

RÉFORME 2C/3C. DAMIEN ROUX.

1. Documents téléchargeables =

<https://cncem.fr/liste-documents>

<https://info-sides.uness.fr/APC2020>

<https://conferencedesdoyensdemedecine.org/evenement/seminaire-pedagogique-conference-doyens-medecine/>

<https://conferencedesdoyensdemedecine.org/evenement/secondes-rencontres-pedagogiques/>

2. Thierry Lazard : Si le poste de docteur junior n'est pas choisi, ce poste est-il remis au choix d'approfondissement ou est-il « perdu » ?

Réponse de Damien Roux : A ma connaissance, cela dépend des ARS. Pour l'Île de France, les étudiants de phase socle choisissent après les approfondissements. Si le poste socle n'est pas choisi, il est donc perdu pour ce semestre...

3. Thierry Lazard : Le poste d'Interne « socle » est-il gratuit ou payant pour l'établissement d'accueil (ESPIC)?

Réponse de Damien Roux : Il s'agit d'un poste d'interne dont la gestion financière n'est pas modifiée par le statut "phase socle", les règles antérieures restent donc inchangées à ma connaissance.

4. Thierry Van der Linden : Ce qui paraît le plus difficile à évaluer et à analyser de façon "impartiale" reste le parcours perso. Avons-nous des guidelines pour conseiller efficacement les étudiants ?

Réponse de Damien Roux : L'idée pour ce parcours est que la note soit saturable. Ce qui autorise des étudiants à obtenir l'ensemble des points avec des parcours très différents, ceci afin d'éviter que par exemple tous les étudiants fassent une thèse de sciences si ce parcours était le seul à permettre l'obtention d'un nombre de points maximum. Cela permet aussi d'orienter les étudiants vers des éléments de parcours jugés très importants. On pourrait par exemple valoriser fortement un stage à l'étranger (comme le font beaucoup d'études supérieures)... Tout n'est pas encore arbitré mais en résumé : cela représentera 10% de la note globale (pour 50% EDN et 40% ECOS) - note saturable pour favoriser la diversification. Les éléments permettant le calcul de la "note de parcours" seront publiés d'ici le printemps en théorie.

5. Les postes de Dr junior sont des postes d'internes, donc rebasculables ?! Mais c'est un point à bien voir avec l'ARS qui organise le choix, car des difficultés et/ou de l'hétérogénéité pourraient survenir.

Réponse : En effet, ces postes seront vraisemblablement créés en "remplacement" de postes d'approfondissement. Concernant les Dr Junior MIR, l'impact en 2021-22 sera faible eu égard au nombre modeste d'internes en A3 cette année.

6. Julien Huntzinger : Bonjour, le DES ancien est-il définitivement fini ? N'est-il plus possible pour d'autres DES de valider la réanimation?

7. Frédéric MARTINO (Guadeloupe): Concernant le mémoire de DES, le sujet peut-il être dérivé ou identique à la thèse ou doit-il être complètement différent ?

7bis. Hatem Kallel : Je pose la même question pour les médecins à diplôme hors union européenne.

SOINS CRITIQUES. JEAN-PAUL MIRA.

1. **Arnaud Galbois** : Ces USI polyvalents isolées impliquent qu'un médecin « qualifié en soins critiques » soit présent la nuit. Est-ce obligatoirement un MIR ou AR ou bien est-ce qu'un Urgentiste peut s'en occuper ?
2. **Camille Vinclair** : Bonjour, qui orientera les patients entre soins intensifs et soins renforcés notamment la nuit en l'absence de garde de spécialité ? le réanimateur de garde ?
3. **Thierry Lazard** : surveillance postopératoire d'un malade stable, mais avec péridurale = soins intensifs ou soins renforcés ?
4. **Laurent GERGELE** : Un ratio de personnel est-il prévu dans les lits de médecine renforcée ? Est-ce que le principe de liste 1, 2, 3 va être maintenu pour déclencher la rémunération en SIP ?

RECRUTEMENT. QUENTIN HENAFF.

1. **Pascal Beuret (Roanne)** : L'arrêté de 2003 nous permet de faire travailler dans nos services des médecins, notamment issus de la filière urgentiste, souscrivant aux conditions de l'arrêté, notamment ayant effectué 52 gardes sous responsabilité. Quel est l'avenir de cette "filiale" ?

Réponse de Quentin HENAFF : En raison des contraintes démographiques, il ne faut pas se priver des candidatures potentielles. La responsabilité revient au chef de service de valider ou non la candidature et surtout d'adapter la participation aux activités de service de ce praticien (participation à la PDS ou pas, choix des patients à prendre en charge selon les possibilités). La logique à terme doit être de l'accompagner à se former pour certifier le niveau minimal attendu (exemple des travaux en cours sur le 2e DES).

2. **Martin Dres** : Bonjour, parmi les difficultés de recrutement, il y a bien sûr l'attractivité financière et, de ce point de vue, comment expliquer la différence de traitement entre disciplines, notamment AR (recrutement 4ème échelon + 10%) et MIR (1er échelon tout juste) parfois au sein d'une même unité.

Réponse de Quentin HENAFF : c'est une difficulté majeure. Il faut réduire les différences entre AR et MIR. La fusion des échelons de recrutement et la création d'un IESPE à 1010 euros brut permet de rémunérer davantage les deux disciplines. Il s'agit pour la FHF d'un point très important pour laquelle on a obtenu des garanties de financement. La rémunération sera donc d'environ 5500 euros brut pour un praticien débutant, hors PDS (possiblement 1000 euros brut supplémentaires, hors temps additionnel, pour 4 gardes dans le mois). Par ailleurs, la carrière sera plus dynamique puisqu'un praticien sortant d'un assistantat sera directement rémunéré au 2 échelon (soit l'ancien échelon 5).

Quentin HENAFF : La revalorisation des débuts de carrière permettra de faciliter l'attractivité et donc de répondre à la crainte de nos équipes de ne pas voir arriver « la relève ». Des jeunes dans une équipe, c'est moins de garde pour les autres et la possibilité de développer des consultations spécifiques, de la recherche, des projets institutionnels, etc. C'est donc bénéfique pour l'ensemble de l'équipe. Vous voyez ainsi que la réponse n'est pas que la rémunération mais aussi la qualité de l'exercice professionnel (QVT, diversité des activités, recherche, etc.).

3. **Julien Huntzinger** : qu'est-ce que le "PADHUE" ?

Réponse : Praticien à diplôme hors union européenne. Donc, des praticiens dont les diplômes ne permettent pas l'exercice de la médecine en France.

4. **Arnaud Galbois** : Il faut également penser à améliorer l'attractivité de la spécialité réanimation dans le secteur privé où les revenus de l'activité anesthésie sont souvent 2 à 3 fois supérieurs à ceux de l'activité

réanimation (expliquant que la majorité des réanimateurs dans le privé soient des MIR, les MAR s'orientant plus vers l'anesthésie).

5. Khaldoun Kuteifan : Est-ce que la participation aux activités des sociétés savantes fait partie des valences à venir ?

Réponse de Quentin HENAFF : Tout est possible. La logique est d'apporter une grande souplesse de mise en œuvre (le texte n'est pas encore à ce stade stabilisé). La discussion au sein du service et de l'établissement doit permettre d'imaginer tout type d'activité. Il est facile de voir le lien fort entre participation aux activités de société savante et qualité des soins dans le service.

6. Nicolas TERZI : Les propositions du Syndicat des Médecins réanimateurs en terme d'effectif a t'il été évoqué ?

Le travail a été fait sur le nombre.

7. Jerome Hoff : Peut-on obtenir le décompte en 48h si la direction y voit surtout un surcout ?

8. Édouard OBADIA : La visibilité médiocre à long terme de la spécialité MIR décourage de très nombreux internes. Nous en avons les témoignages des internes tous les jours L'urgence est de valoriser la reconversion possible avec l'âge des praticiens +++

9. Thierry Lazard : Les recommandations Européennes et de la DGOS sont de 0,6 ETP médecins par lit. Les directeurs de certains hôpitaux attendent plus qu'une recommandation mais une « obligation » avant de normer le ratio médecin / lit. Savez-vous quand ces recommandations deviendront une obligation ?

Réponse de Quentin HENAFF : A ce stade, il n'y a aucun projet de rendre normatif les ratios de praticiens par lit. Pour ce qui est des lits de réanimation, il paraît réaliste de se fixer un objectif de 11-12 ETP pour une unité de 20/24 lits de réanimation et possiblement des mixtes entre réanimation et USC, selon l'organisation des services. La difficulté de raisonner en nombre de "lits maximal autorisés" est le différentiel avec l'occupation moyenne sur l'année et la gestion des pics. Par ailleurs, il est peu envisageable de fermer des lits dans des territoires où ce nombre ne serait pas atteint, notamment au regard du déficit démographique actuel. Un nombre normatif reviendrait à fermer beaucoup de lits et de service, ce qui est l'inverse de la stratégie actuelle. Il serait mieux de travailler sur des objectifs de médecins formés pour accroître le potentiel de médecins/services de réanimation. Mais j'ai conscience que cela prendra du temps. D'où la nécessité de fixer une orientation plutôt qu'une obligation.

MIR EXTRA-U. JEAN-PHILIPPE RIGAUD. TABLE RONDE

Philippe MATEU (12:33 PM) : Certaines universités ont mis en place des partenariats comme celle de Franche-Comté. Pourquoi ne pas mettre en place de façon systématique dans chaque service MIR extra U une collaboration de type universitaire avec nomination de Professeur associé, de Maître de conférences associé, de participation d'un extra U aux commissions pédagogiques, idem pour la recherche ?

BESOINS DEMOGRAPHIQUES. CHRISTOPHE GUITTON.

Julien Huntzinger (13:53) : Je suis très dubitatif sur l'idée que nous manquons de lits de réanimation sur le plan national. La comparaison internationale, sans la prise en compte des soins critiques n'a pas de pertinence. Il n'existe pas à ma connaissance de liens entre le nombre de lits de réanimations rapporté à la population et l'espérance de vie d'une population.

Hatem Kallel (13:54) : Comment tenir compte des modifications capacitaires en rapport avec le COVID ?

Jerome Hoff (13:59) : modalité d'accès aux résultats de l'enquête prévue ?

Julien Huntzinger (13:59) : Ne faut-il pas des services "élastiques" plutôt que des ratios de situation de crise en permanence ?

ACTIVITES NON CLINIQUES PH / VALORISATION. FREDERIQUE SCHORTGEN / NICOLAS LEROLLE. TRAVAIL EN REANIMATION. OLFA HAMZAOU

Jerome Hoff (14:40) : Le cout des internes n'est-il pas totalement pris en charge par l'ARS?

Philippe MATEU : Une question: qualité de vie au travail et temps médical continu n'apparaît pas dans le topo?

Réponse de Nicolas TERZI (15:52) : Une enquête de la qualité de vie a été faite par le syndicat et est en cours d'analyse.

DOCTEURS JUNIORS. SACHA SARFATI.

Arnaud Galbois : Avant la réforme du 3ème cycle, les internes pouvaient faire des remplacements dans le privé après 5 semestres (=anciens critères de licence de remplacement). La réforme du 3ème cycle ne rend les remplacements possibles qu'après la thèse (i.e. uniquement pendant la phase de docteur junior). Comment se positionne l'ANJMIR? Est-elle opposée à ce changement comme d'autres associations d'internes qui souhaitent pouvoir remplacer pendant leur internat?

Réponse de Sacha Sarfati : Les modalités de remplacement pour les DES créés en 2017 ne sont pas encore connus car aucun décret n'a été publié. L'ANJMIR s'est positionné pour autoriser les remplacements aux internes de MIR après 5 semestres validés dont 2 de réanimation.

Pascal Beuret : Il ne faut pas oublier que les postes de docteur junior sont pris sur le pool total des internes par service. Il est donc difficile "d'isoler" un docteur junior (gardes seniors...) au risque d'amputer du temps d'interne.

Merce Jourdain (Lille) : le dispositif interchu est cependant actif pour les Drs Juniors.