

---

# Effectifs médicaux requis dans les services MIR

## Etat des lieux - Perspectives



Nicolas TERZI - SMR

---

## Support logistique lors de congrès:

- Dräger

## Conférencier:

- Boehringer Ingelheim
- Pfizer

# Professional Quality of Life in intensive care medicine: The 2018 Faculty of Intensive Care Medicine Workforce survey

Julie Highfield and Jack Parry-Jones 

**Table 1.** A summary of studies of BOS and psychological morbidity in critical care settings since 2000.

Principle author	Country	Population	Psychological distress
Meynaar et al. <sup>7</sup>	Netherlands	N = 272 Physicians	4.4% BOS
Colville et al. <sup>8</sup>	UK	Paediatric critical care N = 120, physicians and nurses	61% one + BOS 18% PTSD
Teixeira et al. <sup>9</sup>	Portugal	N = 300, physicians & nurses	31% BOS
Czaja et al. <sup>10</sup>	USA	Paediatric critical care nurses	82% any psychological morbidity 68% one symptom + BOS
Merlani et al. <sup>11</sup>	Switzerland	N = 3052, physicians & nurses	29% BOS
Verdon et al. <sup>12</sup>	Switzerland	N = 91, nurses	28% BOS
Mealer et al. <sup>13</sup>	USA	N = 351 nurses	24% clinical PTSD in ICU nurses
Poncet et al. <sup>14</sup>	France	N = 2392 nurses	33% BOS
Embracio et al. <sup>15</sup>	France	N = 978 physicians	46% BOS 25% depression
Coomber et al. <sup>16</sup>	UK	N = 627 Physicians	30% psychological distress (General Health Questionnaire) 10% depression

# An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action\*

Moss M *et al.*

(*Crit Care Med* 2016; 44:1414–1421)

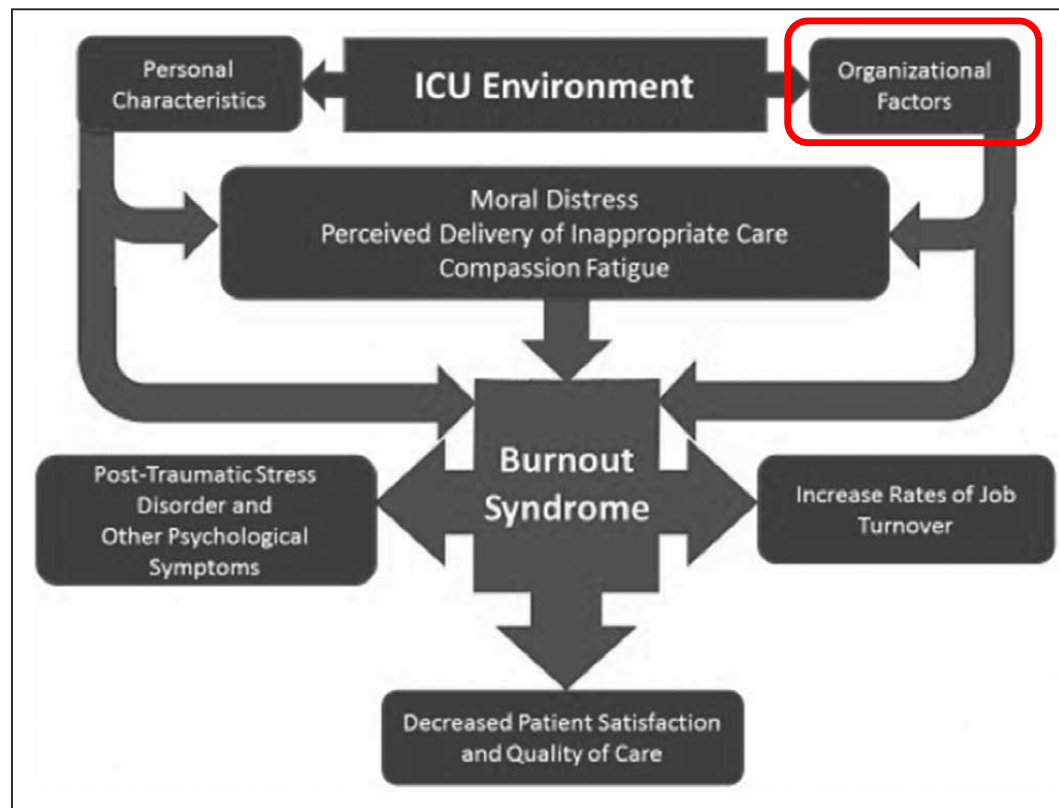


Figure 1. Risk factors associated with burnout syndrome.

## Enquête SMR – QVT

	b	t	CI		p
			low	High	
<b>Overall WRQoL</b>					
<b>Woman</b>	-2.34	-3.17	-3.78	-0.89	<b>.002**</b>
Having common-law partner working as health worker	1.11	1.64	-0.22	2.45	.102
<b>Having children</b>	-3.20	-2.31	-5.91	-0.49	<b>.022*</b>
Physician/Bed Ratio	1.1	0.63	-2.35	4.55	.532
Presence of a intermediate care unit	1.57	1.71	-0.23	3.38	.088
<b>Number of shifts per month</b>	-1.24	-2.3	-2.3	-0.18	<b>.022*</b>
End of shift before 10 am	-2.73	-1.38	-6.61	1.15	.17
End of shift between 10 am and 12 noon	-1.48	-0.9	-4.73	1.76	.371
<b>Number of shifts per weekend</b>	-2.33	-2.2	-4.42	-0.25	<b>.029*</b>
<b>Task reflexivity</b>	0.23	2.87	0.07	0.4	<b>.004**</b>
<b>Social reflexivity*Satisfaction</b>	0.04	9.31	0.03	0.05	<b>&lt;.001***</b>

308 répondants

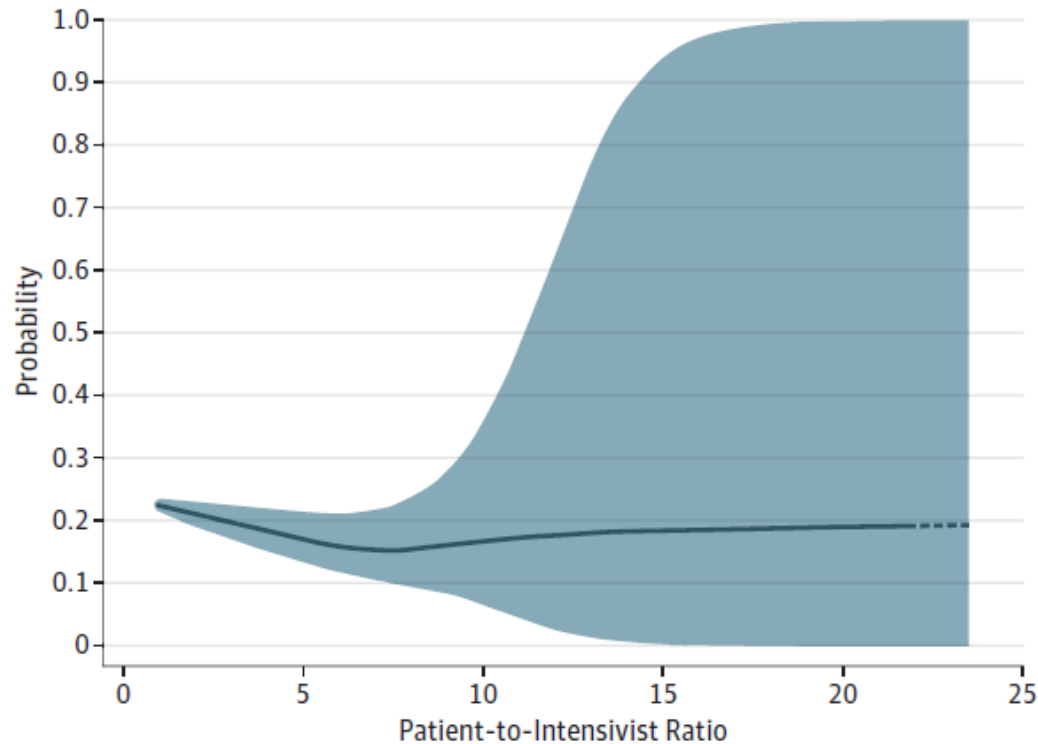
\*\*\*p<.001 ; \*\*p<.01 ; \*p<.05

Results from the linear mixed effects models for total WRQoL scores

# Association of Intensive Care Unit Patient-to-Intensivist Ratios With Hospital Mortality

*JAMA Intern Med.* doi:10.1001/jamainternmed.2016.8457  
Published online January 24, 2017.

Figure 3. Association of Patient-to-Intensivist Ratio and Ultimate Hospital Mortality



**Findings** In this retrospective cohort analysis including 49 686 adults in 94 United Kingdom intensive care units, a patient-to-intensivist ratio of 7.5 was associated with the lowest risk adjusted hospital mortality, with higher mortality at both higher and lower patient-to-intensivist ratios.

Gershengorn et al.

## Temps de Travail et réglementation

---

Art. R. 6152-27 du CSP: Le service hebdomadaire est **fixé à dix demi journées**, sans que la durée de travail **puisse excéder quarante huit heures par semaine**, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et **ne peut dépasser quarante huit heures**.

## Temps de Travail et réglementation

---

Le praticien peut accomplir, **sur la base du volontariat** au delà de ses obligations de **service hebdomadaires, un temps de travail additionnel** donnant lieu soit à récupération, soit (*Décr. de 2010-1141 du 29 sept. 2010 art 5-2*) « au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel».



# Décrets Février 2022

---

## Valences non-cliniques

Les PH pourront également exercer des valences non cliniques : il s'agit de la contribution à des travaux d'enseignement et de recherche, de l'exercice de responsabilités institutionnelles ou managériales, de la participation à des projets collectifs et à la structuration des relations avec la médecine de ville. Ces activités sont internes à l'établissement.

Deux types de valences sont créées à l'article R. 6152-826 :

- Les valences de droit : exercées à hauteur d'une demi-journée par semaine en moyenne lissée sur le quadrimestre, elles sont réservées aux PH exerçant à temps plein dès lors qu'ils en font la demande ;
- Les valences sur demande : au-delà d'une demi-journée par semaine pour les PH exerçant à temps plein, et pour toute valence pour les praticiens autres que les PH à temps plein, les valences sont attribuées sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure interne après avis du chef de pôle ou, pour des activités ne s'exerçant pas au sein du service ou de la structure d'affectation (responsabilités institutionnelles par exemple), sur proposition du président de la commission médicale d'établissement.

Les valences s'exercent dans le cadre des obligations de service des praticiens et sont inscrites dans le tableau de service.

Elles sont accordées sous réserve des nécessités de service, pour une période définie, et font l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'entretien professionnel annuel.

# **Quel effectif médical dans les services de réanimation et surveillance continue en France ? Une position du syndicat des médecins réanimateurs des hôpitaux publics**

**How many physicians in Intensive Care Units in France ? A position statement of the French Union of Intensive Care Physicians**

**O. Lesieur · J. Messika · S. Touati · J.-L. Chagnon · J.-L. Diehl · H. Outin · J.-P. Rigaud · A. Sement · N. Terzi · D. Thévenin · D. Annane · L. Bodet-Contentin · D. Dreyfuss · B. Misset**

# Proposition

## *Calcul pour un service de 15 lits de réanimation et de surveillance continue*

$1\ 325/147 = 9$  ETP seniors pour assurer la PDS sans avoir recours à du personnel extérieur au service ou intérimaire. Par

plus haut. L'effectif qui permet d'assurer la CDS et la PDS sans recours au TTA ni à du personnel extérieur pour un service de dix lits de réanimation et cinq lits de surveillance continue est donc de neuf à dix ETP.

- 3 gardes de nuit par semaine et une garde de samedi, dimanche ou jour férié par mois, pendant les 10,5 mois annuels de travail.
- Pas de génération de TTA
- Décompte du TT en DJ

# Proposition

## Proposition suivant le calcul proposé par l'ESICM:

L'exemple donné dans le supplément électronique qui détaille la formule [3] aboutit à 7,1 ETP pour six à huit lits de soins intensifs. Si l'on utilise la formule proposée pour une unité de 15 lits, il faut un praticien posté pendant :

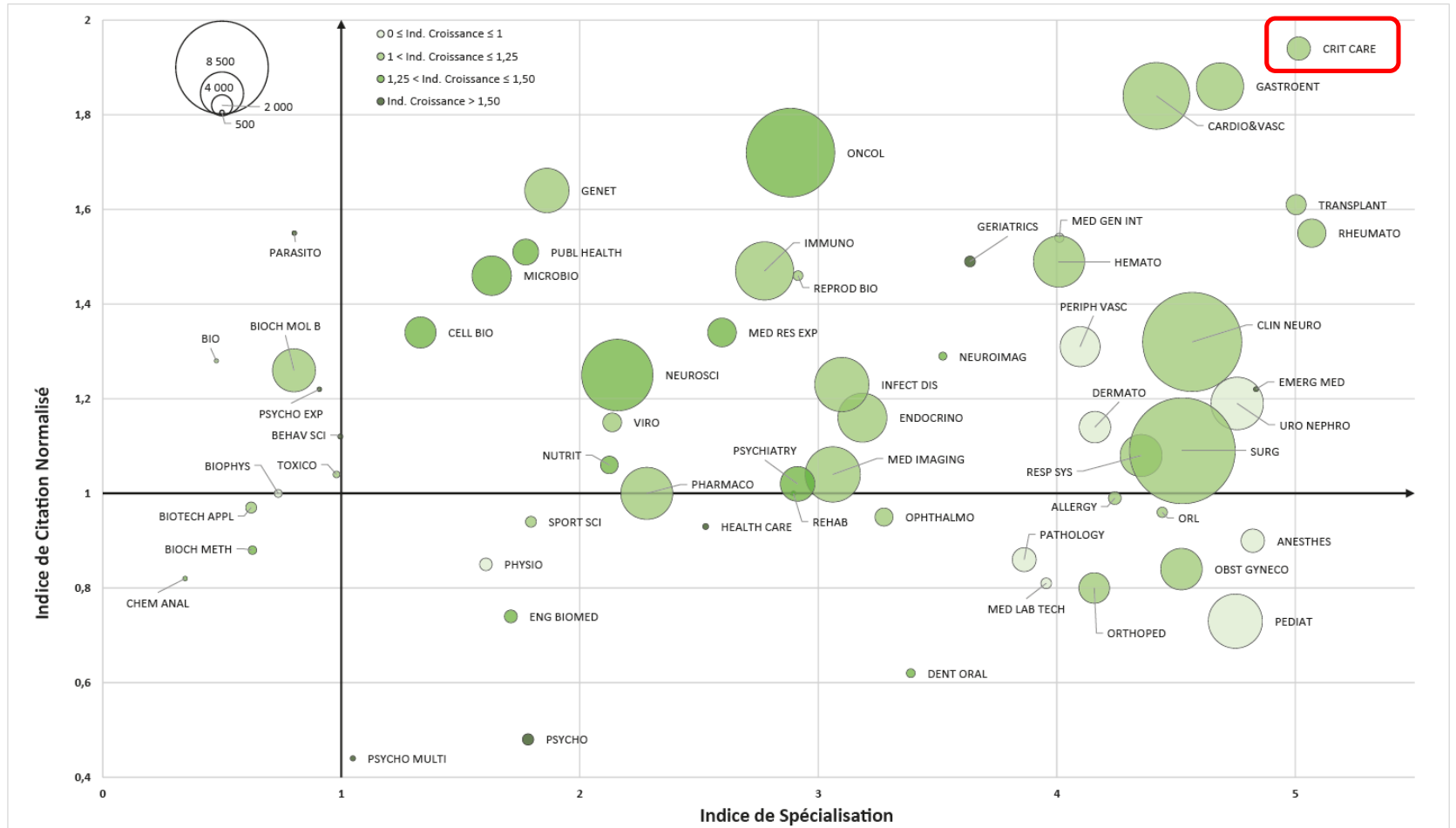
**Lits de gravité  
intermédiaire**

### Pour 15 lits:

Le total est de 14 335 heures annuelles. Un praticien effectuant 208 jours de 7 heures 48 minutes (7,8 heures), soit 1 622 heures annuelles, ce chiffre nécessite  $14\ 335 / 1\ 622 = \underline{9\ ETP}$  [3].

Valentin et al.

Intensive Care Med (2011) 37:1575–1587  
DOI 10.1007/s00134-011-2300-7

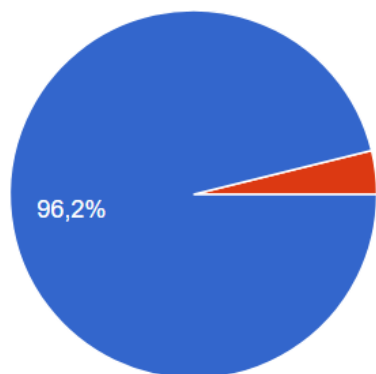


Données : Clarivate Analytics; Traitements : CNCR

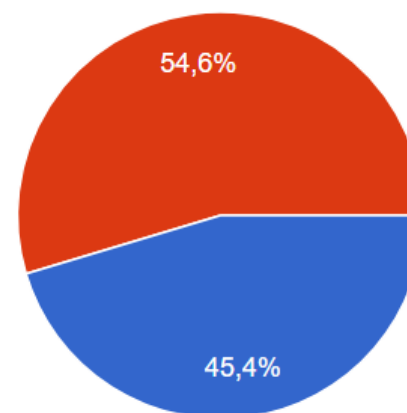
# Activité Professionnelle

Sur la base des réponses de l'enquête du SMR sur la QVT:

## Activité



● Complet  
● Partiel



● Oui  
● Non

Transversale - Hospitalière

# Enquête Démographique CeMIR

## Lits de Réanimation

Périmètre de l'enquête (299 services) = 4337 lits de réanimation (2500 Public extra-U)

	Total	« Public Extra-U »
	N=217 répondants (=3148 lits=62% de la SAE 2019)	N=127 répondants
<b>Nombre médian de lits</b>	<b>12</b>	<b>11</b>
IQR (25-75)	10-16	8-14
Services avec 12 lits ou moins	58%	71%

- 24,1 % ont moins de 10 lits
- 87% des services ont l'intégralité des lits ouverts (idem extra U) : 13% de services avec lits fermés

# Enquête Démographique CeMIR

## Lits d'USC adossés aux réanimations

Périmètre de l'enquête (299 services) = 2335 lits d'USC adossés (1376 Public extra-U)

**93% des réanimation ont une USC attenante (91% en Public Extra-U)**

	Total	« Public Extra-U »
	N=217 répondants (=1695 lits)	N=127 répondants (1376 lits)
<b>Nombre médian de lits</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
IQR (25-75)	5-10	4-8



## Les Effectifs Médicaux

	n	Total	MED	IQR(25-75)	Lowest	Highest	MEAN	SD
<b>Effectifs cibles en ETP</b>	<b>164</b>	<b>1327,5</b>	<b>7,5</b>	<b>6-9</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>3,1</b>
Effectifs réel en ETP	166	1167	6,5	5-8	1	23,8	7	3
Déficit en ETP	164	160	0,75	0-2	-5	9	1	1,6
<b>Effectifs réel en personne</b>	<b>164</b>	<b>1320</b>	<b>7</b>	<b>6-10</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>3,5</b>

Postes vacants: 57% des services ont au moins 1 poste vacant

36,5% ont fait appel à des intérimaires dans l'année

# Organisation Temps de Travail et PDS

## Liste de garde :

- 56 % des services font appel à des «Extérieurs»
- 1 garde tous les 5 j
- 1 WE sur 2

**Calcul du temps de travail en «Temps continu» :** Nécessité d'une augmentation des RH de 20% d'ETP

**55% des services - 64% des Extra U**

## Evolution à venir

### Démocratisation du temps partagé et du temps partiel

**Table 4** Impact of gender in career advancement and quality of life

Question	n/total of respondents to this question (%)
Being a woman is a barrier in the intensivist career's advancement	90/298 (30%)
Pregnancy is a barrier to academic advancement of women intensivists	201/276 (79%)
There is an imbalance between personal and professional life	75/276 (27%)
Wish they could work part-time	136/276 (49%)

## Conclusion

---

- **Définir un nombre d'ETP par service apparait un élément nécessaire à l'heure de la QVT**
- **Se fixer des cibles en accord avec les différentes recommandations**
  - Objectif 0,7 ETP par « lit de réanimation ouvert »...
- **Le TTA ne doit pas être la solution unique au manque de candidats**
- **Ne pas négliger les évolutions sociétales:** Démocratisation du temps continu, travail partagé, temps partiel...

**MERCI**

# Qu'est ce que la PECH ?

---

Introduite en 2017 par 2 décrets et 2 arrêtés du 14 mars 2017

**Objectifs** : accompagner l'exercice des jeunes médecins en zones sous denses et/ou sur des spécialités déficitaires et diminuer le recours aux cliniciens hospitaliers coûteux

**Statuts concernés** : les assistants des hôpitaux et les praticiens contractuels

**Engagement**: le praticien s'engage, au travers d'une convention de carrière hospitalière, à exercer à l'hôpital public **dans une spécialité définie en tension au niveau régional ou au niveau national** et à passer le concours PH

# Types de postes éligibles à la PECH

**Poste dans une spécialité correspondant à un diplôme d'études spécialisées (DES) présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé**

- Spécialités définies par arrêté ministériel pour 3 ans (arrêté du 19 octobre 2020) : anesthésie-réanimation et radiologie
- Prime de 10 000 €

**Poste dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est ou risque d'être insuffisante dans l'établissement**

- Liste de postes arrêtée par le DGARS pour 3 ans **sur proposition des établissements**, et après avis de la CRP.
- Liste définie par établissement et par spécialité
- Possibilité de révision annuelle.
- Prime de 20 000 €

**Possibilité de percevoir de manière cumulative les 2 primes, si les conditions sont remplies : 30 000 €**