29
Démographie médicale et départ en retraite 29
Organisation du temps de travail 30
Accueil des internes et capacité de formation 30
Perspectives à dix ans : **30**
Capacités de formation de réanimateurs : 30
Développement du temps partiel et du temps partagé : 31
Extension du calcul du temps de travail en temps continu : 32
Evolution des normes de dotation en ressources humaines médicales des services de réanimation : 33
Augmentation de l'offre de soins de réanimation : 34
Conclusions : **35**
Annexe : Questionnaire de l'enquête **37**

Introduction :

Les services de réanimation sont répartis sur l'ensemble du territoire national tant dans des centres hospitaliers publics que privés ou militaires, universitaires et extra-universitaires. **Les services de réanimation prennent en charge des patients présentant des défaillances d'organes mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant le recours à des techniques de suppléances d'organes** comme par exemple l'assistance respiratoire, le support cardiovasculaire, l'épuration extra-rénale… L'activité de réanimation est fortement réglementée[1] et est soumise à autorisation. La France compte 316 établissements de santé autorisés à la réanimation. La statistique annuelle des établissement (SAE)[2] établit au 31 décembre 2019 un total de **5080 lits de réanimation adulte avec en regard 2138 médecins exerçant en réanimation**.

En Europe, les services de réanimation ont une organisation dite "fermée" (traduction de l'expression anglo-saxonne "closed-units"), dans le sens où ils sont sous la responsabilité et y exercent exclusivement des médecins réanimateurs. **Ce modèle d'organisation a montré son bénéfice par comparaison au modèle de services n'étant pas placés sous la responsabilité de réanimateurs et comportant des praticiens sans exercice exclusif et quotidien de la réanimation** ("open units")[3]. On distingue plusieurs types d'unités de réanimation. Les établissements de grande taille, le plus souvent des centres hospitaliers universitaires, peuvent comporter plusieurs services de réanimation, on y distingue alors fréquemment des services à orientation chirurgicale, ayant vocation à prendre en charge des patients en période péri-opératoire avec parfois des unités spécialisées sur certains types des chirurgies (réanimation de chirurgie cardiaque ou de neurochirurgie, par exemple) et des service à orientation médicale prenant en charge les patients présentant des pathologies médicales graves (infections, états de chocs, intoxication, comas…). La majorité des établissements ne comportent qu'un service de réanimation dont l'activité est alors polyvalente.

---

[1] - Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique. NOR : MESH0220983D
- 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. NOR : SANH0330569C

[2] https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm

[3] Yang Q et al. Mortality rate and other clinical features observed in open vs closed format intensive care units: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2019;98:e16261. doi: 10.1097/MD.0000000000016261

Plusieurs parcours de formation initiale peuvent conduire à l'exercice du métier de médecin réanimateur : le Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire de type II qualifiant (DESC) de réanimation permettait à des praticiens ayant une formation initiale dans différentes spécialités[4] d'exercer la réanimation. Il a été remplacé en 2017 par le Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Intensive Réanimation (DESMIR) à l'occasion de la réforme du 3ème cycle des études médicales. Le Diplôme d'Études Spécialisées d'Anesthésie-Réanimation (DESAR) permet d'exercer de façon concomitante ou séquentielle au cours d'une carrière tant l'anesthésie au bloc opératoire que la réanimation. Enfin, un certain nombre de praticiens exercent la réanimation après qualification par le conseil de l'ordre des médecins, sans formation initiale dédiée.

Cette multiplicité des voies d'accès à l'exercice de la réanimation rend l'évaluation de la démographie médicale des services de réanimation complexe et imprécise dans l'ensemble de bases de données administratives disponibles (SAE, Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), Inscription Ordinale, …). Ainsi la SAE ne permet pas de déterminer les voies de formation suivies par les 2138 médecins comptabilisés comme exerçant en réanimation. Au-delà, cela rend le pilotage quantitatif des filières de formation menant à la réanimation aléatoire. En 2011, le collège des enseignants de médecine intensive réanimation a mené un travail de terrain détaillé afin d'établir un panorama de la démographie médicale des réanimations, en dépassant les limites des bases de données existantes[5]. Le constat d'un manque de médecins réanimateurs avait alors été fait ainsi que la nécessité d'organiser une filière de formation dédiée conduisant à un diplôme spécifique de réanimateur.

En 2017, la réforme du 3ème cycle des études médicales[6] a créé une telle filière de formation à l'exercice exclusif et pérenne de la réanimation au travers du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Intensive Réanimation (DESMIR). Après 5 ans de formation dans le cadre du DESMIR, les premières générations de médecins intensivistes réanimateurs arriveront sur le marché du travail en novembre 2022. Ainsi, suite à la suppression du DESC de réanimation, seules 2 filières de

[4] Anesthésie-réanimation, Cardiologie, Endocrinologie, Gastroentérologie et hépatologie, Dermatologie, Hématologie, Médecine interne, Médecine physique et de réadaptation, Néphrologie, Neurologie, Oncologie, Pédiatrie, Pneumologie, Rhumatologie, Chirurgie générale. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine. NOR: MENS0402087A.

[5] Annane D. Démographie et structures des services de réanimation français (hors réanimation chirurgicale) : état des lieux. Réanimation (2012) 21:S540-S561. DOI 10.1007/s13546-013-0647-6

[6] Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. NOR: MENS1708241A

formation initiale permettent dorénavant d'accéder à l'exercice de la réanimation : le DESMIR d'une part, formant les étudiants à l'exercice exclusif, continu et pérenne de la réanimation, et le DESAR d'autre part, formant les étudiants à l'exercice de l'anesthésie et de la réanimation. Bien que les choix de carrières des étudiants du DESAR, entre un exercice exclusif de l'anesthésie au bloc opératoire, un exercice exclusif de la réanimation ou une pratique mixte soit difficilement prévisible et évolue en cours de carrière[7], **la réforme du 3ème cycle des études médicales, par la filiarisation claire de la formation des réanimateurs et la création du DESMIR, offre les outils nécessaires à un pilotage précis de la démographie médicale** des services de réanimation. Le nombre d'internes entrant dans les filières DESMIR et DESAR et donc le nombre de médecins formés au terme des 5 ans de formation est fixé chaque année par arrêté ministériel (Tableau 1). Pour leur formation pratique au lit du patient, les services de réanimation accueillent à l'occasion de stages de 6 mois des étudiants du DESMIR et du DESAR à plusieurs reprises durant les 5 ans de formation. Enfin, un certain nombre d'étudiants d'autres spécialités sont accueillis pour un stage le plus souvent unique de 6 mois de découverte de la réanimation imposé par la maquette de formation de certaines spécialités. À nouveau, les possibilités d'offre de terrains de stage en réanimation ainsi que leur occupation par les étudiants de diverses spécialités sont connues de façon imparfaite à l'échelle nationale.

Tableau 1 : Nombre de postes ouverts annuellement dans les filières de formation à la réanimation

	DESMIR	DESAR	Nombre total d'étudiants au choix
2017	64 (0,8%)	450 (5,4%)	8281
2018	72 (0,8%)	470 (5,4%)	8622
2019	72 (0,8%)	470 (5,5%)	8507
2020	74 (0,9%)	468 (5,6%)	8288

Chiffres indiqués hors postes offerts aux étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public. Les pourcentages indiquent la proportion par rapport au nombre total d'étudiants au choix entrant en 3ème cycle des études médicales.

[7] Orientation des internes d'anesthésie-réanimation en fin de cursus, une enquête démographique nationale de 2012 à 2015. Mémoire pour l'obtention du DES d'Anesthésie-Réanimation. http://medias.desar.org/Memoires-Theses/Memoires/2016/c_Guillouet_Marion_web.pdf

Une connaissance précise de la situation démographique médicale des services de réanimation est indispensable pour éclairer le pilotage du nombre d'étudiants à former chaque année à la réanimation.

L'objectif de la présente enquête est de faire un **état des lieux des services de réanimation en France, dix ans après l'enquête princeps menée par le collège de médecine intensive réanimation, en décrivant les structures et l'activité ainsi que les ressources humaines médicales et les capacités d'offre de terrains de stage, en se limitant au champ de compétence du collège des enseignants de médecine intensive réanimation et d'exercice futur des titulaires du DESMIR** (exclusion des réanimations spécifiquement chirurgicales et des réanimations pédiatriques).

Méthodes :

L'enquête a été conduite à l'aide d'un questionnaire électronique à remplir en ligne adressé à chaque service de réanimation, via son chef de service ou son responsable administratif.

Le questionnaire a été rédigé et validé par le conseil d'administration du collège des enseignants de médecine intensive réanimation avec l'aide d'un groupe de travail dédié. Ce questionnaire comportait 3 volets principaux (Annexe). Un premier visait à colliger les données structurelles, organisationnelles et d'activité des services de réanimation au sein de leur institution et de son plateau technique. Un second volet recueillait les données démographiques médicales globales, pour les médecins seniors, en se focalisant sur les postes non pourvus, ainsi que pour les internes en analysant les capacités de formation. Les postes vacants de médecin sénior ont été déterminés par soustraction entre l'effectif cible du tableau des emplois médicaux (effectif du service tel que validé par la direction de l'établissement de soin et ouvert et budgété au niveau du centre national de gestion) et les emplois effectivement pourvus, que ce soit par un médecin praticien hospitalier titulaire ou par un praticien sur un poste non titulaire (assistants, praticiens contractuels, …). L'organisation de la permanence des soins était également décrite. Enfin dans un troisième volet, les données individuelles des médecins senior exerçant au sein de ces services étaient détaillées, concernant en plus des données démographiques leur formation initiale, leur filière de formation pour exercer la réanimation, et leur inscription d'exercice au conseil de l'ordre des médecins. Il était précisé à chaque volet que les données requises devaient être renseignées **"hors du contexte pandémique Covid"**.

Cette enquête et le traitement des données qui en découlent ont été déclarées et mises en conformité selon le Règlement Général de Protection des Données.

La liste des services a été déterminée en se concentrant sur les services de réanimation, en France métropolitaine et d'Outre-mer, de type "Adulte", à l'exclusion des services de réanimation chirurgicale (spécialisée ou non) au sein des départements d'anesthésie réanimation. Ainsi 299 services de réanimation ont été identifiés comme constituant le périmètre de l'enquête. Les unités de surveillance continue (USC) isolées, c'est-à-dire non directement adossées à un service de réanimation, ont également été exclues de l'enquête. Tous les types d'établissement de soins ont été considérés, structures publiques universitaires ou extra-universitaires, privées à but lucratif ou non (ESPIC), ainsi

que militaires. La liste des services a été validée région par région par les correspondants régionaux composant le groupe de travail, aidés par les coordonnateurs régionaux du DESMIR. Le travail a également consisté en l'identification de chaque responsable de service.

Les résultats de l'enquête fournis par les services répondeurs ont, lorsque cela était pertinent, été extrapolés à l'ensemble du périmètre des services de l'enquête en effectuant une règle de trois à l'échelle nationale.

Le questionnaire a été adressé par mail pour la première fois au début du mois de janvier 2021. En l'absence de réponse, au moins 2 relances par courrier électronique ont été réalisées (février et mars 2021) ainsi qu'une relance téléphonique. La base de données a été gelée à la date du 15 avril 2021.

Les données analysées concernent donc le semestre de novembre 2020 à avril 2021 et permettent de faire un **état des lieux des réanimations françaises hors pandémie COVID** (relevé spécifiquement précisé de données hors ajustement conjoncturels liés à la pandémie) .

Résultats :

Description des services répondeurs :

Parmi les 299 services de réanimation adulte identifiés, 242 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponses de 81%. **La majorité des services de réanimation étaient localisés dans des centres hospitaliers publics extra-universitaires (57%)** et universitaires (23%). Les autres services participant à l'enquête étaient issus des établissements privés à but lucratif (12%), non lucratif (n=6%) et des hôpitaux du service de santé des armées (2%). Les établissements comportant un service de réanimation ont 470 lits de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en médiane (écart interquartiles, *Inter Quartile Range,* IQR : 348-800). L'activité médico-chirurgicale est majoritaire (85% des unités). **Le nombre médian de lits par service de réanimation est de 12** (IQR 10-16) comparable entre sites publics extra-universitaires (11 lits IQR : 8-14) et établissements privés à but lucratif (10 lits IQR 10-14), il est plus élevé dans les établissements universitaires (19 lits IQR : 15-24); 24,1% des services répondants déclarent moins de 10 lits de réanimation (Figure 1). Les services répondant représentent une offre de soin extrapolée de 4337 lits de réanimation (dont 2500 dans les centres hospitaliers publics extra-universitaires : 58%) sur le périmètre national de l'enquête de 299 services. À noter que 13% des services répondants fonctionnent avec une partie de leurs lits fermés. Les effectifs paramédicaux sont de 34 infirmiers diplômés d'État (IDE) par service en médiane (IQR 27-50) avec 20% des services pour lesquels le ratio IDE/Patient est supérieur au ratio de 2 IDE pour 5 patients, c'est-à-dire fonctionnant avec un nombre d'infirmiers inférieur à la réglementation[8].

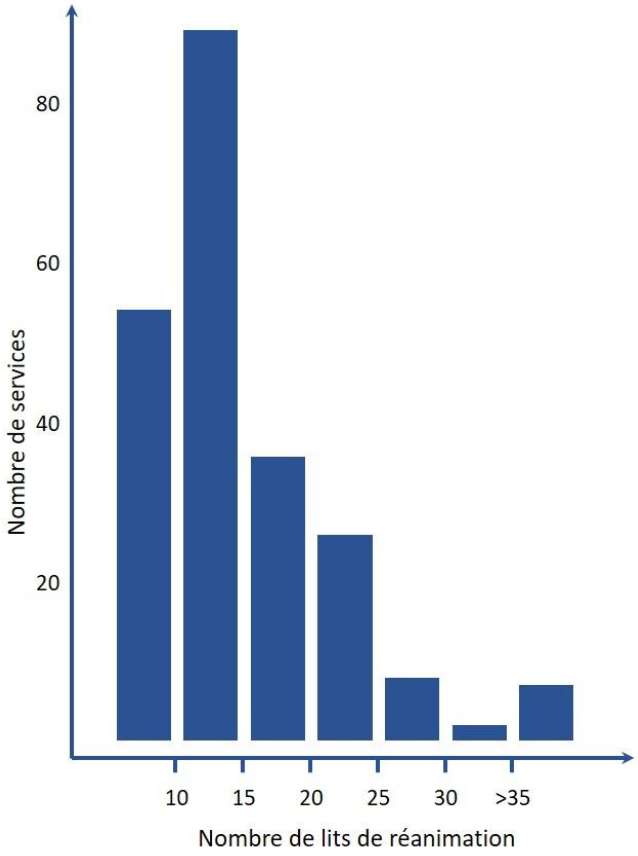
En médiane, **les services de réanimation admettent 572 patients par an et par service** (IQR 417-840) en progression de 28% par rapport à l'enquête précédente menée en 2011[9]. En parallèle, on note une diminution de 12% de la durée médiane de séjour qui est désormais de 7 jours (IQR 6-8). Le

[8] - Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique. NOR : MESH0220983D
- 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. NOR : SANH0330569C

[9] Annane D. Démographie et structures des services de réanimation français (hors réanimation chirurgicale) : état des lieux. Réanimation (2012) 21:S540-S561. DOI 10.1007/s13546-013-0647-6

score IGSII[10] qui mesure la gravité de l'atteinte des patients à l'admission est stable entre les deux enquêtes avec une valeur médiane à 46 (IQR 42-49).

Figure 1 : Distribution du nombre de lits de réanimation par service

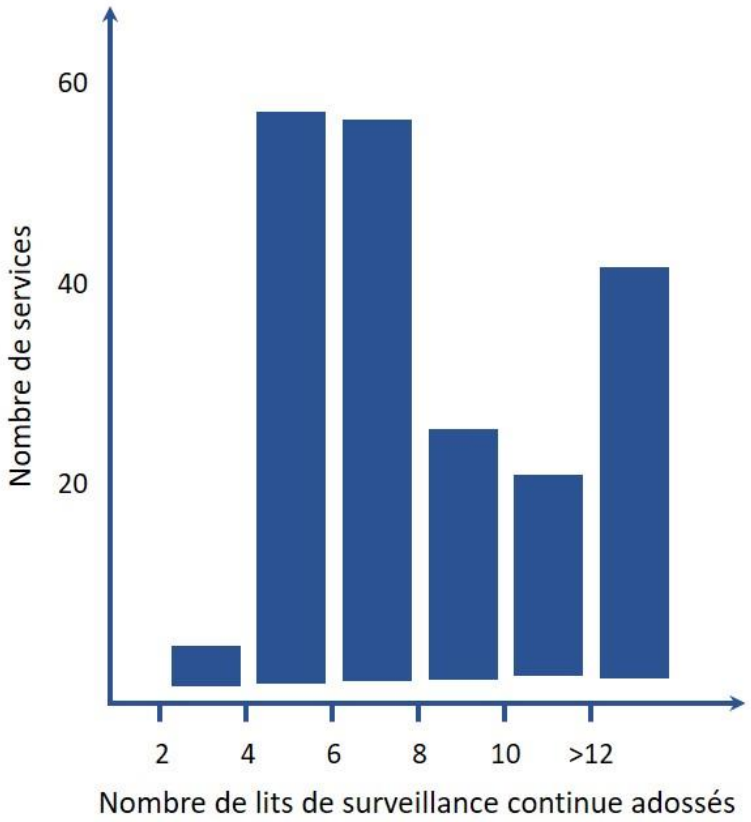


La quasi-totalité des services disposent d'une Unité de Surveillance Continue (USC) adossée à l'unité de réanimation (93% des services, soit une augmentation relative de 26% par rapport à l'enquête précédente). Il s'agit de lits à proximité immédiate de la réanimation et dont le fonctionnement en termes de ressources humaines médicales et non médicales est mutualisé avec la réanimation. Les lits des USC adossés aux réanimations représentent une totalité de 2335 lits, par extrapolation au périmètre des 299 services de l'enquête. On compte en médiane **6 lits (IQR 5-10) d'USC par service** (Figure 2), un peu supérieur dans les centres hospitaliers publics universitaires (8

[10] Le Gall JR. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA : the journal of the American Medical Association 1993;270(24):2957 2963.

lits IQR 6-14) que extra-universitaires (6 lits IQR 4-8). Les établissements privés à but lucratif déclarent en médiane 12 lits d'USC (IQR 10-15) par structure.

Figure 2 : Distribution du nombre de lits d'unité de surveillance continue (USC) adossée par service de réanimation



Le plateau technique des établissements comportant une réanimation est décrit dans le Tableau 2.

La grande majorité des services interrogés disposent, dans leur centre, d'au moins une IRM, d'une unité de soins intensifs cardiologiques sans différence entre centres hospitaliers publics universitaires et extra-universitaires. On note que plus de la moitié des services ont également un accès direct à un plateau technique de coronarographie et d'une unité neurovasculaire sans différence entre centres hospitaliers publics universitaires et extra-universitaires. Le recours possible à un plateau technique de neurochirurgie, de radiologie interventionnelle, de chirurgie cardiaque est plus fréquent dans les centres hospitaliers universitaires.

Tableau 2 : Plateau technique des établissements de santé comportant une réanimation

	Ensemble des services	Services des structures publiques extra-universitaires
IRM 24/7	78,2%	79,2%
Unité neurovasculaire 24/7	57,3%	64%
Neurochirurgie 24/7	21,4%	5,9%
Unité de soins intensifs cardiologiques	80,8%	84,4%
Salle de coronarographie	58,3%	50,8%
Chirurgie cardiaque	19,4%	2,5%
Radiologie interventionnelle 24/7	42,9%	16,6%

Les chiffres indiquent le pourcentage de services répondant dont l'établissement de santé comporte l'équipement mentionné. IRM : imagerie par résonance magnétique; 24/7 : équipement disponible 24h sur 24 et 7 jours sur 7

Effectifs médicaux :

Données globales :

Au sein des 207 services ayant répondu aux questions concernant les ressources humaines médicales, travaillent effectivement 1432 équivalents temps plein (ETP) médicaux, représentant 1615 personnes physiques. Par extrapolation, on compte ainsi en France, **2350 médecins soit 2100 ETP exerçant dans les 299 services de réanimation** du périmètre de l'enquête. Les effectifs médicaux sont de **6 ETP par service en médiane (IQR 5-8)**, effectif similaire entre les établissements de santé.

Vacances de postes médicaux :

Cinquante-sept pour cent des services et 76% des services des centres hospitaliers publics extra-universitaires déclarent une vacance de poste médical soit, par extrapolation une totalité de 329 ETP médicaux vacants, répartis sur le territoire (Tableau 3). La vacance de poste est de 0,7 ETP en médiane (IQR 0-2) par service. Il faut noter que ce déficit en ETP est porté à 1,4 (IQR 0,2-2,5) dans les centres hospitaliers publics extra-universitaires. Parmi les services avec des postes vacants,

le nombre d'ETP vacants médian est de 1,9 ETP (IQR 1-2,5) représentant en médiane 22% (IQR 14%-33%) de l'effectif cible du tableau des emplois médicaux. Ainsi, 25% des services ont plus de 2,5 ETP vacants et/ou plus de 30% de leur tableau d'emplois médicaux vacants. Parmi les services du secteur public extra-universitaire avec des postes vacants, ces chiffres sont de 2 ETP vacants en médiane (IQR 1-2,5), représentant 25% (IQR 14%-33%) des effectifs requis. Pour pallier ce déficit médical, **36,2% des services ont fait appel à des intérimaires médicaux** au cours de l'année (hors pandémie COVID), **47% des services des centres hospitaliers extra-universitaires on fait appel à l'intérim.**

Figure 3: Distribution du nombre de postes vacants au sein des services

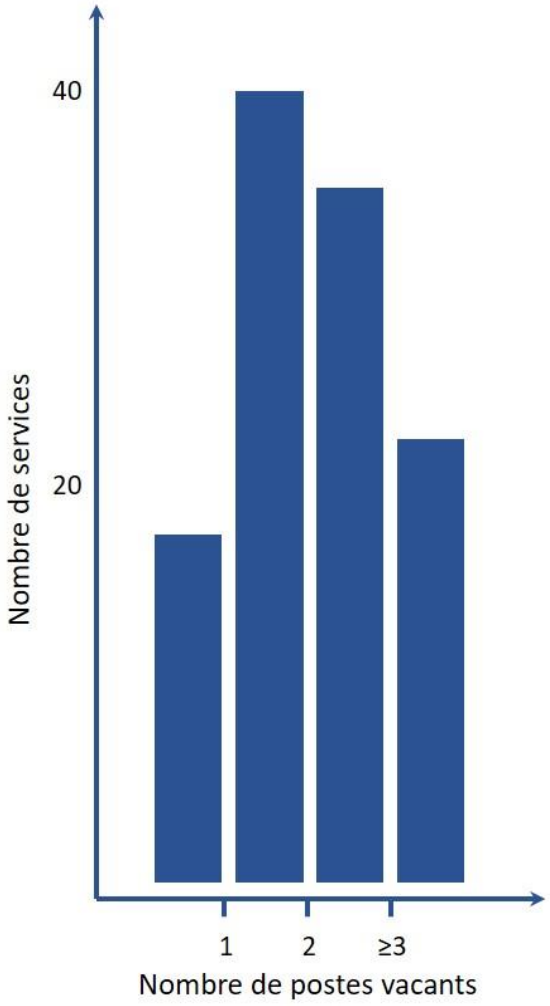


Tableau 3 : Répartition régionale des postes de médecins réanimateurs vacants et des départs en retraite

	Postes vacants déclarés*	Départs à la retraite dans les 5 ans**
AUVERGNE RHÔNE ALPE	24	19
BOURGOGNE FRANCHE COMTE	14	8
BRETAGNE	3	6
CENTRE VAL DE LOIRE	13	9
GRAND EST	10	10
HAUTS DE FRANCE	39	17
ÎLE DE FRANCE	30	26
NORMANDIE	5	5
NOUVELLE AQUITAINE	19	10
OCCITANIE	31	16
OUTRE-MER	11	3
PAYS DE LA LOIRE	9	6
PACA/CORSE	20	20
Total déclaré par les services répondants	**228*** **	**155*** **
Total extrapolé au périmètre de l'enquête (n=299 services)	**329**	**246**

*Les postes vacants sont calculés en faisant la soustraction entre le nombre d'équivalents temps plein (ETP) médicaux cible tel qu'inscrit au tableau des emplois médicaux du service (c'est-à-dire validés par la direction de l'établissement et financés par le centre national de gestion) et le nombre de médecins (qu'ils soient titulaire ou non) exerçant réellement dans le service.
L'effectif cible sous-estime les besoins en praticiens, dans la mesure où il est en général très inférieur aux recommandations européennes et que les chefs de service avec des postes vacants s'emploient en priorité à pourvoir ces postes avant d'augmenter l'effectif cible, les postes vacants affichés représentant un facteur de perte d'attractivité pour le service.
**Les chiffres de départs à la retraite prévus dans les cinq ans sont tels que déclarés par le chef de service. En se fondant sur les données individuelles d'année de naissance et un âge moyen de départ à la retraite de 65 ans, 327 praticiens seront amenés à prendre leur retraite dans les 5 ans. A noter que 32,2% des praticiens exercent en réanimation sur un statut non titulaire avec en conséquence un turn-over de postes à pouvoir nettement supérieur aux seuls départs à la retraite.
***n=207 services répondeurs pour les postes vacants et n=188 services répondeurs pour les départs en retraite.

Permanence des soins et organisation du temps de travail

La permanence des soins est une caractéristique forte et légale des services de réanimation en France, il s'agit d'assurer un présence médicale 24h sur 24 et 7 jours sur 7 afin de prendre en charge les patients dont le pronostic vital est engagé à court terme. Cent trente-huit services (56%) déclarent faire appel à des médecins extérieurs pour participer au tableau de garde, ces renforts réalisent alors 4 gardes par mois (IQR 2-8). Tenant compte des effectifs réels et cibles et de la permanence des soins imposant un médecin 24h/24 dans les services, **on peut estimer qu'un médecin donné sera de garde tous les 5 jours en moyenne et sera présent un à deux week-ends par mois** dans le service.

Alors que dans l'enquête démographique de 2011 le temps de travail était organisé en demi- journées de manière exclusive, **le calcul du temps de travail est désormais comptabilisé en temps continu dans 55% des services** (64% des services des centres publics extra-universitaires). Ce mode de décompte du temps de travail est à ce jour dérogatoire et soumis à approbation de la direction de l'établissement pour la réanimation mais aussi pour l'exercice de l'anesthésie, la médecine d'urgence, l'obstétrique et la néonatalogie. Chaque heure de travail, clinique et non clinique, est décomptée avec un maximum de 48h par semaine, lissée sur 12 semaines. Les heures additionnelles donnant droit au paiement du temps de travail additionnel. **Il faut noter que le temps continu est générateur d'un besoin accru en ETP de 20%**.

Données individuelles :

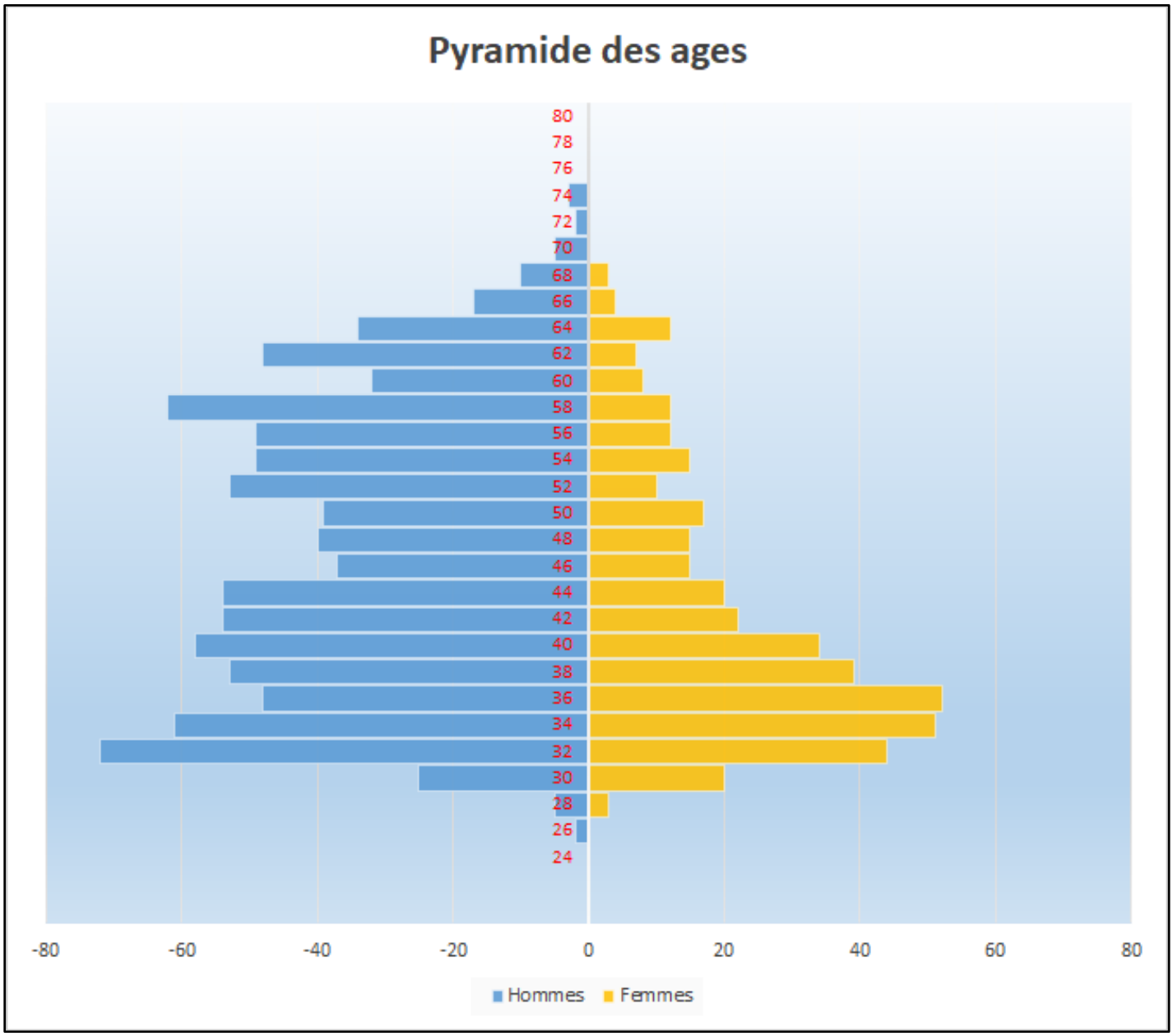
Nous avons pu obtenir, à partir d'un échantillon représentatif de de 1350 médecins travaillant en réanimation, une photographie précise des effectifs.

Pyramide des âges :

À ce jour, le sexe ratio est clairement déséquilibré puisque près de 69% des médecins réanimateurs sont des hommes. Ce sexe ratio semble s'équilibrer dans les catégories d'âge plus jeunes avec **une profession tendant vers la parité pour les praticiens de moins de 40 ans** (Figure 4).

L'âge médian est de 43 ans (IQR 35-54); **36% des médecins ont aujourd'hui plus de 50 ans** (42% chez les hommes, 22% chez les femmes). Près de 12% des médecins ont 60 ans ou plus et s'approchent donc du départ à la retraite : Figure 4.

Figure 4 : Pyramide des âges des praticiens de réanimation



Le nombre de départs prévus à la retraite dans les 5 ans est variable en fonction des régions concernées. Il est ainsi rapporté de 3 en outre-mer à 26 en Île-de-France (Tableau 3, données

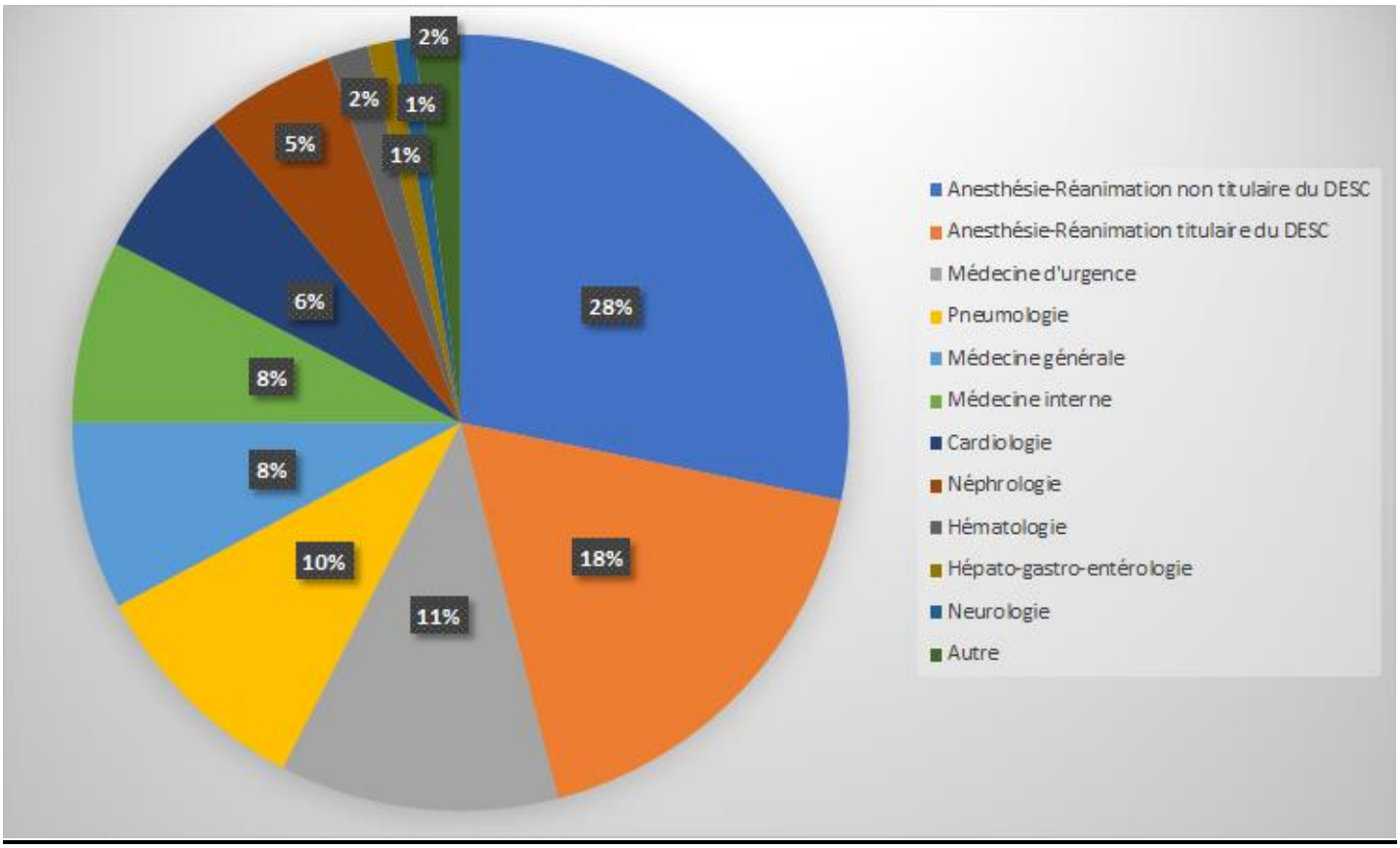
déclaratives des chefs de service). En extrapolant à l'ensemble des services interrogés, on peut anticiper un **départ à la retraite de 70 médecins dans l'année** et de 246 médecins dans les 5 ans en se fondant sur les déclarations des chefs de service. En se fondant sur les données individuelles d'année de naissance et un âge moyen de départ à la retraite de 65 ans, **327 praticiens seront amenés à prendre leur retraite dans les 5 ans**.

Formation et inscription des praticiens au conseil de l'ordre des médecins

Dans l'échantillon des données individuelles, **35,1% des médecins déclarent être inscrits comme médecin réanimateur ou intensiviste réanimateur à l'ordre des médecins**, 33% sont inscrits comme anesthésiste réanimateur, 20,7% dans une spécialité médicale, 7% en médecine d'urgence et 4,2% dans une autre spécialité.

La formation des médecins exerçant la réanimation comprend la validation du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire (DESC) qualifiant en réanimation pour 44% des médecins ayant participé à l'enquête. À noter que parmi ces réanimateurs titulaires du DESC, seuls 52,9% sont inscrits à l'ordre des médecins comme réanimateurs ou médecins intensivistes réanimateurs. Ce point illustre les limites majeures de la base de données RPPS, fondée sur l'inscription ordinale, pour l'évaluation de la démographie médicale des services de réanimation. Les disciplines d'origine des médecins réanimateurs titulaires ou non du DESC sont indiqués dans la Figure 5. Aucun médecin n'est pour l'instant diplômé du nouveau DES de Médecine Intensive Réanimation (DESMIR), ces nouveaux diplômés arrivant au plus tôt sur le marché du travail en novembre 2022.

Figure 5 : Discipline d'origine des médecins réanimateurs



Huit virgule cinq pourcent des praticiens de réanimation ont obtenu leur diplôme dans un autre pays que la France, 67,8% des médecins exercent sur un statut de titulaire (praticien hospitalier temps complet ou partiel), 32,2% exercent sur un statut autre non titulaire.

Analyse de l'exercice à temps partiel :

L'analyse des 1302 réponses individuelles comportant la quotité du temps de travail, le genre et l'âge, ainsi que la mention d'une activité clinique hors réanimation permet une analyse de l'activité à temps partiel des praticiens.

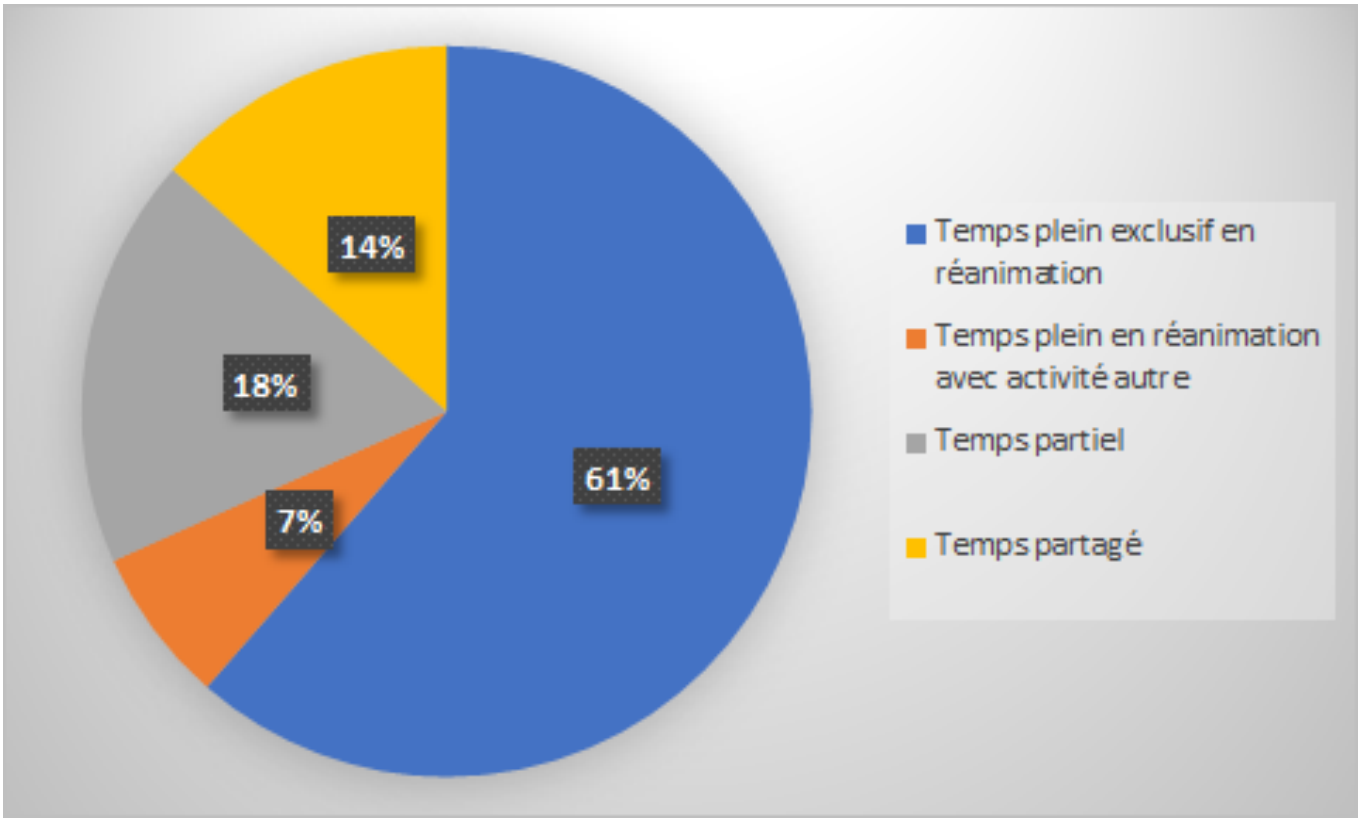
266 praticiens (20,4%) déclarent avoir une activité clinique autre en dehors de la réanimation (urgences, bloc opératoire...).

889 praticiens (68,3%) déclarent travailler à temps plein en réanimation. 90 d'entre eux déclarent néanmoins une activité clinique complémentaire hors réanimation. Ainsi, **61,4% des praticiens**

exercent la réanimation à temps complet de façon exclusive (Figure 6). 237 praticiens (18,2%) déclarent une quotité de temps en réanimation inférieure à 1 ETP et aucune activité clinique hors réanimation, correspondant à une activité clinique à temps partiel. Parmi ces praticiens à temps partiel 156 (11,7%) sont universitaires, leur l'exercice clinique à temps partiel est donc statutaire. Ainsi, **9,1% des praticiens déclarent travailler à temps partiel en réanimation** (quotité de temps en réanimation inférieure à 1 ETP et aucune activité en dehors du service de réanimation) sans être universitaires. Le temps partiel déclaré par ces praticiens est un mi-temps ou une activité moindre (≤ 0,5 ETP) pour 43,2% d'entre eux.

Enfin, **13,5% des praticiens ont un exercice partagé** (n=176), c'est-à-dire un temps partiel en réanimation avec une activité clinique hors réanimation déclarée.

Figure 6 : Modalités d'exercice en réanimation.



L'analyse en fonction de l'évolution de carrière montre une **part croissante de praticiens ayant une activité complémentaire hors réanimation et/ou exerçant la réanimation à temps partiel pour**

les praticiens de plus de 50 ans, mais également pour la jeune génération de moins de 40 ans en début de carrière (Tableau 4).

Tableau 4 : Travail à temps partiel en début, milieu et dernière partie de carrière

	< 40 ans (n=470)	[40 ans - 50 ans] (n=365)	> 50 ans (n=467)
Temps clinique partiel en réanimation (hors temps partagé)	87 (18,5%)	66 (18,1%)	84 (18,0%)
- Dont ≤ 0,5 ETP	71 (15,1%)	39 (10,6%)	63 (13,5%)
- Dont [0,6-0,9] ETP	16 (3,4%)	27 (7,4%)	21 (4,5%)
Temps plein clinique exclusif en réanimation	281 (59,8%)	245 (67,1%)	273 (58,4%)
Temps partagé	77 (16,4%)	30 (8,2%)	69 (14,8)

N=1302 réponses individuelles avec année de naissance et quotité de temps de travail

La répartition du temps de travail en fonction du genre est présentée dans le Tableau 5. **La féminisation de la profession est associée à une proportion plus importante d'exercice à temps partie**l, essentiellement au dépend de l'exercice partagé.

Tableau 5 : Temps de travail et genre

	Femmes (n=378)	Hommes (n=765)
Temps clinique partiel en réanimation (hors temps partagé)	45 (11,9%)	66 (8,6%)
- Dont ≤ 0,5 ETP	15 (4,0%)	33 (4,3%)
- Dont [0,6-0,9] ETP	30 (7,9%)	33 (4,3%)
Temps plein clinique exclusif en réanimation	262 (69,3%)	526 (68,8%)
Temps partagé	44 (11,6%)	104 (13,6%)

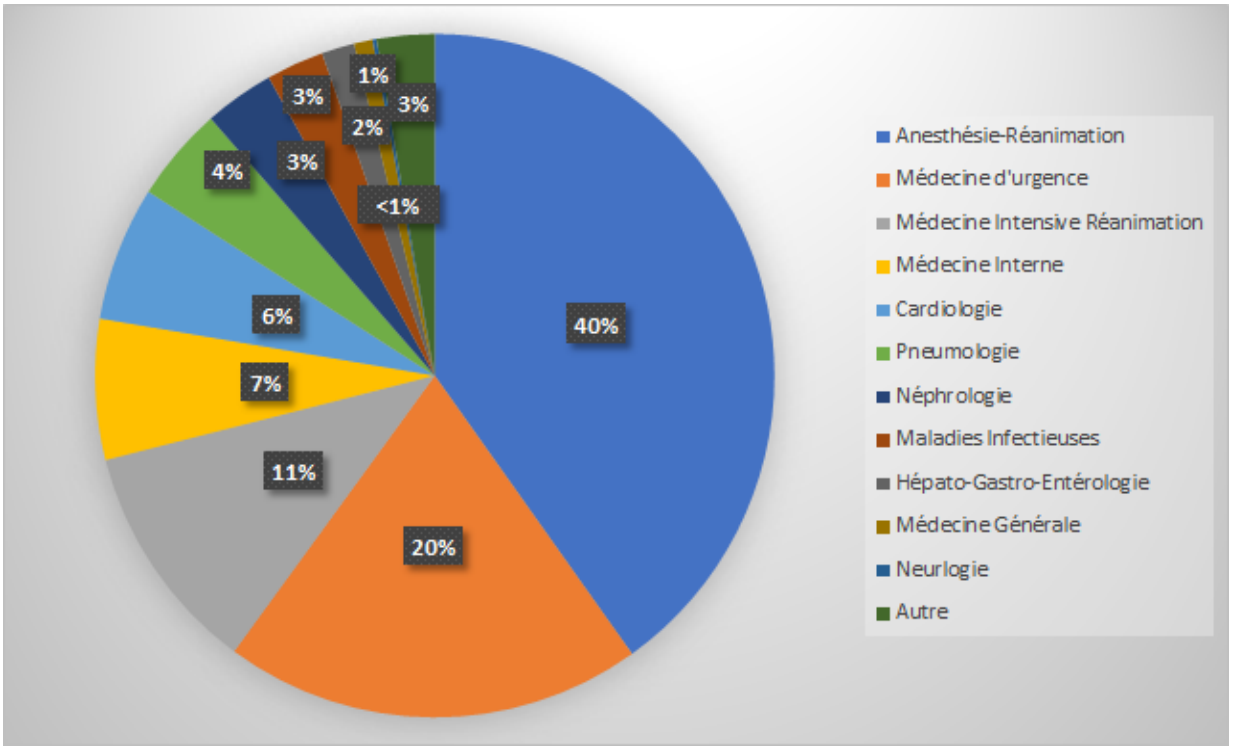
Analyse sur 1143 répondants non universitaires et réponses individuelles comportant le genre et la quotité de temps de travail. L'analyse du genre est restreinte aux praticiens non universitaires en raison de la surreprésentation masculine dans la population universitaire ayant statutairement un exercice clinique à temps partiel.

Accueil des internes en stage / Capacités de formation :

La grande majorité des services interrogés (90%) accueillent des étudiants de 3ème cycle des études médicales (internes), avec pour **25% des services des postes d'internes non pourvus (30% de services avec des terrains de stages d'internes non pourvus dans le secteur public extra-universitaire)**. Un quart des services accueillent également des praticiens juniors "faisant fonction d'interne" non titulaires des diplômes nécessaires à l'exercice comme interne. Parmi les 27 services de réanimation des structures privées à but lucratif, 8 (29,6%) ont l'agrément DESMIR pour la formation d'internes, et en accueillent un (IQR 1-2) en stage chaque semestre, les capacités d'accueil étant estimées au double (2 internes par service chaque semestre dans le secteur privé lucratif, IQR 1-3).

Les effectifs réels observés d'internes en formation sont en médiane de 5 (IQR 2-7) par service pour un potentiel déclaré de 6 (IQR 4-8). On peut ainsi estimer le **potentiel supplémentaire de formation d'internes à travers le territoire de 330 terrains de stages supplémentaires chaque semestre**. Les DES de formation des internes accueillis en stage en réanimation sont indiqués dans la Figure 7.

Figure 7 : Disciplines de formation des internes accueillis en stage en réanimation



Focus hôpitaux publics extra-universitaires :

Les centres hospitaliers extra-universitaires publics représentent la majorité des établissements autorisés à exercer la réanimation en France et leurs caractéristiques sont décrites au fil de l'eau de chaque paragraphe. La photographie type d'un service de réanimation d'un centre hospitalier public extra-universitaire est décrite ici.

Nombre de lits MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) de l'établissement	● 450 lits (IQR 350-634)
Nombre de lits de réanimation	● 11 lits (IQR 8-14)
Nombre de lits d'unité de surveillance continue (USC) adossée à la réanimation	● 6 lits (IQR 4-8)
Caractéristiques des patients admis en réanimation	● 499 (IQR 365-650) patients admis en moyenne par an en réanimation ● Indice de gravité simplifié (IGS) II* moyen à l'admission égal à 46 (IQR 42-49) ● Durée de séjour en réanimation 7 jours (IQR 6-8)
Effectifs médicaux	● 6 équivalents temps plein (IQR 5-8) ● Âge médian 43 ans (IQR 35-54) ● 2/3 des médecins sont des hommes
Vacance de postes médicaux	● 76% des services ont des postes vacants ● 2 ETP (IQR 1-2,5) manquants soit 25% (IQR 14-33) des effectifs théoriques manquants dans les services concernés par les vacances de postes ● 300 postes vacants en France ● 47% des services ont recours à l'intérim médical
Inscription Ordinale	● 50% des médecins sont titulaires du DESC de réanimation médicale ● 46% des médecins titulaires du DESC sont enregistrés à l'ordre des médecins dans leur spécialité d'origine et non en réanimation
Organisation du temps de travail	● Calcul de la durée de travail : en temps continu (67%) / en demi-journées (33%) ● Temps plein exclusif en réanimation : 68,8% des praticiens ● Temps Partagé (avec une autre activité) : 13,2% des praticiens ● Temps Partiel (sans autre activité) : 11,6% des praticiens
Capacité de formation	● 90% des services accueillent des internes ● Le potentiel d'accueil supplémentaire est d'au moins 300 internes nationalement chaque semestre

Interprétation et perspectives :

Principaux résultats :

- Le périmètre de cette enquête de 299 services de réanimation en France couvre 4337 lits de réanimation soit 85,4% de la SAE 2019[11].
- **La majorité des services et des lits de réanimation sont situés dans des hôpitaux publics extra-universitaires** de taille moyenne (57% et 58% respectivement).
- Chaque service de réanimation comporte en médiane **12 lits de réanimation et une unité de surveillance continue adossée comportant 6 lits** en médiane. Vingt pour cent des services ne sont pas en mesure de respecter les textes concernant le ratio de personnel paramédical réglementaire en rapport avec ce nombre de lits[12].
- **2100 ETP médicaux exercent dans ces services (2350 personnes physiques) soit 6 ETP par service** en médiane, majoritairement des hommes avec une nette féminisation des générations les plus jeunes. La majorité des praticiens sont issus d'une formation de spécialité médicale, 44% sont titulaires du DESC de réanimation. Un tiers des médecins sénior des services de réanimation exercent sur un statut non titulaire.
- Plus de la moitié des services (57%) ont des postes vacants. On estime le **nombre de postes vacants à 329 ETP nationalement**, essentiellement dans les services des établissements publics extra-universitaires. Il faut noter que la méthodologie employée dans l'enquête (soustraction effectif cible - praticiens en exercice) sous-estime le nombre de postes vacants. En effet, l'effectif cible sous-estime les besoins en praticiens, dans la mesure où il est en général très inférieur aux recommandations européennes (cf. infra) et que les chefs de service avec des postes vacants s'emploient en priorité à pourvoir ces postes avant d'augmenter l'effectif cible, les postes vacants affichés constituant un facteur de perte d'attractivité pour le service.
- Aux postes vacants s'ajoutent les **327 départs à la retraite prévus dans les 5 ans**.

[11] https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm

[12] Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique. NOR : MESH0220983D

- Malgré le recours pour la majorité des services (57%) à des médecins extérieurs au service de réanimation pour participer à la permanence des soins, les médecins réanimateurs sont de garde de nuit tous les 5 jours et travaillent un week-end sur deux. Cette implication majeure dans la permanence des soins dépasse nettement les limites fixées par la réglementation[13].
- Parmi les praticiens de réanimation, **61,4% exercent la réanimation à temps plein de façon exclusive**, 18,2% ont un exercice clinique à temps partiel, 13,5% ont un exercice partagé entre la réanimation et un autre service de l'hôpital (urgences, bloc opératoire, …).
- Vingt-cinq pour cent des services de réanimation ont des terrains de stages d'internes vacants; au-delà; **le potentiel d'accueil supplémentaire est évalué à 330 terrains de stage chaque semestre nationalement** pour les étudiants du 3ème cycle des études médicales.

Limites de l'enquête :

La nature déclarative du recueil des données sans mise en œuvre d'un contrôle qualité de la saisie de données constitue une limite à ce travail. L'enquête a été conduite en situation de crise sanitaire liées à la pandémie SARS-COV2, entre la 2ème et la 3ème vague épidémique en France (janvier à février 2021), il était très clairement spécifié de façon répétée dans le questionnaire (Annexe) de saisir l'ensemble des données hors modifications conjoncturelles spécifiquement induites par la pandémie. Néanmoins, pour certaines variables cela a pu s'avérer difficile et on ne peut pas exclure la présence d'un biais résiduel lié à la période pandémique. Néanmoins, concernant par exemple les postes vacants ou l'activité à temps partiel des médecins, on peut supposer que l'activité médicale soutenue et les renforts médicaux des services de réanimation durant la crise sanitaire aient plutôt amené à sous-estimer les vacances de postes ou le nombre de lits fermés. Par ailleurs les chiffres extrapolés à l'échelle nationale, ne constituent pas des données brutes, doivent être interprétés avec prudence en particulier en ce qui concerne les comparaisons entre l'enquête de 2011 et celle de 2021. Enfin ce travail ne couvre pas l'intégralité des lits de réanimation en France dans la mesure où les services de réanimation chirurgicale et de réanimation pédiatrique n'ont pas été inclus. Bien que les médecins intensivistes réanimateurs, formés par le collège des enseignants de médecine intensive réanimation n'aient pas de prime abord vocation à exercer dans ces services souvent intégrés dans des

[13] Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000602745/

départements d'anesthésie-réanimation, les postes, éventuellement vacants, dans ces services s'ajoutent aux besoins de formation de médecins réanimateurs compétents.

Évolution de la situation en dix ans :

La dernière enquête de terrain exhaustive réalisée en réanimation remonte à 2011[14]. Le taux de réponse était de 74% parmi 290 services identifiés en France, le périmètre d'enquête est donc comparable au présent travail qui rapporte un taux de réponse de 82% parmi 299 services de réanimation identifiés en France (hors réanimation chirurgicale et réanimation pédiatriques). **La présente enquête relevant des données hors crise sanitaire** peut donc être comparée aux données de 2011.

Caractéristiques structurelles des services

Dans la décennie qui sépare les deux enquêtes, le nombre médian de lits de réanimation par service est passé de 11 à 12. Ainsi, le nombre total de lits de réanimation extrapolé au périmètre des 299 services de la présente enquête (contre 290 en 2011, appelant à la prudence dans l'interprétation des chiffres) est passé de 3725 lits en 2012 à 4337 en 2021 soit une possible augmentation du nombre de lits qui pourrait atteindre 16%. La majorité des lits de réanimation est localisée dans les centres hospitaliers publics extra-universitaires de façon inchangée (53% en 2011 et 58% en 2021).

Si le nombre théorique de lits ouverts a augmenté, le nombre de services fonctionnant avec au moins un lit fermé en situation réelle a augmenté également (6% en 2011 et 13% en 2021).

La proportion de services de réanimation disposant d'une USC a également augmenté en 10 ans, passant de 74% (soit 1512 lits par extrapolation sur un périmètre constant de 299 services) à 93% (soit 2335 lits extrapolés) soit une augmentation de 54% du nombre de lits d'USC adossés aux réanimations. L'augmentation du capacitaire théorique en parallèle du nombre de lits fermés suggère un déficit en personnel médical et/ou paramédical compétent pour assurer le fonctionnement de ces lits dans des conditions de sécurité satisfaisantes.

[14] Annane D. Démographie et structures des services de réanimation français (hors réanimation chirurgicale) : état des lieux. Réanimation (2012) 21:S540-S561. DOI 10.1007/s13546-013-0647-6

Activité des services

La gravité des patients n'a pas évolué en 10 ans, mais la durée moyenne de séjour en réanimation a diminué de 8 jours à 7 jours (IQR 6-8) illustrant **l'augmentation du turn-over des patients en réanimation**. Ainsi, un service de réanimation accueillait en médiane 445 patients en 2011, ce chiffre est de 572 en 2021, soit une augmentation de 28,5%).

Ressources humaines médicales et postes vacants

Sur le plan médical, les ressources humaines travaillant effectivement dans les services est comparable entre les deux enquêtes et comprend 6 ETP en médiane (IQR 5-8). **Alors que 36% des services déclaraient au moins un poste vacant en 2011, cette proportion a doublé et atteint 57% en 2021, atteignant même 76% des réanimations des établissements publics extra-universitaires ayant au moins un poste vacant en 2021.**

Ainsi, on constate une augmentation des effectifs cibles des services de réanimation (augmentation du nombre d'ETP au tableau des emplois médicaux) témoignant de la prise de conscience des directions hospitalières des besoins en ressources humaines médicales des services de réanimation en rapport avec l'augmentation des lits et du turn-over en réanimation en 10 ans, création ex-nihilo d'USC adossées inexistantes en 2011. En raison du nombre insuffisant de réanimateurs formés, ces postes créés et budgétés n'ont pas pu être pourvus, aboutissant à un nombre stable de praticiens en exercice et une augmentation des postes vacants qui a presque doublé en 10 ans.

Démographie médicale et départ en retraite

Les deux enquêtes ont permis d'obtenir des données détaillées de 1291 médecins en 2012 et 1335 médecins en 2021. Comparativement à 2012, on note une féminisation de la profession puisque **la proportion de femmes médecins exerçant la réanimation a évolué de 22% à 33%** soit une augmentation d'un tiers.

Les données déclaratives de l'enquête de 2021 permettent d'estimer que 246 praticiens partiront à la retraite à échéance 5 ans.

En considérant un âge moyen de départ à la retraite de 65 ans, **on estime à 327 le nombre de départs à la retraite dans les 5 ans** dans cette enquête en comparaison à 200 dans l'enquête précédente de 2011, témoignant d'une **nette dégradation de la situation démographique** médicale des services.

Organisation du temps de travail

L'évolution la plus notable des dix dernières années est l'**arrivée de l'organisation du temps de travail en temps continu dans la majorité des réanimations des hôpitaux publics extra-universitaires**. Cette évolution est consommatrice d'ETP, on estime que l'évolution vers le temps continu génère une demande accrue d'ETP de 20% par rapport à l'effectif calculé dans une organisation en demi-journée, modèle exclusivement retrouvé dans l'enquête de 2011.

Accueil des internes et capacité de formation

En 2011, 79% des services accueillaient des internes en stage; en 2021, c'est le cas de la quasi-totalité des services (90%) qui s'implique dans la formation des étudiants de 3ème cycle des études médicales, traduisant l'implication pédagogique croissante des réanimateurs, en particulier des réanimations publiques extra-universitaires. **36,8% des membres du collège des enseignants de médecine intensive réanimation sont des praticiens hospitaliers sans statut universitaire**.

Perspectives à dix ans :

Capacités de formation de réanimateurs :

La situation démographique actuelle des services de réanimation est très précaire, mais la capacité de formation importante de futurs réanimateurs laisse entrevoir des volants de pilotage efficaces pour rétablir un équilibre démographique pérenne. **La situation actuelle est le résultat de nombreuses années de non-filiarisation de la formation des réanimateurs, empêchant tout pilotage précis du nombre de réanimateurs formés et exerçant réellement en réanimation**. En effet, la voie de formation du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation (DESC) était soumise aux aléas successifs (1) des appétences individuelles des étudiants pour s'inscrire dans cette formation au cours du 3ème cycle des études médicales, (2) le suivi de l'enseignement jusqu'à l'obtention du diplôme, et (3) l'exercice effectif en réanimation une fois diplômé. Concernant la voie de formation par le diplôme d'études spécialisées d'anesthésie réanimation (DESAR), une maîtrise du nombre d'étudiants formés est possible depuis la filiarisation mise en œuvre dans les années 2000 en réponse à la crise démographique médicale anesthésique. Néanmoins parmi les réanimateurs formés dans cette filière une majorité auront un exercice exclusivement d'anesthésie au bloc opératoire et seule une minorité un exercice temps plein exclusif en réanimation.

Dans le contexte démographique médical très précaire des services de réanimation objectivé il y a dix ans déjà et qui s'est dégradé depuis, comme en atteste la présente enquête, il n'est pas trop de deux filières de formation des médecins réanimateurs. **La situation actuelle est le résultat de la formation chaque année de plus de 450 médecins anesthésistes réanimateurs en plus des médecins intensivistes réanimateurs formés par la filière du DESC.**

Il est évident que le *statu quo* mènerait à une dégradation encore plus importante de la situation des réanimations françaises, avec un impact direct sur la santé publique, en dehors de toute considération de crise sanitaire, de par la fermeture inéluctable de services de réanimation à court terme. Un certain nombre de facteurs rendent indispensable l'augmentation très significative du nombre de réanimateurs formés chaque année toutes filières confondues parmi les plus de 8000 étudiants entrant chaque année dans le 3ème cycle des études médicales. Cette augmentation est urgente, compte tenu de la latence de 5 ans nécessaire pour former un réanimateur.

Le collège des enseignants de médecine intensive réanimation, pour le DES MIR qui est la filière de formation qui le concerne, est en mesure d'assurer la formation tant théorique que pratique d'un nombre très significativement supérieur d'étudiant qui pourrait, sans difficulté, atteindre le chiffre de 200 étudiants annuels pour contribuer à cet effort indispensable de formation d'un nombre plus élevé de réanimateurs. **Les étudiants formés par le DESMIR ont vocation à exercer la réanimation de façon exclusive et pérenne permettant un pilotage des médecins formés en fonction des besoins de santé publique.**

L'urgence d'augmenter le nombre de réanimateurs formés est confortée par les éléments prospectifs laissant entrevoir une augmentation des besoins de réanimateurs dans les 10 ans à venir détaillés ci-dessous.

Développement du temps partiel et du temps partagé :

L'exercice à temps complet exclusif en réanimation concerne 61,4% des praticiens en 2021, l'enquête de 2011 n'a pas évalué la problématique de l'exercice à temps partiel, possiblement peu développé à l'époque. On constate que cette proportion de médecins exerçant la réanimation uniquement sur une fraction de leur temps quel qu'en soit le motif, et le fait des praticiens en troisième partie de carrière (praticiens de plus de 50 ans, dont seuls 58,4% exercent à temps plein de façon exclusive en réanimation); **mais aussi de la jeune génération (seuls 59,8% des praticiens de moins de 40 ans**

exercent un temps plein exclusif en réanimation). Ainsi, dans les 10 ans à venir, le remplacement de la génération actuelle des praticiens âgés de 40 à 50 ans (67,1% d'exercice temps plein exclusif de la réanimation), par des praticiens plus jeunes habitués au temps partiel laisse entrevoir un creusement du déficit de praticien exerçant la réanimation à temps plein de façon exclusive.

La féminisation de la profession constatée au cours des 10 dernières années semble contribuer au développement du temps de travail partiel en réanimation. En effet, actuellement 11,9% des femmes travaillent à temps partiel en réanimation pour 8,6% des hommes. Des données très récentes évaluant la satisfaction au travail des réanimatrices françaises montrent une relative insatisfaction concernant les conditions de travail actuelles pour une majorité de praticiennes : **49% des réanimatrices expriment le souhait de travailler à temps partiel**[15]. Ce travail montre également la sous-représentation des femmes dans les positions des responsabilités au sein des établissements de santé, ce qui pourrait contribuer au moindre exercice en temps partagé sur des fonctions transversales observé comparativement aux praticiens 11,6% des praticiennes vs 13,6% des praticiens ont un exercice de type temps partagé). La poursuite de la féminisation de la profession et l'aboutissement des revendications de travail à temps partiel creusera le déficit en praticiens exerçant la réanimation à temps plein de façon exclusive. Il est probable que l'évolution sociétale amène également les hommes à renforcer encore la dynamique vers le temps partiel.

On peut estimer que **le développement du temps partiel en réanimation ainsi que la poursuite de la féminisation de la profession sont susceptibles d'augmenter d'environ 15% les besoins de réanimateurs dans les 10 ans à venir**.

Extension du calcul du temps de travail en temps continu :

Le calcul du temps de travail en temps continu, inexistant au sein des réanimations interrogées en 2011, concerne maintenant 55% des services (voir 60% pour les services des établissements publics extra-universitaires). Bien qu'il soit difficile de préjuger des choix organisationnels que feront les services dans les années à venir, la poursuite de cette tendance vers le décompte en temps continu est susceptible d'augmenter les besoins en ressources humaines médicales de façon conséquente. En effet, toutes choses égales par ailleurs, l'organisation en temps continu est consommatrice de 20% d'ETP médicaux supplémentaires, qui en l'absence de recrutements effectifs donne lieu à une

[15] Hauw-Berlemont C. Perceived inequity, professional and personal fulfillment by women intensivists in France. Ann Intensive Care 2021;11:72. DOI : 10.1186/s13613-021-00860-2

compensation financière. Cette compensation financière constitue un des moteurs du passage au décompte en temps continu dans les établissements de santé en souffrance démographique. Néanmoins les évolutions sociétales et les aspirations des praticiens pour l'exercice à temps partiel, et pour un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle impliquent le recrutement de praticiens supplémentaires afin d'assurer à passage au temps continu sans dépassement du temps de travail réglementaire. **Une généralisation du temps continu induirait un besoin accru d'au moins 10% de praticiens**.

En additionnant les facteurs qui contribueront à augmenter les besoins en effectifs médicaux dans les services de réanimation : développement du temps partiel et de la féminisation et développement du temps continu, on peut considérer que **le déficit en médecins réanimateurs va être amené à croître d'au moins 25% dans les 10 années** à venir en l'absence de mesures correctrices fortes.

Evolution des normes de dotation en ressources humaines médicales des services de réanimation :

L'évaluation des postes vacants a été réalisée dans ce travail en se fondant sur les effectifs cibles en ETP tels que validés par la direction de l'établissement sur le tableau des emplois médicaux du service. En France, il n'existe pas de norme contraignante concernant les besoins en effectifs médicaux des services de réanimation. Ainsi, les effectifs cibles sont établis en fonction de besoins exprimés et évalués de façon empirique. **Le nombre de 329 postes vacants calculé par rapport aux effectifs cibles dans ce travail sous-estime la réalité des besoins de praticiens en réanimation**. En effet, la stratégie tant du chef de service que de la direction de l'établissement ayant au moins un poste vacant, consiste souvent à d'abord pourvoir le ou les premiers postes vacants avant d'afficher un nombre plus conséquent de besoins médicaux dans un souci de maintenir une attractivité du service en termes de stratégie de recrutement.

Au-delà, **les effectifs cibles des services de réanimation français tels que constatés dans l'enquête sont très nettement inférieurs aux recommandations européennes**. En effet, la société européenne de réanimation (www.esicm.org) recommande pour un service de soins critiques de 6 à 8 lits (prenant en charge en moyenne des patients dits de "gravité de niveau II" : soit de gravité intermédiaire entre les patients les plus lourds traités en réanimation et les patients les moins lourds d'USC) un besoin de 7 ETP médicaux[16]. Ainsi, **pour un service de soins critiques médian tel**

[16] Valentin A. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. Intensive Care Med 2011;37:1575-87. DOI : 10.1007/s00134-011-2300-7

qu'observé dans la présente enquête (12 lits de réanimation et 6 lits d'USC soit 18 lits de soins critiques) 14 ETP médicaux seraient nécessaires (gravité moyenne des patients pris en charge assimilée au "niveau II" des recommandations européennes). Ces recommandations, bien que nettement supérieures aux effectifs cibles actuels des réanimations françaises, s'inscrivent dans le cadre global d'amélioration de la qualité de vie au travail, d'un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle et d'une réduction du travail de nuit. En effet, **le syndrome d'épuisement professionnel touche jusqu'à 50% des professionnels exerçant en réanimation**[17]. Un autre travail se fondant sur la notion de temps de travail de jour, de permanence des soins et de continuité des soins plus adapté à la législation actuelle du décompte du temps de travail en France par demi-journée retrouve des chiffres similaires (10 ETP pour un service de soins critiques comportant 10 lits de réanimation et 5 lits d'USC) : soit 12 ETP médicaux pour le service médian tel qu'observé dans la présente enquête[18]. Il convient d'intégrer dans la prospective des besoins en réanimateurs ce décalage d'un facteur x2 entre les effectifs médicaux cibles actuels des services de réanimation en France et les recommandations de la société savante européenne qui ne manqueront pas de se généraliser à tous les pays d'Europe.

Augmentation de l'offre de soins de réanimation :

Plusieurs facteurs amènent à faire l'hypothèse que les besoins d'offre de soins de réanimation et de soins critiques soient amenés à augmenter dans les années à venir. Ainsi, **le vieillissement de la population est associé à un recours plus fréquent à la réanimation et aux soins critiques**. Dans son dernier rapport annuel, la cour des comptes a ainsi relevé que la part des patients admis en réanimation dans la tranche d'âge de 65 ans à 75 ans est passée de 25% à 30% de 2013 à 2019. Au total 65% des patients admis en réanimation ont plus de soixante ans[19]. La cour des comptes notait également que **l'augmentation du nombre de lits de soins critiques était sur les dernières années dix fois inférieure à l'augmentation de la population âgée en France**. La poursuite du vieillissement de la population est donc susceptible d'imposer un rattrapage de ce retard en lits de soins critiques dans les années à venir.

---

[17] Chuang CH. Burnout in the intensive care unit professionals. A systematic review. Medicine (Baltimore) 2016;95:e5629. DOI : 10.1097/MD.0000000000005629

[18] Lesieur O. Quel effectif médical dans les services de réanimation et surveillance continue en France ? Une position du syndicat des médecins réanimateurs des hôpitaux publics. Med Intensive Rea 2019;28:353-361. DOI 10.3166/rea-2019-0121

[19] « Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise ». Rapport public annuel 2021 – Tome I. Cour des comptes - www.ccomptes.fr

Il existe une forte hétérogénéité de répartition des lits de réanimation et de soins critiques sur le territoire français de façon brute ou rapporté à la population globale ou âgée, amenant à envisager la mise à niveau des régions les moins bien dotées. A l'échelle nationale, le taux d'occupation supérieur à 80% d'un nombre significatif de service de façon chronique ou répétée en période hivernale, taux d'occupation ne permettant pas d'admettre à tout moment un patient en détresse vitale (absence de lit disponible) amène à envisager l'augmentation du nombre de lits de soins critiques. Les comparaisons internationales sont complexes en raison de l'organisation variables de l'offre de soins de réanimation, néanmoins, **la cour de compte a effectué une comparaison à périmètre constant entre la France et l'Allemagne et constate un déficit de lits de soins critiques en France de près de 20% rapporté à la population générale et de près de 10% rapporté à la population de plus de 60 ans**[20].

Ainsi, le vieillissement de la population, mais aussi le retard d'équipement de certaines régions et globalement de la France en nombre de lits de soins critiques vont augmenter les besoins d'offre de soins critiques dans les années à venir et donc creuser le déficit en ressources humaines médicales si le nombre de réanimateurs formé n'est pas augmenté de façon significative. .

Conclusions :

Ce travail d'enquête mené avec les professionnels de terrain, en dépassant les limites des bases de données administratives existantes, permet de faire un état des lieux précis de la situation des réanimations en France et ce de façon indépendante de toute crise sanitaire. La comparaison au travail similaire mené dix ans auparavant donne une vision dynamique de la situation permettant d'esquisser une vision pour l'avenir. Alors que le périmètre des soins critiques s'est élargi avec la généralisation des USC adossés aux unités de réanimation, que le turn-over des patients a augmenté en raison d'une réduction de la durée de séjour et une augmentation du nombre de patients admis, **la situation démographique médicale des réanimation n'a fait que se dégrader avec un doublement en dix ans du nombre de postes vacants qui atteint 329 ETP nationalement et auquel il faut ajouter 327 réanimateurs de plus de 60 ans qui vont partir à la retraite dans les 5 ans**. La crise sanitaire liée à la pandémie actuelle n'est susceptible que d'aggraver encore la situation

[20] « Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise ». Rapport public annuel 2021 – Tome I. Cour des comptes - www.ccomptes.fr

des ressources humaines de soins critiques. Afin que cette dégradation n'impacte pas de façon forte et durable la santé publique, **le *statu quo* n'est pas envisageable et il convient d'augmenter immédiatement de façon très significative le nombre de réanimateurs formés**, quelle que soit les filières de formation. Les capacités d'accueil en stage d'étudiants de 3ème cycle se destinant à la réanimation sont très larges, avec **300 terrains de stage supplémentaires disponibles chaque semestre**. Les capacités en termes de formation théorique dispensée par le collège des enseignants de médecine intensive réanimation sont importantes. Ainsi, **il est possible de former chaque année plus de 200 réanimateurs par le biais du DES MIR**. Cette filière, **formant des médecins ayant vocation à travailler de façon continue et pérenne et en réanimation, permet d'envisager un pilotage précis de la démographie médicale des services de réanimation** tant à la hausse qu'à la baisse. Pilotage qui n'était jusqu'à présent pas possible en l'absence de filiarisation claire, aboutissant au constat démographique actuel. **Il est urgent que les tutelles se saisissent de ce volant d'action, afin de remédier à la situation démographique médicale extrêmement préoccupante en termes de santé publique et augmentent de façon très significative le nombre de réanimateurs formés en France**.

Annexe : Questionnaire de l’enquête

Enquête Démographique du CeMIR
Données démographiques médicales semestrielles
Services de Réanimation et USC

Date enquête : Nov 2020 à Avril 2021

Données Administratives du Service

Localisation :
« Inter Région »: ……*(Liste)*
Région : ……*(Liste)*
Département : ……*(Liste)*
Subdivision (CHU de référence): …….

Intitulé précis du Service : …….
Nom de l'Hôpital : ……
Adresse :
N : …….
Rue : ……
Rue complément : ……
Bâtiment: ……
Code Postal : ……
Ville : ……
Tel secrétariat : …….

Type de Réanimation
Médicale Exclusive ☐ Médico-chir ou polyvalente ☐ Chir exclusive☐
USI spécialisée avec Ventilation artificielle ☐
Autre☐ détaillez : ……

Type de Structure :
- Publique☐
  Si OUI CHU☐ Extra U☐
- Privée ☐
  Si OUI Non lucratif (ESPIC) ☐ Lucratif☐
- Hôpital Militaire☐

Chef De Service

NOM : ……
Prénom : ……
eMail : ……
Tel hôpital : ……
Tel Portable : ……

Lien avec le DESMIR /CeMIR

Avez-vous l'agrément « MIR » pour votre service ?

Phase Socle : OUI/NON
Phase Approfondissement : OUI/NON
Phase Consolidation : OUI/NON

Un membre de l'équipe médicale est-il membre du CeMIR ? OUI/NON

Le Service : Description et activités (Hors COVID)

Hôpital : Nombre de lits de MCO : ……

Réanimation & USC *(données au moment de l'enquête, hors COVID)*

Nombre de lits de Réanimation : INSTALLES : ……OUVERTS : …….
Nombre de lits d'USC : INSTALLES……OUVERTS……

Nombre total (REA+USC) d'ETP IDE : ……

RATIO en routine IDE /patients en Réa (ex : 1/2,5) : 1/……..

Réanimation *(Données d'activité sur l'année calendaire précédente)*

Score IGSII moyen: ……
DMS moyenne: ……
Nombre d'admissions /an en Réanimation : ……

L'environnement du service : Plateau Technique de l'Hôpital :

Dans votre Hôpital disposez-vous de… ?

- **USIC :** OUI/NON
- **Coronarographie 24h/24 7j/7:** OUI/NON
- **UNV:** OUI/NON
- **Chirurgie Cardiaque:** OUI/NON
- **Neuro Chirurgie:** OUI/NON
- **IRM 24h/24 7j/7:** OUI/NON
- **Rx interventionnelle Arterio 24h/24 7j/7:** OUI/NON

Données globales sur les effectifs d'Internes /Junior: (Hors COVID)

Accueillez-vous des internes dans votre service ? OUI/NON

Quel nombre optimal d'internes pensez-vous pouvoir accueillir ? …….

Si vous accueillez des internes (Hors FFI)

Est-ce que tous vos postes ouverts ont été pourvus ? oui /non

Les Internes actuellement affectés au service:

-Quel est le Nombre d'internes : ……..

- Quelle est leur répartition en ancienneté ?

-nombre d'Internes phase SOCLE: ……

-nombre d'Internes phase APPROFONDISSEMENT: ……

-nombre d'Internes ancienne réforme :……

-Quelle est leur spécialité d'origine ?

-nombre d'Internes MIR : ……

-nombre d'Internes DESAR : ……

-nombre d'Internes Cardio: ……

-nombre d'Internes t Nephro…: ……

-nombre d'Internes Pneumo…: ……

-nombre d'Internes Med Interne: ……

-nombre d'Internes Gastro: ……

-nombre d'Internes Urgences: ……

-nombre d'Internes Mal Inf: ……

-nombre d'Internes Neuro: ……

-nombre d'Internes Autre: ……

Accueillez-vous aussi des FFI ? OUI/NON

si oui combien :…….

Données globales sur les effectifs Médicaux Senior : (Hors COVID)

Effectif cible

Nombres de postes ouverts en ETP : …… A

Il s'agit ici de donner le nombre total de postes dont vous disposez, c'est-à-dire l'effectif cible officiel (en accord avec votre direction). Les postes universitaires seront exprimés en 0,5 ETP, quelle que soit l'activité réelle ou l'organisation, en vue d'harmoniser les données

Effectif réel *Il s'agit ici de donner le nombre total de médecins au sein de l'équipe, inscrits au tableau des effectifs participant même à minima à l'activité de journée (en excluant les médecins intérimaires)*

Nombre de médecins senior exprimé en ETP (y compris chef de service). : ……B

Rappel : un universitaire sera compté 0,5 ETP

Nombre de médecins senior (y compris chef de service) exprimé en nombre de personnes? (Combien de « têtes » ?) : ……C

Postes vacants :

Avez-vous des postes vacants : OUI/NON *(oui si A-B >0)*

Nombre de postes en ETP vacants (par rapport à la cible officielle en accord avec votre direction). *Ce nombre doit correspondre à A-B* : ……

Si postes vacants, type de postes

- Assistants OUI/NON
- CCA ? OUI/NON
- PHC ? OUI/NON
- PH ? OUI/NON
- PUPH ? OUI/NON
- Autres ? OUI/NON

Avez-vous fait appel à des intérimaires dans les 12 mois précédents: OUI/NON *(Hors CoVID)*

Nombre de départs en retraite prévu dans les 12 mois à venir (en n personnes): ……

Nombre de départs en retraite prévu dans les 5 ans à venir (en n personnes): ……

Permanence des soins (Hors COVID)

Senior

Nombre de médecins de « Garde de 24h » : ……

Nombre de médecins de « Garde Partielle » jusqu'à minuit max: ……

Nombre de médecins d'astreinte opérationnelle chaque 24h : ……

Nombre moyen de gardes de 24h par praticien : ……

Des médecins « extérieurs » participent ils à la permanence des soins ? OUI/NON

Si oui combien de gardes par mois au total ? ……

(Ex si 3 médecins extérieurs prennent chacun 2 gardes/mois il faudra répondre 6)

Des internes participent ils à la permanence des soins senior ? OUI/NON

Si oui combien de gardes par mois au total ? ……

Internes

Nombre d'internes de Garde de 24h : ……

Nombre d'Internes de « Garde Partielle » jusqu'à minuit max: ……

Des internes « extérieurs » participent ils à la permanence des soins ? OUI/NON

Si oui combien de gardes par mois ?

Calcul du temps de travail

Temps continu ☐ Demi-journée ☐

Détails de l'équipe médicale Senior (Hors COVID)

Remplir autant de fiches que de médecins de l'équipe

Medecin 1

Chef de Service : OUI/NON

Initiale Nom: _ Initiale Prénom: _

H ☐ /F ☐

Statut : …… *(Liste 4 :Assistant, CCA, MCU PH, PHC, PHU, PH PUPH etc…)*

Discipline internat DES: …… *(Liste5)*

Pays d'obtention de ce diplôme : ……

Titulaire DESC de Réanimation (ou Réanimation Médicale) : OUI/NON

Discipline Inscription ordinale: REA OU MIR☐/ DESAR☐/ Urgences☐/ Spe d'origine☐/autre ☐

Année de Naissance : |__|__ |__ |__| *(Donnée obligatoire)*

% ETP au sein du service de Réa/USC *(de 0,1 à 1,0, exemple 0,8 ETP)*: ……

Exerce une autre activité clinique en dehors de la Réanimation *(ex : urgences, Bloc opératoire…)* ? OUI/NON

Continue à assurer des gardes complètes de nuit en Réanimation ? OUI/NON

Liste 1 Inter Région

- Grand Ouest
- Nord
- Grand Est
- Sud
- Ile de France
- Dom/Tom

Liste 2 Région

- Bretagne
- Pays de la Loire
- Centre-Val de Loire
- Nouvelle-Aquitaine
- Hauts-de-France
- Normandie
- Grand Est
- Bourgogne-Franche-Comté
- Auvergne-Rhône-Alpes
- Provence-Alpes-Côte d'Azur/Corse
- Occitanie
- Ile-de-France
- Antilles-Guyane
- Océan Indien
- PolynesieNouvelle Calédonie

Liste 3 Département

01	Ain
02	Aisne
03	Allier
04	Alpes-de-Haute-Provence
05	Hautes-Alpes
06	Alpes-Maritimes
07	Ardèche
08	Ardennes
09	Ariège
10	Aube
11	Aude
12	Aveyron
13	Bouches-du-Rhône
14	Calvados
15	Cantal
16	Charente
17	Charente-Maritime
18	Cher
19	Corrèze
2A	Corse-du-Sud
2B	Haute-Corse
21	Côte-d'Or
22	Côtes d'Armor
23	Creuse
24	Dordogne
25	Doubs
26	Drôme
27	Eure
28	Eure-et-Loir
29	Finistère
30	Gard
31	Haute-Garonne
32	Gers
33	Gironde
34	Hérault
35	Ille-et-Vilaine
36	Indre
37	Indre-et-Loire
38	Isère
39	Jura
40	Landes
41	Loir-et-Cher
42	Loire
43	Haute-Loire
44	Loire-Atlantique
45	Loiret
46	Lot
47	Lot-et-Garonne
48	Lozère
49	Maine-et-Loire
50	Manche
51	Marne
52	Haute-Marne
53	Mayenne
54	Meurthe-et-Moselle
55	Meuse
56	Morbihan
57	Moselle
58	Nièvre
59	Nord
60	Oise
61	Orne
62	Pas-de-Calais
63	Puy-de-Dôme
64	Pyrénées-Atlantiques
65	Hautes-Pyrénées
66	Pyrénées-Orientales
67	Bas-Rhin
68	Haut-Rhin
69	Rhône
70	Haute-Saône
71	Saône-et-Loire
72	Sarthe
73	Savoie
74	Haute-Savoie
75	Paris
76	Seine-Maritime
77	Seine-et-Marne
78	Yvelines
79	Deux-Sèvres
80	Somme
81	Tarn
82	Tarn-et-Garonne
83	Var
84	Vaucluse
85	Vandée
86	Vienne
87	Haute-Vienne
88	Vosges
89	Yonne
90	Territoire de Belfort
91	Essonne
92	Hauts-de-Seine
93	Seine-St-Denis
94	Val-de-Marne
95	Val-D'Oise
971	Guadeloupe
972	Martinique
973	Guyane
974	La Réunion
976	Mayotte
987	Polynesie F
988	Nouvelle Calédonie

Liste 4 : statuts des médecins senior

Statut hospitalo-universitaire

- Chef de clinique assistant & Assistant Hospitalo-universitaire - CCA
- Maître de conférence des Universités – Praticien Hospitalier – MCU-PH
- Praticien hospitalier universitaire - PHU
- Professeur des universités – praticien hospitalier – PU-PH

Statut hospitalier pur

- Assistant des Hôpitaux
- Assistant des Hôpitaux associé
- Praticien Attaché
- Praticien Attaché associé
- Praticien Hospitalier temps plein
- Praticien Hospitalier temps partiel
- Praticien contractuel
- Clinicien

Liste 5 : Spécialités DES d'origine :

- Anesthésie Réanimation
- Cardio
- Gastro
- Med Interne
- Medecine Générale
- MIR
- Nephro
- Pneumo
- Urgence
- Autre:……..