

Groupe de travail sur l'autonomie supervisée des DESARs

Le Groupe de Travail « autonomie supervisée » s'est réuni sous l'égide du CNEAR (www.cnear.fr) en lien avec le CNP d'anesthésie-réanimation présidé par Laurent HEYER (CHU de Lyon). La composition complète du groupe, validée en séance plénière par le CNP d'Anesthésie-Réanimation du 23 avril 2019, est la suivante :

Pilotes

- Dominique CHASSARD : dominique.chassard@chu-lyon.fr
- Vincent COMPERE : vincent.compere@chu-rouen.fr

Membres

- Hervé MUSELLEC : musellec.herve@wanadoo.fr (structure libérale)
- Ségolène ARZALIER-DARET : segolene_arzaliier@hotmail.com (structure publique)
- Eric LE BIHAN : eric.le-bihan@aphp.fr (structure publique)
- Stéphanie SURIA : stephanie.SURIA@gustaveroussy.fr (ESPIC)
- Frédéric LE SACHE : frederic.le-sache@aphp.fr (structure libérale)
- Simon CLARIOT : simon.clariot@gmail.com (DESAR)
- Viviane LAURET : viviane.lauret@live.fr (DESAR)
- Alexandre SAR : alexandre.sar@protonmail.com (DESAR)

Objectifs du groupe de travail

Ce groupe de travail a été constitué afin de pouvoir anticiper la mise en place du statut de docteur junior dans le cadre de la réforme du troisième cycle (novembre 2021 pour notre spécialité) et de répondre aux interrogations concernant les internes actuellement séniors en fin de cursus dans le cadre de l'autonomie supervisée.

Ce groupe a donc pour objectifs précis 1) d'identifier la réalité actuelle de la séniorisation afin de 2) analyser les difficultés potentielles ou avérées de ce

statut. Cet état des lieux permettra de formaliser 3) les conditions d'accès au statut d'autonomie supervisée et 4) le cadre d'exercice pour le DESAR et le superviseur et 5) donc d'anticiper au mieux la mise en place du statut de docteur junior dans le cadre de la phase de consolidation, dernière année du nouveau DES d'Anesthésie-Réanimation.

A l'issue de ce travail, le groupe devra formaliser un document qui permettra d'harmoniser les conditions d'entrée ainsi que de l'exercice du statut d'autonomie supervisée.

1) Etat des lieux

De nombreuses structures publiques positionnent, depuis quelques années, les DES d'anesthésie-réanimation en fin de cursus sur un statut d'autonomie supervisée, appelée séniorisation, sous l'égide des MAR titulaires du service. Par ailleurs, les structures libérales et publiques font appel aux internes en possession d'une licence de remplacement afin de pouvoir réaliser des activités d'anesthésie-réanimation pour lesquelles les conditions réelles de cet exercice sont peu connues (autonomie complète, partielle,...).

Il n'existe que très peu de donnée concernant ce statut hormis des résumés ponctuels ayant été soumis à la SFAR et l'enquête déclarative du SNPHAR publiée en janvier 2019.

Nous avons donc formalisé un questionnaire à destination de l'ensemble des DES d'Anesthésie-Réanimation de 7, 8, 9 et 10^{ème} semestre. Le groupe de travail ayant estimé que la pratique du « remplacement » pouvait rentrer dans ce périmètre d'autonomisation, nous avons élargi le questionnaire à ce domaine. Les résultats sont présentés dans l'annexe 1.

2) Phase dite d'autonomie supervisée dans la réforme du troisième cycle

Les différents arrêtés liés au statut et sur lesquels reposent notre document sont mis en annexe.

a) Cadre réglementaire

Une instruction ministérielle récente (INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE n° DGOS/RH1/DGESIP/A1-4/2020/13 du 20 janvier 2020) résume l'ensemble des informations concernant le statut de docteur Junior. **Bien que docteur en médecine, le docteur junior reste en formation pendant toute la durée de la phase de consolidation.**

La formation de l'étudiant en troisième cycle des études médicales comprend trois phases successives (*Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016*)

- La phase 1 dite « phase socle » qui recouvre l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession
- La phase 2 dite « phase d'approfondissement » qui correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie
- La phase 3 dite « phase de consolidation » correspondant à la consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité

En Anesthésie-Réanimation, la phase 1 est d'une durée d'un an, la phase 2 de 3 ans et la phase 3 d'un an. L'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées précise les objectifs pédagogiques ainsi que les modalités d'évaluation.

Enfin, la phase d'autonomie supervisée qui correspond à cette phase 3 a été définie dans le cadre du Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant sur les dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie, création du statut de docteur junior. Deux textes supplémentaires (arrêtés du 15 et 16 janvier 2020) précisent les contours de ce statut.

b) statut de docteur junior

Le docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome. Il suit sa formation sous le régime de l'autonomie supervisée. Les

actes réalisés sous ce régime le sont par le docteur junior seul. La nature des actes est progressivement diversifiée jusqu'à recouvrir, au terme de cette phase, l'intégralité des mises en situation figurant dans le référentiel défini à l'alinéa suivant. Ces éléments sont inscrits dans le contrat de formation prévu à l'article R. 632-26 du code de l'éducation

Les étapes du parcours permettent au docteur junior d'acquérir progressivement une pratique professionnelle autonome. Les actes, que le docteur junior ne réalise pas encore en autonomie supervisée, sont réalisés dans les conditions en vigueur durant la phase socle et d'approfondissement. Le docteur junior exerce ses fonctions par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. Le docteur junior, à sa demande, peut être autorisé à participer, dans le cadre de ses obligations de service en stage et compte tenu des nécessités pédagogiques, au service de gardes et astreintes médicales.

Le décret du 16 janvier 2020 précise dans le détail 1) les mises en situation et actes communs aux groupes de spécialités 2) la prise en charge des urgences 3) les étapes chronologiquement successives de la supervision et de la restitution 4) les actes techniques 5) le travail en équipe et 6) l'exercice professionnel. **Ce document insiste sur la progression en 3 étapes** : présence continue du praticien superviseur avec restitution directe puis présence ponctuelle du superviseur (par exemple au début et à la fin des actes) avec une restitution quotidienne et enfin une restitution à posteriori au décours du geste ou alors hebdomadaire des activités réalisées.

c) objectifs pédagogiques de la phase de consolidation

L'étudiant acquiert les compétences spécifiques lui permettant de se préparer à l'exercice professionnel en responsabilité :

- Réaliser une consultation d'anesthésie, rédiger une conclusion et une conduite à tenir. Transmettre une information au patient.
- Identifier et minimiser les risques d'incidents graves et les effets indésirables, y compris les complications potentielles d'une maladie
- Conduire une anesthésie
- Interagir avec les autres personnels paramédicaux (IADE, IBODE , IDE de réanimation) et médicaux (chirurgiens ou médecins interventionnels)
- Procéder à une visite médicale multidisciplinaire au sein d'une unité d'hospitalisation
- Participer aux mesures de surveillance des infections en vigueur au plan local
- Identifier les risques environnementaux et favoriser la sécurité des patients et du personnel
- Organiser une étude de cas en groupe
- Utiliser les systèmes de cotation pour évaluer la gravité d'une pathologie,
- Etre capable d'analyser le case mix et la charge de travail
- Démontrer sa compréhension des responsabilités administratives et de gestion incombant à un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation

3) Prérequis permettant de rentrer dans la phase de consolidation

a) réglementaire

Lorsqu'il a validé l'ensemble des connaissances et les compétences nécessaires à la validation de la phase 2 de la spécialité suivie, soutenu avec succès la thèse mentionnée à l'article R. 632-23 du code de l'éducation et obtenu le diplôme d'Etat de docteur en médecine, l'étudiant de troisième cycle des études de

médecine est nommé en qualité de docteur junior par le directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement.

Les modalités d'évaluation et de validation de la phase d'approfondissement reposent sur l'évaluation des connaissances par des questions à choix multiples, des tests de concordance de scripts et des dossiers cliniques progressifs et la validation des stages ainsi que l'évaluation des compétences par la progression de réalisation de gestes en autonomie suivie sur le Port Folio numérique. La commission locale de coordination vérifie que l'étudiant a acquis les connaissances et les compétences nécessaires à la validation de chaque phase telle que définie dans le contrat de formation. Elle transmet son avis au directeur de l'unité de formation et de recherche qui décide de la validation de la phase. Si la phase est validée, l'étudiant accède à la phase suivante.

b) proposition de la spécialité

Le groupe de travail propose que de façon complémentaire le coordonnateur puisse organiser un entretien formalisé en fin de septième semestre afin de pouvoir évaluer spécifiquement les compétences liées à l'autonomisation supervisée qui repose notamment sur l'évaluation de l'autonomie en stage (à créer sur la feuille d'évaluation de stage). Cet entretien pourrait aussi s'appuyer sur des éléments objectifs (leadership, aspect relationnel, gestion de crise) synthétisés sous forme d'une grille formalisée qui pourrait être renseignée par exemple lors de séances de simulation lorsque ces dernières sont organisées dans le cadre de l'enseignement du DES. Enfin, un référentiel de compétences (GT CNEAR ad hoc en cours de travail) pourra être aussi proposé.

Proposition de grille d'évaluation de l'autonomie (annexe 2)

- Qualité de transmission des informations
- Qualité de l'évaluation préopératoire ou de l'état clinique d'un patient en réanimation
- Evaluation des risques et capacité d'appeler à l'aide si besoin
Intégration et interaction avec les différents intervenants de l'équipe : paramédicaux et médicaux
- Gestion de crise
- Communication respectueuse et adaptée avec le patient et son entourage
- Qualité de Leadership

Le GT propose que le niveau d'autonomie se fasse avec l'accord formel de l'étudiant.

Le GT propose que l'accord du chef de service et des praticiens qui seront en charge de la supervision de l'étudiant soit validé de façon individualisée pour chaque interne.

Le choix de stages pour la phase de consolidation qui se fera sous la forme d'un « big matching » (et non plus sur le rang ECN) sera testé en 2020 pour les DES d'une durée de 4 ans. Ce test grandeur nature permettra à la discipline de pouvoir anticiper au mieux cette nouvelle forme de répartition pour 2021, qui correspond à la première promotion de MARPOP rentrant en phase de consolidation.

4) Cadre de l'autonomisation en anesthésie-réanimation-médecine périopératoire

a) réglementaire

Le docteur junior est affecté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les lieux de stage fixés au deuxième alinéa de l'article L. 632-5 du code de l'éducation.

Toute structure publique ou privée, universitaire ou non, tout organisme extrahospitalier (laboratoires, administrations, etc) et les praticiens maîtres de stage peuvent déposer une demande d'agrément conformément aux articles 16 et 17 de l'arrêté du 12 avril 2017. Les lieux de stage hospitaliers et maîtres de stages ambulatoires peuvent ainsi solliciter cet agrément à condition que leurs activités et l'organisation de la formation répondent aux exigences des maquettes de formation et que l'accès à l'autonomie et l'organisation de la supervision soient assurés. A ce titre, il convient de préciser qu'un lieu de stage ou un maître de stage peut être agréé pour la phase de consolidation alors qu'il n'a pas demandé à être agréé pour les phases socle et d'approfondissement.

Il appartiendra aux UFR de proposer un nombre de terrains de stage (lieux et maîtres de stages) et aux ARS d'agréer ces terrains de stage en :

- S'assurant d'un volume de candidatures suffisant soumis à la procédure d'agrément ;
- Veillant à assurer un équilibre au sein de l'ensemble des candidatures en lien avec la diversité des modes d'exercice et des projets professionnels de leurs étudiants ; il est en outre possible que des projets prévoient des stages mixtes ;
- Veillant au cas par cas aux effectifs d'internes (en phase socle et en phase d'approfondissement) et de docteurs juniors à prévoir au sein d'une même équipe d'accueil.

Après un entretien individuel à l'entrée dans la phase 3, avec le coordonnateur local de la spécialité et le praticien responsable du lieu de stage, la nature, le nombre et les conditions de réalisation des actes que le docteur junior est en mesure d'accomplir en autonomie supervisée font l'objet d'une concertation entre le docteur junior et le praticien responsable du lieu de stage, en lien avec le coordonnateur local de la spécialité. La nature des actes est progressivement diversifiée jusqu'à recouvrir, au terme de cette phase, l'intégralité des mises en situation figurant dans le référentiel. Ces éléments sont inscrits dans le contrat de formation prévu à l'article R. 632-26 du code de l'éducation.

Les actes que le docteur junior ne réalise pas encore en autonomie supervisée sont réalisés dans les conditions en vigueur durant la phase socle et d'approfondissement.

Dans les trois mois qui suivent sa nomination, le docteur junior demande à être inscrit pour la durée de la phase 3 restant à accomplir sur un tableau spécial établi et tenu à jour par le conseil départemental de l'ordre des médecins du département du centre hospitalier universitaire de rattachement.

En application de l'article L. 4111-1-1, le docteur junior, à sa demande, peut être autorisé à participer, dans le cadre de ses obligations de service en stage et compte tenu des nécessités pédagogiques, au service de gardes et astreintes médicales. Cette autorisation est délivrée par le directeur de la structure d'accueil, en accord avec le praticien dont il relève, pour la durée restante du stage, et après avis du chef de service. Elle est transmise au conseil de l'ordre auquel le docteur junior est inscrit. Le conseil de l'ordre fait figurer au tableau spécial mentionné à l'article R. 6 153-1-1 la capacité du docteur junior à assurer des gardes ou des astreintes médicales. Pour chaque garde ou astreinte médicale, le directeur de la structure d'accueil communique préalablement au

conseil de l'ordre les éléments relatifs à celles-ci, notamment les dates et lieux où le docteur junior les assure. Ces éléments sont enregistrés par le conseil de l'ordre.

La liste des spécialités dans lesquelles cette autorisation peut être accordée est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

b) propositions de la spécialité sur l'autonomie du docteur junior.

Il est recommandé de rédiger un contrat de formation formalisé pour chaque service (anesthésie, réanimation, SAMU) accueillant des docteurs juniors qui précisent :

- le périmètre de l'autonomie (soit sous forme de typologie de patient, soit sous forme de spécialité chirurgicale, soit sous forme d'unité de lieu).
- les actes et situations laissés à l'étudiant en autonomie supervisée en précisant l'évolutivité de ces derniers sous forme d'objectifs plus que de période temporelle.
- la liste des connaissances préalables permettant de rentrer dans le statut d'autonomie supervisée (organisation du service, connaissance des lieux et des autres professionnels présents, connaissance des protocoles et procédures en vigueur, formation aux logiciels présents (dossier patient, prescription, processus anesthésique, ...)). En dehors des docteurs juniors qui sont déjà passés dans le service où ils sont en autonomie supervisée, il est obligatoire d'octroyer un temps d'adaptation minimum en début de stage permettant à l'étudiant d'acquérir les objectifs fixés par l'équipe avant qu'il puisse être positionné en autonomie supervisée.

- la liste des réunions auxquelles le docteur junior doit participer (réunions de service, RMM, dossiers difficiles, programmation).

Le GT recommande plusieurs éléments afin de sécuriser l'environnement de l'autonomie supervisée

- En Anesthésie, l'interne en autonomie supervisée ne peut pas travailler sur plus d'une salle que cela soit en période ouvrée ou en PDS et sans sénior de recours immédiat.
 - *La supervision en anesthésie en journée doit se faire en présence physique d'un sénior d'Anesthésie-Réanimation sur le même site qui peut faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou l'anesthésie effectuée (décret sécurité 1994).*
 - *Dans le cadre de la PDS, la supervision en anesthésie doit se faire dans le cadre d'une double garde avec un sénior sur place.*
- En Réanimation, l'interne peut travailler en autonomie supervisée sur un nombre de lits qui sera à définir précisément par chaque équipe que cela soit en période ouvrée ou en PDS.

La supervision en réanimation en journée doit se faire en présence physique d'un sénior sur le même site qui peut intervenir dans un délai raisonnable en cas d'une urgence (cas de la ventilation/intubation impossible).

Dans le cadre de la PDS, la supervision en réanimation peut se faire dans le cadre d'une astreinte formalisée dans un tableau de service à partir du moment où il existe un sénior de la discipline (MAR ou réanimation médicale) de garde sur place sur un autre tableau après rédaction d'une charte de collaboration.
- Exclusion de l'interne dans la pratique l'anesthésie délocalisée des blocs opératoires
- Exclusion de l'interne dans la visite postopératoire le WE sans praticien sénior de recours présent.

5) Cadre de la supervision

a) réglementaire

Le docteur junior, bien que docteur en médecine ou en pharmacie, est en formation pendant toute la durée de la phase de consolidation. Il ne sera qualifié dans la spécialité de son DES et autorisé à exercer qu'après avoir validé l'ensemble des connaissances et compétences de sa maquette de formation et après l'obtention de son DES et son inscription définitive à l'ordre.

Durant cette même phase, le docteur junior réalise seul des actes sous le régime de l'autonomie supervisée, décrite à l'article R. 6153-1-2 du CSP, selon un référentiel d'actes et de mises en situations, fixant les étapes du parcours lui permettant d'acquérir une autonomie croissante et supervisée pour mettre en œuvre progressivement les connaissances et compétences à acquérir durant cette phase, conformément aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et des dispositions générales définies à l'article 4 de l'arrêté du 21 avril 2017.

Ces actes et mises en situations sont réalisés par délégation du chef de service ou du maître de stage et le docteur junior est juridiquement couvert par son établissement ou son CHU de rattachement.

La supervision est assurée par un praticien auquel le docteur junior peut avoir recours à tout moment de son exercice, conformément aux tableaux de service. Elle a pour objet le conseil, l'accompagnement dans les actes médicaux accomplis par le docteur junior et la prise en charge d'une situation à laquelle ce dernier ne pourrait faire face en autonomie.

Le praticien responsable du lieu de stage ou, en son absence, un médecin ou un pharmacien affecté dans ce lieu, organise la restitution régulière par le docteur junior de toute activité réalisée en autonomie.

Le docteur junior exerce ses fonctions par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

B) propositions de la spécialité sur le cadre de la supervision par les médecins séniors

- La supervision en anesthésie doit se faire en présence physique d'un sénior sur le même site qui peut faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou l'anesthésie effectuée (décret sécurité 1994).
- Dans le cadre de la PDS, la supervision en anesthésie doit se faire dans le cadre d'une double garde avec un sénior de la discipline sur place.
- La supervision en réanimation doit se faire en présence physique d'un sénior sur le même site qui peut intervenir dans un délai raisonnable en cas d'une urgence (cas de la ventilation/intubation impossible).

Dans le cadre de la PDS, la supervision en réanimation peut se faire dans le cadre d'une astreinte formalisée à partir du moment où il existe un sénior de la discipline (*MAR ou réanimation médicale*) de garde sur place sur un autre tableau après rédaction d'une charte de collaboration.

- Dans la période probatoire avant l'autonomie complète, le docteur junior sera sous la supervision d'un médecin anesthésiste réanimateur qui ne pourra pas gérer plus de deux salles intégrant celle de l'interne en autonomie, afin d'être en capacité d'intervenir à tout moment.

- Lorsque l'interne sera en autonomie complète, celui-ci sera sous la responsabilité du chef de service
- L'interne en autonomie supervisée ne devra pas avoir la responsabilité d'un interne junior au bloc opératoire
- Tous ces éléments doivent être intégrés dans une charte de fonctionnement qui servira au coordonnateur pour agréer le service pour la phase de consolidation

Conclusion

Le GT insiste sur l'importance de considérer le docteur junior comme un jeune collègue thésé mais n'ayant pas encore validé son DES d'anesthésie-Réanimation-médecine péri-opératoire. Il ne peut servir de variable d'ajustement permettant de répondre aux difficultés démographiques médicales vécues par les établissements, notamment publics. Le docteur junior devra acquérir de façon progressive l'autonomie selon 3 phases (supervision continue puis ponctuelle et enfin à posteriori). Les équipes d'accueil de docteur junior devront identifier précisément les objectifs en termes de compétence permettant de passer d'une étape à l'autre en les incluant sous la forme d'un contrat de formation qui devra être absolument fourni et validé par le coordonnateur pour pouvoir obtenir l'agrément de stage de consolidation. Le périmètre de travail du docteur junior, du fait des spécificités liées au caractère critique de l'exercice de l'anesthésie-réanimation, devra aussi être clairement précisé dans ce contrat de formation permettant de sécuriser la pratique du docteur junior. Une question qui reste en suspens est la gestion de la phase de transition jusqu'à novembre 2021 avec la gestion du statut actuel d'autonomie supervisée qui n'est pas encadré comme celui de docteur junior. Enfin après

2021, la coexistence du statut de remplaçant (possible après le 5^{ème} semestre) et celui de docteur junior au sein des mêmes structures sera un facteur majeur de confusion dans l'organisation médicale.

ANNEXE 1

Introduction

Le questionnaire a été soumis par le CNEAR aux DESARs pendant une période de 2 mois (novembre et décembre 2019) via les coordonnateurs du DES avec un premier envoi le 24 octobre et deux relances effectuées par la suite.

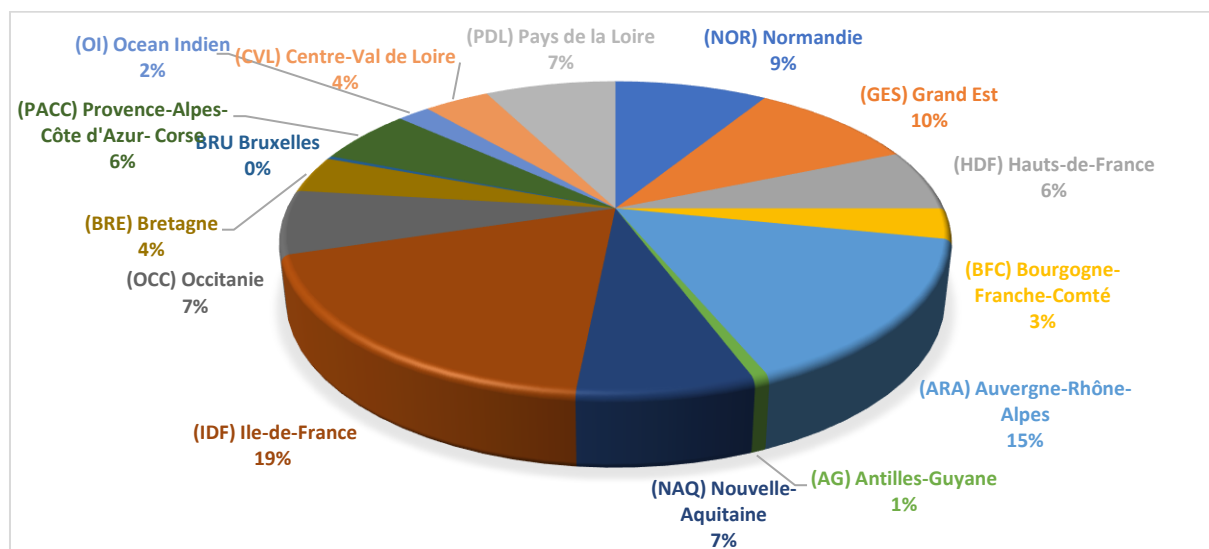
La population cible était les DES AR de 4^{ème} et 5^{ème} année, ce qui correspondait à une cible théorique de 920 internes (433 nominations en 2014 et 487 en 2015).

Trois questionnaires distincts ont été envoyés 1) un général sur l'autonomie supervisée 2) un spécifique sur l'autonomie supervisée dans le cadre d'un stage d'interne et 3) un autre spécifique dans le cadre du remplacement.

Un des biais majeurs de l'étude concerne la date d'envoi du questionnaire correspondant à la période de changement de semestre avec une interprétation difficile du semestre de l'interne répondant au questionnaire.

Questionnaire 1

317 réponses (taux de réponse 34,4%) avec la répartition régionale suivante



Une autonomie supervisée a été proposée dans **90,28 % des cas** avec la répartition en termes de structure et de semestre d'AS suivante

	total	Semestre 5	Semestre 6	Semestre 7	Semestre 8	Semestre 9	Semestre 10
CHU	83,92 %	13,10%	15,11,7%	23,17,9%	24,18,7%	36,28,1%	17,13,3%
CH	32,33%	4,9,5%	9,21,4%	7,16,6%	10,23,8%	9,21,4%	3,7,1%
Libéral	9,10%	1,7,6%	2,15,4 %	4,30,7%	4,30,7%	2,15,4%	0
ESPIC	9,10%	3,20%	3,20%	2,13,3%	3,20%	2,13,3%	2,13,3%

Présentation sous forme n, %

Les intérêts et les difficultés générales du statut sont résumés dans le tableau (sur les 90 internes ayant été en position d'AS)

Intérêt		Difficulté	
Mise en responsabilité progressive	92%	Reconnaissance du statut	50%

Autonomie	79%	Interaction avec les équipes chirurgicales	44%
Evolution correspondant aux objectifs pédagogique	69%	Raisonnement médical	38%
Responsabilité organisationnelle	68%	Interaction avec équipes soignantes	37%
Management équipe	68%	Absence effective de supervision	30%
Faire des consultations	28%	Gestion lit de réanimation	23%
Faire la visite	28%	Interaction cointernes	14%
		Gestion périopératoire des lits de chirurgie	9%
		Gestion consultation	7%

Recommandation du statut d'AS aux futures générations 7,4/10

Q2

59 réponses (taux de réponse 6,4%)

	total	Semestre 5	Semestre 6	Semestre 7	Semestre 8	Semestre 9	Semestre 10
CHU	43,72,8 %	7,11,9%	7,11,9%	6,10,2%	11,18,7%	8,13,6%	4,8%
CH	13,22%	1,1,7%	0,0%	2,3,4%	6,10,2%	3,5%	0,0%
Libéral	3,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3,4%	0,0%	0,0%
ESPIC	2,3,3%	0,0%	1,1,7%	0,0%	1,1,7%	0,0%	1,1,7%

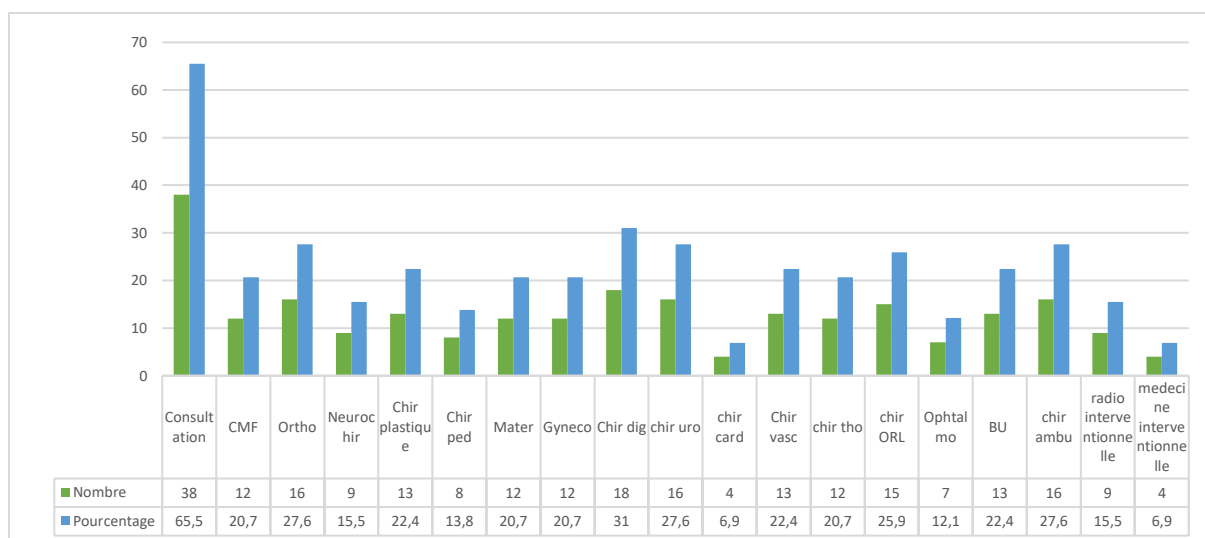
Présentation sous forme n, %

Prérequis

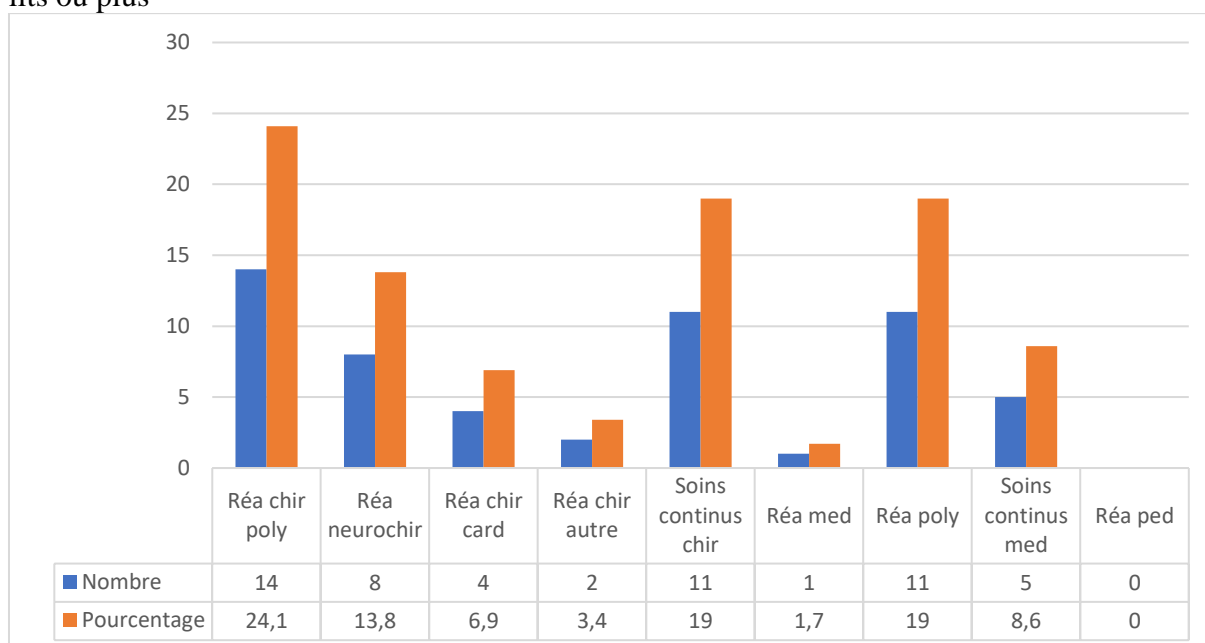
Aucun	35,7%
Validation chef de service	32,1%
Validation par un PH	25%
Déjà passé interne dans le stage	12,5%
Validation coordinateur	12,5%
Validation examen théorique	7,1%
Validation simulation	1,8%
Validation compétences relationnelles	1,8%

Secteur

Anesthésie 60% CHU (74%) et CH (17%) dans des secteurs importants (Bloc de plus de 8 salles (60%) ou alors maternité de plus de 3000 accouchements (63 %) avec la répartition suivante en termes de secteur.



Réanimation 32 % CHU (61%) et CH (28%) avec dans 71% des cas des réanimation de 8 lits ou plus



Organisation

Activité ouvrée	75%
Activité PDS	61,4%
Activité WE	54,4%
Volontariat	67,2%
Temps non clinique	42,9%
Rémunération supplémentaire	29,8%
Fiche de poste ou contrat pédagogique	7%
Accord de la direction	35,1%

Dans 68,4 % des cas, il existe un compagnonnage d'une durée de 37,8 jours en moyenne

Aucun problème de supervision dans 73 % des cas avec dans 67,2% des cas un sénior sur place et dans 27,6 % une astreinte téléphonique. Dans 10,8% des cas, le contact est souvent ou toujours difficile avec dans 5,2 % des cas une supervision inexistante. Le sentiment de sécurité est noté de 7,4/10, d'isolement 2,9/10 et d'abandon 2,4/10

Survenue d'un événement indésirable durant une pratique d'autonomie supervisée 29% des cas (mineur 19%, Modéré 69 % et majeur 12%) dont 37 % des cas liés au fait d'être en formation (mineur 17 %, Modéré 50% et majeur 33%). Pour ces derniers cas, une aide immédiate a été fournie dans 67 % des cas et téléphonique avec déplacement secondaire dans 33% des cas. Dans 50% des cas, il n'y a eu aucune conséquence et dans les 50% restant des conséquences psychologiques. Aucune conséquence judiciaire ou remontrance hiérarchique n'a été notée.

Q3

107 réponses (taux de réponse 11,6%)

Début du remplacement	Semestre 5	Semestre 6	Semestre 7	Semestre 8	Semestre 9	Semestre 10
Taux	10,6%	35,9%	30%	18,4%	4,8%	0

Majoritairement dans des structures publiques 66,4%, privées 50,5 %

Activité ouvrée 74,8%, PDS 58,9% WE 56,1%

Anesthésie 80,3% Réanimation 46,7%

Activité isolée 21,5% avec dans 19,6 % une activité en absence d'un autre médecin

Motivation du remplacement

Motivation Financier 46,4%, Autonomisation 37,6%, élargissement horizon 33,6%

Intérêt		Difficulté	
Autonomie	97,2%	Raisonnement médical	42,7%
Evolution correspondant aux objectifs pédagogique	69%	Organisation du bloc opératoire	35%
Responsabilité organisationnelle	79,4%	Interaction avec les équipes chirurgicales	29,1%
Management équipe	70,1%	Gestion lit de réanimation	18,4%
Faire des consultations	20,6%	Interaction avec équipes soignantes	13,6%
Faire la visite	12%	Difficulté à la réalisation d'actes	10,7%
		Reconnaissance statut de remplaçant	8,7%
		Absence de supervision	6,8%
		Gestion consultation	4,9%
		Gestion lit de chirurgie	4,9%

Événements indésirables

Survenue d'un événement indésirable durant un remplacement 14% des cas (mineur 66,6%, Modéré 26,6 % et majeur 6,6%) dont 26,6 % des cas liés au fait d'être en formation (mineur 50%, Modéré 25% et majeur 25%). Pour ces derniers cas, une aide immédiate a été fournie

dans 50% des cas et dans l'autre moitié, une aide téléphonique avec déplacement secondaire.
Dans 50 des cas, il n'y a pas eu de conséquences dans l'autre moitié des cas, des conséquences psychologiques avec des répercussions judiciaires pour un cas.

Recommandation du statut de remplaçant 8,3/10

ANNEXE 2

Grille évaluation autonomie

<u>compétences</u>	<u>Impossible</u> <u>de se</u> <u>prononcer</u>	<u>Non</u> <u>acquis</u>	<u>en cours</u> <u>d'acquisition</u>	<u>Acquis</u>
<u>A de la facilité à s'adapter</u> <u>rapidement face à des</u> <u>situations qu'il ne maîtrise</u> <u>pas (gestion du stress)</u>	-	-	-	-
<u>Capacité d'adaptation aux</u> <u>situations imprévues</u> <u>(tâches, horaire,...)</u>	-	-	-	-
<u>Exerce une influence</u> <u>positive auprès de ses</u> <u>collègues (leadership</u> <u>positif).</u>	-	-	-	-
<u>Applique avec rigueur les</u> <u>règles de sécurité établies</u>	-	-	-	-
<u>Organise son</u> <u>environnement de travail</u> <u>afin d'être efficace</u>	-	-	-	-
<u>Démarche d'amélioration</u> <u>continue de ses</u> <u>compétences</u>	-	-	-	-
<u>Fait preuve de jugement</u> <u>et demande de l'aide</u> <u>lorsque la situation l'exige.</u>	-	-	-	-
<u>Sait transmettre des</u> <u>informations</u>	-	-	-	-

<u>Pertinentes à ses collègues</u>				
<u>Donne des informations de qualité sur l'évaluation préopératoire ou sur l'état clinique d'un patient en réanimation et au bloc opératoire</u>	-	-	-	-
<u>Qualité de l'intégration au sein de l'équipe anesthésie réanimation</u>	-	-	-	-
<u>Coopération avec l'équipe soignante au bloc opératoire (IADE) et/ou dans le service (IDE réanimation)</u>	-	-	-	-
<u>Interaction avec l'équipe chirurgicale pour la prise en charge des patients</u>	-	-	-	-