

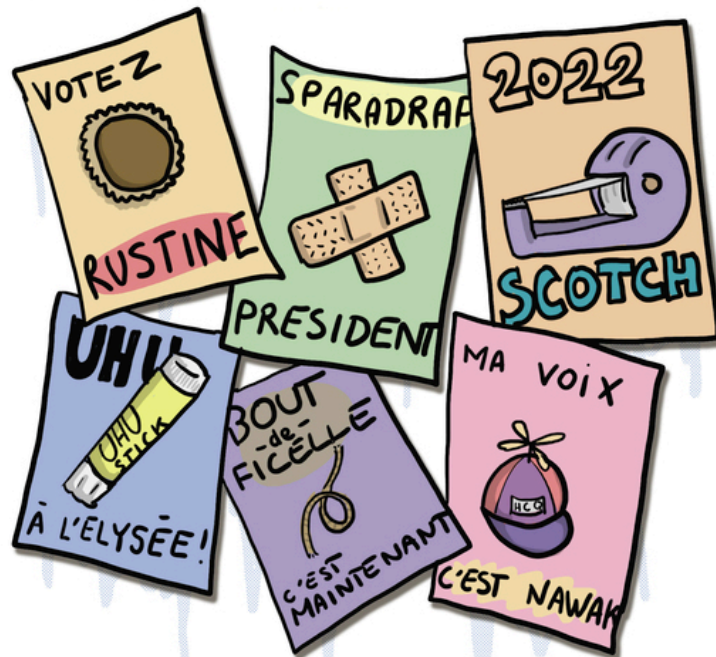
# AJMU

LE MAGAZINE

Dossier :  
présidentielles  
et Santé

## SANTÉ : QUEL CANDIDAT

Actualité :  
réforme du  
statut de PH et  
PHC



Alcool aux  
urgences

## POUR QUEL PROGRAMME ?

BPCO

@payetesurgences



## L'EDITO :

J'attends toujours le mois de Mars avec beaucoup d'impatience. Passage à l'heure d'été, début du printemps, choix du stage suivant mais aussi mois de la femme - oui, dans mon esprit, cette journée donne l'opportunité d'en parler bruyamment pendant un mois, c'est comme ça. Et en cette année 2022, le mois de Mars c'est aussi le mois des débats pour les élections présidentielles.

Alors, à l'Association des Jeunes Médecins Urgentistes, on s'est dit qu'on allait surfer sur la vague et te parler des programmes santé des candidats. On est restés factuels, parce qu'on n'a pas à orienter ton choix de vote. Et d'ailleurs, je suis sûre que dans le bureau, on n'a pas tous les mêmes idées, les mêmes envies.

Mais il y a une chose sur laquelle nous sommes tous d'accord : il faut aller voter.

J'entendrais que tu ne te sentes pas représenté.e. Que tu sois déprimé.e par le manque de considérations pour le monde de la santé - notre couverture te plaît j'espère, d'ailleurs ? Que tu aies l'impression que ça ne va rien changer. Mais c'est un droit qu'il faut exercer, car des droits, ça se perd.

Des exemples ? Parlons de ces nouvelles lois dans certains États aux États-Unis, ayant restreint drastiquement l'accès à l'IVG. Ou plus concrètement pour chacun.e d'entre vous, le manque de respect pour ton temps de travail alors que c'est ton droit. L'absence trop fréquente de chambre de garde où il est possible de dormir, alors que c'est ton droit. Les refus répétés des procédures de droit au remord, alors que c'est ton droit. Et j'en passe, et j'en passe.

Alors, les 10 et 24 Avril, va voter. Saisis toi de ton droit élémentaire.

Et quand tu retourneras en stage la prochaine fois, fais pareil. Prends tes droits. Tu sais, on ne te les rendra pas plus tard.

Olivia



# SOMMAIRE

<b><u>DOSSIER : Présidentielles</u></b>	<b>3</b>
<i>Programme santé</i>	3
<i>La voix des soignants</i>	11
<b><u>ACTU' :</u></b>	<b>16</b>
<i>Réforme du statut de PH et PHC</i>	16
<b><u>POINT DE COURS :</u></b>	<b>18</b>
<i>Alcool</i>	18
<i>BPCO</i>	21
<b><u>« ON A VU, ON A LU »</u></b>	<b>25</b>
<b><u>PÊLE MÊLE</u></b>	<b>26</b>
<b><u>AGENDA</u></b>	<b>27</b>
<b><u>ANNONCES</u></b>	<b>28</b>
<i>Enquête DESMU</i>	28
<i>Offres d'emploi</i>	29
<b><u>PARTENAIRES</u></b>	<b>30</b>

# DOSSIER : Présidentielles - programme santé

Cet article a pour objectif de vous présenter les programmes santé des candidats à l'élection présidentielle. Ils sont au nombre de 12, et n'ont à ce jour pas tous publié de programme écrit.

La source principale d'informations dans laquelle j'ai puisé est le site interne [placedelasanté.fr](http://placedelasanté.fr) qui a effectué un travail remarquable pour détailler le programme santé de certains candidats.

J'ai tenté de regrouper les idées en différents thèmes, souvent communs entre les candidats.

Vous remarquerez que les présentations des candidats ne sont pas de longueurs égales, il ne s'agit pas d'intérêt ou affinité particulier mais du détail que les candidats ont mis dans la présentation de leur programme santé et solidarité.

Ils sont présentés dans l'ordre de l'image ci-dessous.



*Credit photo :  
Hugo décrypte*

## NATHALIE ARTHAUD – LUTTE OUVRIÈRE

Très peu de propositions santé dans son programme

<b>Hôpital public</b>	Embaucher dans les hôpitaux
<b>EHPAD</b>	Embaucher dans les EHPAD
<b>Accès aux soins</b>	Assurer la gratuité des soins

## PHILIPPE POUTOU – NOUVEAU PARTI ANTICAPITALISTE

<b>Hôpital public</b>	Formation et embauche de 200 000 hospitaliers Ouverture de 100 000 lits sur le territoire
<b>Accès aux soins</b>	Installation de centres IVG et maternité sur tout le territoire
<b>Société</b>	Remboursement à 100% par la sécu des parcours de transition de genre
<b>Économie</b>	Expropriation des grands groupes de l'industrie pharmaceutique Lever tous les brevets

## FABIEN ROUSSEL – PARTI COMMUNISTE FRANÇAIS

« Reconstruire la France des jours heureux »

<b>Déserts médicaux</b>	Un médecin ne pourra s'installer en zone dense qu'après un départ en retraite Développement des centres de santé Ouverture de 4000 places en faculté de médecine Pré recrutement de médecins pour les déserts médicaux pendant la formation médicale
<b>Hôpital public</b>	« Refonte de l'hôpital public et nouvelle stratégie nationale de santé » Embauche de 100 000 personnels soignants non médicaux Amélioration des conditions de travail et augmentation du pouvoir de décision des soignants Suspension des projets de restructuration des établissements de santé Remplacement de la T2A par un budget de fonctionnement Remplacement des ARS

<b>Accès aux soins</b>	<p>« Construire la sécurité sociale du 21<sup>ème</sup> siècle »</p> <p>Rendre les soins accessibles à tous</p> <p>Supprimer les dépassements d'honoraires <sup>1</sup></p> <p>Nouvelle définition des hôpitaux de proximité pour qu'ils comprennent tous : SAU + mater niveau 1 + services de médecine et de chirurgie + SSR et accueil des personnes âgées</p> <p>Garantie d'un établissement de santé à moins de 30 minutes</p> <p>Augmentation des capacités d'accueil en psychiatrie</p>
<b>Société</b>	<p>Inscrire dans la Constitution le droit à l'IVG</p> <p>Allongement du délai pour IVG</p> <p>Contraception gratuite</p>

## JEAN LUC MÉLENCHON – LA FRANCE INSOUMISE

« L'avenir en commun » pour incarner « un renouveau social et républicain »

<b>Déserts médicaux</b>	<p>Recrutement de médecins publics</p> <p>Augmentation des moyens des facultés de médecine pour supprimer le numerus clausus</p> <p>Création de centres de santé pluridisciplinaires publics en lien avec les hôpitaux publics</p>
<b>Accès aux soins</b>	<p>Suppression des mutuelles et complémentaires santé= 100% sécurité sociale, avec hausse des cotisations sociales <sup>2</sup></p>
<b>Société</b>	<p>Droit à la contraception et IVG</p> <p>Droit de mourir dans la dignité y compris avec assistance</p> <p>Accès garanti aux soins palliatifs</p> <p>Constitutionnaliser la non marchandisation du corps humain</p> <p>Refus de la GPA</p> <p>Légalisation du cannabis</p> <p>Reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle</p> <p>Promotion de la santé au travail avec visites médicales obligatoires</p>
<b>Économie</b>	<p>Création d'un pôle public du médicament pour supprimer l'influence du secteur privé sur les prix et accès aux médicaments</p>

## ANNE HIDALGO – RÉUNIR LA FRANCE

<b>Déserts médicaux</b>	<p>Création d'un statut de médecin assistant : 1 année de professionnalisation dans les déserts médicaux au lieu de la dernière année d'internat (mieux payée)</p> <p>Suppression du numerus clausus</p> <p>Augmentation des capacités d'accueil des facs de médecine</p>
-------------------------	---

<b>Hôpital public</b>	<p>« <i>plan Marshall pour sauver l'hôpital public</i> »</p> <p>Stopper la fermeture des lits</p> <p>Lancer un plan de recrutement massif</p> <p>Revaloriser les salaires et les carrières</p> <p>Fin de la T2A remplacée par une dotation d'état pour éliminer l'hôpital entreprise »</p> <p>Supprimer les ARS pour développer la démocratie sanitaire au sein des hôpitaux, intégrer les citoyens au conseil d'administration des hopitaux</p> <p>Mettre un terme à l'ONDAM</p>
<b>Accès aux soins</b>	<p>« <i>La santé pour tous, partout</i> »</p> <p>Rétablir un égal accès aux soins</p> <p>Mise en place de nouvelles sécurités sociales grâce à un système redistributif</p>
<b>Société</b>	<p>Droit à mourir dans la dignité : respect absolu de la volonté du patient + accompagnement avec humanité par l'accès universel aux soins palliatifs + aide active à la fin de vie pour celles et ceux qui auront fait ce choix en toute conscience et en toute liberté</p> <p>Engager le débat sur la légalisation du cannabis</p>

## YANNICK JADOT – EUROPE ÉCOLOGIE LES VERTS

<b>Déserts médicaux</b>	<p>Suppression du Numerus Clausus et doubler les capacités d'accueil des facultés de médecine</p> <p>Imposer l'exercice dans les zones en manque de médecins en dernière année d'internat et les 2 suivantes</p> <p>Dans les zones bien pourvues : pas d'installation sans départ d'un autre médecin</p>
<b>Hôpital public</b>	<p>Plan d'urgence : Reprendre la dette des hôpitaux</p> <p>Augmenter le nombre de lits</p> <p>Augmenter le ratio soignants/ patients</p> <p>Embaucher 100 000 infirmières</p> <p>Revaloriser les salaires des soignants de 10% pour être dans la moyenne européenne</p> <p>Réserver la T2A aux actes techniques et programmables</p>
<b>EHPAD</b>	Atteindre le ratio de 8 soignants / 10 résidents
<b>Accès aux soins</b>	<p>Démocratiser le système de santé, égalité d'accès aux services publics</p> <p>Revenir sur la mise en place du forfait patient urgences</p> <p>Investir dans la santé mentale</p>

<b>Société</b>	Droit à une fin de vie digne, choisie et apaisée y compris avec assistance Doubler les lits en soins palliatifs Constitutionnaliser le droit à l'IVG Allonger le délai IVG à 14 SA Reconnaître automatiquement la filiation des enfants nés de GPA pour les deux parents Légaliser le cannabis
<b>Économie</b>	Mieux réguler les médicaments et lever le monopole sur certaines productions essentielles
<b>Innovation/ recherche</b>	Dédier 1% du PIB national pour la recherche publique Création d'une dotation de base pour chaque chercheur

## JEAN LASSALLE – RÉSISTONS !

<b>Déserts médicaux</b>	Financer les études des médecins qui s'engagent à rester 6 ans dans les déserts médicaux Augmenter les places en faculté de médecine
<b>Hôpital public</b>	Augmenter les capacités de 20 000 lits et 100 000 soignants (IDE/ AS) Renforcer le pouvoir de contrôle des ARS
<b>EHPAD</b>	Mieux encadrer les EHPAD
<b>Accès aux soins</b>	Un établissement de santé à moins de 40 minutes de route sur tout le territoire
<b>Économie</b>	Lever les brevets pharmaceutiques Ré orienter la recherche pharmaceutique vers les enjeux de santé les plus importants

## EMMANUEL MACRON- LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ

« Avec vous »

<b>Déserts médicaux</b>	Généralisation des assistants médicaux pour permettre aux médecins de gagner du temps médical Réguler davantage les installations notamment en stoppant les conventionnements dans les zones considérées déjà dotées 4 <sup>ème</sup> année d'internat pour les médecins généralistes avec incitation à aller en zones sous dotées, plutôt une politique d'incitation que de contraintes
<b>Hôpital public</b>	Simplifier l'hôpital public et sa gouvernance Lancer une concertation pour le système de soins
<b>EHPAD</b>	Création de 50 000 postes dans les EHPAD (IDE et AS)



<b>Accès aux soins</b>	Améliorer l'accès aux soins en urgence Créer des postes d'infirmiers salariés dans les secteurs moins dotés en soignants
<b>Société</b>	Installer une convention citoyenne pour trancher le débat sur la fin de vie

## VALÉRIE PÉCRESSE – LES RÉPUBLICAINS

« Le courage de dire, la volonté de faire »

<b>Déserts médicaux</b>	Création d'une dotation de « <i>lutte contre la désertification médicale</i> » Création d'une 4 <sup>ème</sup> année d'internat pour les médecins généralistes sous le statut de Docteur Junior, à faire en déserts médicaux Augmentation du personnel formé : en autorisant les personnels para médicaux avec 5 ans de formation à intégrer le 2 <sup>ème</sup> cycle d'études médicales
<b>Hôpital public</b>	Revaloriser IDE et sages-femmes (augmentation des responsabilités, renforcer les IPA, et les délégations de tâches, revalorisation salariale – <i>proposition non chiffrée</i> ) Favoriser les stages d'internat en clinique privée pour favoriser la coopération public-privé Recruter 25 000 soignants en 5 ans et supprimer une partie des administratifs Maintien de la T2A mais plus tourné vers la qualité des soins Améliorer les conditions de travail après réalisation d'audits dans les hôpitaux
<b>EHPAD</b>	Ré organiser les EHPAD
<b>Accès aux soins</b>	Recentrer AME pour soins urgences et maladie contagieuse Augmentation du tarif de la consultation de médecine générale à 30 euros sans impacter les patients <sup>3</sup> et revaloriser les actes techniques et actes réalisés en urgence Renforcement du rôle des pharmaciens d'officine pour améliorer le continuum de soins
<b>Société</b>	Favorable à la PMA Opposée à la GPA Reconnaitre l'endométriose comme ALD Création d'une prime à la natalité
<b>Innovation/ recherche</b>	Accompagner l'essor de la télémédecine Renforcer la souveraineté numérique

## NICOLAS DUPONT AIGNAN – DEBOUT LA FRANCE

<b>Déserts médicaux</b>	Ouvrir un nouvel établissement de santé par département Bourse pour les étudiants en médecine s'ils s'installent 5 ans en zone sous dotée
<b>Hôpital public</b>	Ouvrir 20 000 lits Mettre fin à la T2A Intégrer les cliniques dans les parcours de soins Plan quinquennal d'investissement hospitalier pour augmenter l'attractivité des métiers N'avoir aucun poste hospitalier non pourvus dans 5 ans Prime de pénibilité pour les travailleurs hospitaliers Indexer les salaires des fonctionnaires sur l'inflation
<b>EHPAD</b>	Augmenter de 25% le taux d'encadrement en EHPAD avec hausse de 10% des salaires du personnel
<b>Société</b>	Doublement des lits de soins palliatifs Doublé le personnel de médecine scolaire Supprimer le pass sanitaire et l'état d'urgence Opposé à la légalisation du cannabis

## MARINE LE PEN – RASSEMBLEMENT NATIONAL

Souveraineté nationale et renforcement de la sécurité : ordre et liberté

<b>Déserts médicaux</b>	Revoir l'intégralité de l'aménagement du territoire Démétropolisation Rémunérer les consultations médicales en fonction du lieu d'installation Augmenter le nombre de places en faculté de médecine
<b>Hôpital public</b>	Augmenter de 10% le salaire des IDE Suspension des fermetures de lits prévus Modifier le mode de financement en revenant sur un système de dotation globale (le même qui prévalait avant la T2A) Max 10% de personnels administratifs dans les hôpitaux Suppression des ARS Confier la gestion des hôpitaux aux préfets de région Augmenter les places en IFSI : + 10 000 pour recruter plus de soignants Investissement de 2 milliards d'euros sur 5 ans pour hausse salariale globale
<b>Accès aux soins</b>	Réserver l'AME aux soins urgents ou aux mineurs
<b>Société</b>	Contre la GPA

Un programme pour les urgences : objectif désengorger les urgences

- Augmentation du nombre de maisons et centres de santé, les dotant pour faire face aux petites urgences notamment traumatologiques
- Création d'un parcours de soins pour les urgences gériatriques
- Renforcer le personnel en augmentant les formations et les salaires
- Dégager du temps médical en favorisant la délégation de tâches
- En faveur du numéro unique pour les urgences

## ERIC ZEMMOUR – RECONQUÊTE !

La priorité nationale et la souveraineté nationale

<b>Déserts médicaux</b>	Rétablir l'obligation de gardes médicales supprimée en 2003 Augmenter le numerus clausus Embaucher 1000 médecins salariés de l'Etat pour travailler en zones sous dotées
<b>Hôpital public</b>	« Plan de ré investissement dans le système hospitalier » Augmentation globale de la capacité d'accueil – proposition non chiffrée Suppression des ARS
<b>Accès aux soins</b>	Suppression de l'AME <sup>4</sup>
<b>Société</b>	Renoncer à l'allongement du délai IVG à 14SA Revenir sur l'accès à la PMA pour les femmes seules et les couples de femmes Maintien de la loi Leonetti en l'état pour l'instant
<b>Innovation/ recherche</b>	Relancer la recherche publique et médicale Y consacrer 3% du PIB à l'horizon 2027

## INFORMATIONS CHIFFRÉES, POUR OBJECTIVER L'IMPACT DE CERTAINES MESURES PROPOSÉES

<sup>1</sup> Supprimer les dépassements d'honoraires : manque à gagner estimé à 3.2 milliards d'euros par an qui permettrait une économie de 48 euros par personne, dont une partie est aujourd'hui prise en charge par les mutuelles

<sup>2</sup> Régime 100% sécurité sociale avec hausse des cotisations : cout 26 milliards d'euros), ce qui impliquerait une hausse des cotisations sociales et occasionnerait un reste à charge pour les Français de 10 milliards d'euros

<sup>3</sup> Augmentation du tarif de la consultation de médecine générale à 30 euros sans impacter les patients : cout estimé à 2 milliards

<sup>4</sup> Suppression de l'AME : il faut savoir que l'AME ne représente que 0,4% des dépenses de santé en 2020

Marion

# DOSSIER : Présidentielles - La voix des soignants

Après vous avoir présenté le programme des candidats, voici les revendications des soignants.

## COLLECTIF INTER HÔPITAUX, FÉVRIER 2022

« La crise de l'hôpital doit occuper une place centrale dans la campagne présidentielle »

- Il faut que les « établissements fixent des quotas de personnels nécessaires dans chaque unité de soins pour assurer la sécurité et la qualité »
- Demande le recrutement de 120% des effectifs cibles des services pour compenser les arrêts de travail, congés maternités, formations, ...
- Les rémunérations des soignants doivent au moins être égales à la moyenne des pays de l'OCDE et revalorisées à hauteur de celles des pays voisins pour éviter la fuite de soignants
- Revalorisation de la rémunération de la permanence de soins
- Compléments de salaire par territoire pour compenser les inégalités du coût de la vie
- Formation de 100 000 infirmiers dans les années à venir avec hausse du nombre d'IFSI, de formateurs...
- Progression de qualification et de salaire au cours de la carrière des personnels non médicaux avec réelle valorisation des compétences
- Extension du statut d'IPA à toutes les disciplines
- Tous les acteurs de l'hôpital, soignants et patients doivent être associés aux décisions
- Supprimer les postes administratifs de ceux qui ne sont pas au service du soin ou de la recherche à l'hôpital public
- Limiter la T2A aux activités standardisées ou programmées uniformes



Texte intégral : [https://www.apmnews.com/documents/202202031256120.Dossier\\_de\\_presse\\_Propositions\\_du\\_Collectif\\_Inter\\_Hopitaux\\_Contacts.pdf](https://www.apmnews.com/documents/202202031256120.Dossier_de_presse_Propositions_du_Collectif_Inter_Hopitaux_Contacts.pdf)

## LIVRE BLANC DE L'ANEMF ASSOCIATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE



Dans le contexte d'implication plus massive encore qu'habituellement des étudiants en santé pendant la crise sanitaire dans le système de soins, les étudiants en médecine, via l'ANEMF, proposent un programme santé aux candidats à la présidentielle.

Le livre blanc fait 43 pages et aborde de nombreux sujets (précarité, formation, exercice médical, système de santé, société sont les grands titres de leur manifeste).

Par cohérence avec ce que nous vous avons présenté des programmes des candidats, nous ciblerons cette présentation sur le sujet suivant : système de santé (en particulier déserts médicaux/ hôpital public/ études de médecine). La liste ci-dessous n'est pas donc pas exhaustive des propositions de l'ANEMF

Voici le lien pour le texte complet si vous le souhaitez :

<https://drive.google.com/file/d/1TeaY6MTPwBApP5M7ObHyESarBfEeAZN7/view>

### **Etudes**

- Valoriser la rémunération des étudiants, droit à la prime d'activité pour les étudiants hospitaliers, maintien des bourses pendant les mois d'été
- Diminuer le coût des livres universitaires
- Favoriser les exercices de simulation et serious game, améliorer l'encadrement en stage et à l'université, former les médecins à la pédagogie médicale
- Développer l'enseignement des langues étrangères, former les étudiants à la santé numérique
- Former systématiquement sur les risques psycho sociaux et les violences sexistes et sexuelles, sanctionner les auteurs de malveillance et violence
- Former à la santé environnementale, à l'antibiorésistance, promouvoir la vaccination, le sport

### **Déserts médicaux**

- Contre la coercition
- Inciter les universités à proposer des stages en périphérie
- Revaloriser les aides au transport et au logement, augmenter le nombre de maitres de stage universitaire (zone sous dense = peu de maitres de stage)
- Meilleur accompagnement de l'installation
- Développer les mesures de redensification territoriale pour favoriser une installation pérenne
- Développer la télé consultation
- Faciliter la création de maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé ...

### **Hôpital public**

- Revoir le système de points SIGAPS pour rendre la recherche plus attractive
- Valoriser les compétences en pédagogie et recherche

- Sanctuariser le temps nécessaire à enseigner et faire de la recherche
- Répartition homogène des HU dans les territoires
- Valoriser les missions de management et d'enseignement dans les CH non universitaires par des primes financières

## ISNI

Parmi les autres associations représentatives d'étudiants en médecine, l'ISNI (Intersyndicale Nationale des Internes) a elle aussi réfléchi à un projet pour notre système de santé et présenté des propositions.



### **Santé et environnement**

- Changer notre indice de puissance : passer de la croissance du PIB à la croissance de l'espérance de vie en bonne santé
- Créer un volet environnemental dans l'évaluation du service médical rendu des médicaments

### **Gouvernance et financement**

- repenser la gouvernance du système de santé : mérite, collégialité, décentraliser la formation des directeurs hospitaliers, former les médecins au management
- Mettre fin au cumul des fonctions : mettre fin au cumul des 4 fonctions (clinique, enseignement, recherche, management) pour les hospitalo-universitaires

### **Numérique**

- mon dossier partout où je vais : imposer l'inter-opérabilité des logiciels médicaux et le transfert numérique instantané du dossier médical entre professionnels avec l'accord du patient
- La France : leader européen des données de santé : favoriser la recherche par le partage des données de santé anonymisées et garantir les plus hauts standards de protection de la vie privée en sortant des GAFAM

### **Promotion de la santé**

- remettre l'Ecole au centre du dispositif de promotion de la santé (sport, ateliers de cuisine, ...)
- Former les enseignants au dépistage des troubles sensoriels et combler le déficit en médecins scolaires

### **Accès aux soins**

- augmenter le recrutement des étudiants en médecine issus des zones sous denses
- Autoriser la médecine foraine et créer des cabinets médicaux mobiles connectés capables de réaliser des examens de premiers recours (radiographie, bilan sanguin, ...)

## LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS DE CME DE CH DÉVOILE SES ATTENTES POUR LE PROCHAIN QUINQUENNAT



[https://www.apmnews.com/documents/202203091815540.2022\\_03\\_CMECH\\_livret.pdf](https://www.apmnews.com/documents/202203091815540.2022_03_CMECH_livret.pdf)

Vous trouverez dans ce livret 15 propositions détaillées et justifiées que je vous reporte ici :

**L'HOPITAL PUBLIC DOIT ETRE SECURISE ET SANCTUARISE** en tant que bouclier sanitaire du système de santé auquel personne ne peut se substituer

1. Poursuivre un investissement massif et durable sur l'hôpital public
2. Réinventer la performance hospitalière sur des critères de qualité de prise en charge des patients
3. Répondre à l'urgence absolue : redonner envie aux praticiens hospitaliers de venir et de rester à l'hôpital public
4. Améliorer les conditions d'exercice des praticiens hospitaliers et simplifier leur quotidien
5. Amplifier la médicalisation de la gouvernance et du management à tous les niveaux de l'hôpital

**LE TERRITOIRE DE SANTE : UNE RESPONSABILITE PARTAGEE PAR TOUS**

6. Rendre obligatoire le Projet Territorial de Santé (PTS) sur chaque bassin de vie
7. Recentrer les Groupements Hospitaliers de Territoire sur une stratégie médicale affirmée et adaptée à chaque territoire
8. Reconnaître les présidents de CME et de CMG comme les pilotes hospitaliers de la stratégie médicale et des coopérations territoriales
9. Développer la recherche et l'innovation en Centres Hospitaliers en lien avec leur territoire
10. Accélérer la transformation numérique du système de santé

**UN ELYSEE DE LA SANTE POUR UNE REMISE A PLAT DU SYSTEME**

11. Mettre en œuvre une véritable politique nationale de santé
12. Garantir l'accès aux soins pour tous en redéfinissant les missions et devoirs de chaque acteur
13. Financer les nouveaux besoins en santé
14. Revaloriser significativement l'acte intellectuel médical
15. Unifier la gouvernance de la santé, faire confiance aux acteurs et mettre fin à la technocratie

Thierry Godeau, président de la conférence des présidents de CME de CH, regrette que le seul projet politique de santé aujourd'hui soit le PLFSS (Projet de loi de financement de la sécurité sociale).

Des propositions concrètes sont émises dans chaque partie. Le souhait de ne pas se contenter du Ségur de la santé, améliorer les salaires, valoriser le temps additionnel, sanctuariser le temps hors clinique, reconnaître la pénibilité du travail de nuit pour la

retraite, augmenter les capacités hospitalières pour favoriser les admissions directes, déployer les SAS, valoriser l'acte intellectuel médical, ...

En dehors des propositions politiques, ce document dresse un état des lieux de nos conditions de travail et de nos difficultés avec une vue d'ensemble pertinente qui mérite d'être connue de tous.

## **POUR CONCLURE**

On constate donc que certains sujets de préoccupation sont communs entre professionnels de santé et hommes et femmes politiques : les déserts médicaux, la valorisation de la recherche universitaire, le manque d'attractivité de l'hôpital public notamment bien que les solutions proposées divergent parfois.

D'autres inquiétudes du personnel de santé ne sont pas du tout prises en compte ni relayées dans les programmes santé des candidats.

En espérant que les différents moyens de communication mis en œuvre par les soignants permettent aux politiques de saisir la problématique à bras le corps, dans sa globalité.

Marion



# ACTU' : Réforme du statut de PH et PHC

On n'arrête pas sur le sujet : après le dossier sur les différentes modalités d'exercice en post internat dans le public, celui sur le concours de PH, nous vous présentons la réforme du statut de PH.

Cette réforme a pour but de simplifier et uniformiser les différents statuts de praticien hospitalier, contractuel ou titulaire. Elle est entrée en vigueur début février 2022.

**Concernant le statut de PH titulaire**, toujours accessible après concours (*cf mag n°5*) avec une durée de phase probatoire d'un an. La principale nouveauté est la fusion des temps pleins et temps partiels avec une facilité pour modifier son temps de travail.

Le temps de travail doit être compris entre 5 et 10 demi-journées (DJ) de travail.

Tous les PH en poste au moment de l'entrée en vigueur du décret relèvent désormais du nouveau statut unique de PH. Pour les anciens PH à temps partiel : ils peuvent continuer sous leur ancien contrat jusqu'à cessation de leurs fonctions. S'ils souhaitent modifier leur temps de travail, les nouvelles dispositions du statut de PH s'imposent, le temps de travail à 40% ne sera plus possible. Les anciens PH temps plein à activité réduite (80%) conservent leur quotité de travail pendant 1 an, ils peuvent redevenir temps plein sur simple demande à tout moment pendant cette année.

Tous les PH à temps partiel peuvent exercer une activité privée lucrative à l'extérieur de leur établissement d'affection, en dehors des obligations de service.

Précision concernant les congés annuels (CA) : Les 25 jours de CA ne peuvent être reportés à l'année suivante sauf s'ils n'ont pas pu être pris pour cause de congés exceptionnels (congé parental, maternité, paternité, maladie ...). Sinon de façon exceptionnelle le report peut être accordé par le directeur d'établissement.

Quel que soit leur quotité de temps de travail, les PH ont droit à 15 jours de congé formation par an.

**Concernant le statut de PH contractuel (PC)** : un nouveau support unique qui remplace les statuts de PHC, praticien attaché et praticien clinicien.

Le statut d'assistant et celui de chef de clinique ne sont pas concernés par la réforme.

L'objectif est de limiter ce statut précaire à une durée de 6 ans pour favoriser l'évolution vers le poste de PH titulaire.

Il y a 4 motifs de recrutement sous ce statut, dont le 2 correspond à l'ancien statut de praticien clinicien, soumis à l'approbation de l'ARS, et le motif 3 à l'ancien statut de PHC.

Le motif 3 permet cependant une rémunération au même niveau que celle à laquelle le PC aurait droit sur la grille de PH, selon son ancienneté donc. Il est possible de faire un temps partiel, entre 5 et 10 demi-journées par semaine.

Tout nouveau contrat de PC commence par une période d'essai, dont la durée varie entre 1 et 3 mois selon la durée du contrat.

Le statut de PC donne droit à une part variable de salaire : gardes et astreintes, temps de travail additionnel, prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH), prime d'exercice territoriale (PET), prime de solidarité territoriale (PST).

Concernant les congés : le PC bénéficie de 25 jours de CA et 20 jours de RTT au prorata des obligations de service hebdomadaire. Des jours de récupération pour les périodes travaillées (TTA, astreintes) qui n'ont pas été rémunérées. 15 jours de congé formation, cumulables pendant 2 ans.

Tous les contrats sous ancien statut restent valables jusqu'au terme du contrat. Aucun renouvellement ne peut être conclu sous l'ancien statut.

**Les 2 statuts** (PH et PC) imposent la réalisation d'un entretien professionnel annuel avec le chef de service.

Marion

# POINT DE COURS : ALCOOL

Vous n'êtes pas sans savoir qu'il manque un certain nombre de cours sur SIDES, notamment pour ceux de la phase d'approfondissement. En attendant qu'ils soient mis en ligne, l'AJMU vous propose quelques points de cours qui traitent les sujets manquants. On commence par l'alcool !

## INTOXICATION AIGUË

Motif de recours fréquent aux urgences

Différents modes de présentation clinique : à rechercher largement devant coma, agitation, convulsions, AVP, TS ... y compris chez les patients pédiatriques !

Avoir un éthylotest aux urgences et à l'IOA facilite grandement le diagnostic et donc la prise en charge précoce et adaptée des intoxications éthyliques aiguës.

Notes :

- l'hypothermie, l'asthme, l'emphysème pulmonaire mésestiment l'alcoolémie dans l'air expiré → à compléter avec dosage sanguin
- le taux d'alcool expiré en mg/l d'air expiré reflète la moitié de l'alcoolémie (0,25 mg/l d'air expiré = 0,5 g/l d'alcoolémie)
- la gravité de l'intoxication n'est pas corrélée au chiffre d'alcoolémie

Il ne faut pas oublier de rechercher les co intoxications.

## Examen clinique

- ECG / température/ glycémie/ paramètres vitaux
- rechercher un toxidrome en faveur d'une co intoxication
- faire un examen neuro pour éliminer un déficit neuro focal
- rechercher des lésions traumatiques

## Gravité et complications

- trouble de la vigilance, anomalies des paramètres vitaux
- inhalation, crise convulsive, hypothermie, troubles du rythme supra ventriculaires, acidocétose, hépatite aigue, TC ou polytraumatisme
- AVC ischémique et rhabdomyolyse
- chez l'enfant : coma, hypoglycémie, acidose métabolique
- chez l'adolescent, la consultation aux urgences à elle seule constitue un facteur de gravité

## Prise en charge

Aucun examen complémentaire n'est obligatoire de manière systématique : leur prescription sera guidée par la clinique.

- hydratation PO ou IV, vitamine B1 PO ou IV pour prévenir le Gayet Wernicke
- hospitalisation :
  - o en secteur spécialisé si : coma, pneumopathie d'inhalation, crises convulsives itératives ou EME, TC, enfant
  - o sinon surveillance SAU ou UHCD
- surveillance rapprochée jusqu'au rétablissement des fonctions relationnelles. Particulièrement si sédation ou contention
- glycémie répétée par 2h ou par 4h
- vigilance
- Cushman : installation d'un syndrome de sevrage pendant l'hospitalisation ?

Si le patient refuse les soins, il est clairement dit que l'intoxication alcoolique aiguë retire au patient son libre arbitre et sa capacité à consentir. **La sortie contre avis médical n'est donc pas possible.**

**Patient agité** : si besoin de sédation chimique, neuroleptique en première intention en l'absence de suspicion de syndrome de sevrage (HALOPERIDOL, RISPERIDONE), sinon benzodiazepine (VALIUM) +/- contention physique (*toute contention physique impose une contention chimique !*)

## Modalités de sortie du patient

Dimension psycho sociale ++ : motivation de l'intoxication, volonté suicidaire ? conduite addictive /mésusage ?

**La sortie ne peut être autorisée que si rétablissement des fonctions relationnelles.** Pas d'indication à une alcoolémie de sortie systématique, elle peut néanmoins être nécessaire occasionnellement à des fins médico légales.

Cas particulier : GAV ou CNH en cas d'OH aiguë

Le patient peut sortir sous la surveillance d'un tiers non médical s'il n'a pas été sédaté et s'il y a une permanence des fonctions relationnelles

## **PATIENT ALCOOLIQUE CHRONIQUE**

### **Problématique n°1 : le sevrage, jusqu'au délirium tremens**

S'installe dans les 8 heures suivant la dernière ingestion.

Penser aux diagnostics différentiels : hypoglycémie, hématome intra crânien, méningite, ...

Il faut en évaluer la sévérité et suivre l'évolution à l'aide du score de **Cushman**.

#### Prise en charge

- hydratation (favoriser la prise PO si absence de troubles de la vigilance ++)
- vitaminothérapie : B1 500 mg/j ; B6 250 mg/j et PP 250 mg/j PO ou IV
- surveillance régulière du dextro

#### Benzodiazépine selon Cushman

- si antécédent de délirium tremens ou Cushman > 8 : VALIUM 10 mg PO ou IV
- dès la mise en place du VALIUM : surveillance horaire du Cushman pendant 6 heures
- si besoin renouveler le VALIUM toutes les heures
- à H6 :
  - o si Cushman < 7 : sortie envisageable en l'absence d'autre décompensation avec VALIUM PO à décroissance progressive pendant 5 jours et vit B1B6 PO pendant 14 jours
  - o si Cushman > 7 : hospitalisation nécessaire pour la suite du sevrage et de la surveillance, UHCD, VALIUM horaire selon cushman
- critères de gravité : Cushman > 14 ou inhalation : avis réa

En cas de tachycardie ou HTA : prescrire un beta bloquant

#### **Problématique n°2 : fragilités du patient alcoolique chronique**

En dehors du risque de sevrage, une consommation chronique d'alcool entraîne des modifications et une fragilisation de l'organisme.

- dénutrition, fonte de la masse musculaire, risque d'escarres
- neurologiquement : encéphalopathie de Gayet – Wernicke (puis Korsakoff) par carence en vitamine B1 ; épilepsie ; neuropathie
- cirrhose/ insuffisance hépatocellulaire : encéphalopathie hépatique, varices œsophagiennes sur hypertension portale avec risque d'hémorragie digestive, ascite et infection, hypoglycémie sur insuffisance hépato-cellulaire, trouble de la coagulation
- oncologique : carcinome hépato-cellulaire, cancer des voies aériennes supérieures

Penser à la prévention de ces complications

Éviter les médicaments hépato-toxiques (PARACETAMOL ++)

*Source principale : SFMU - actualisation 2006 de la conférence de consensus sur l'ivresse éthylique aigue dans les SAU"*

# POINT DE COURS : BPCO

C'est parti pour un 2ème point de cours pour palier aux manques de SIDES ! La BPCO. Si à part dire « Bricanyl Atrovent » tu ne sais pas trop quoi faire, ce cours est fait pour toi.

La **BPCO** ou bronchopneumopathie chronique obstructive est une maladie chronique inflammatoire, des poumons, responsable majoritairement d'un emphysème pulmonaire, d'une toux, d'une dyspnée, d'expectorations chroniques et d'une obstruction chronique permanente. Elle est principalement due au tabac (environ 80%).

L'OMS estime que nous allons connaître une forte augmentation de cette maladie dans les 20 prochaines années.

Une **exacerbation** est définie par la société française de pneumologie comme étant un événement aigu caractérisé par une aggravation des symptômes respiratoires (toux, expectorations, dyspnée) au-delà des variations quotidiennes et conduisant à une modification des thérapeutiques : augmentation des bronchodilatateurs ou ajout d'un traitement supplémentaire (antibiothérapie, corticothérapie, ...).

Lorsqu'elles sont dites sévères, elles peuvent engager le pronostic vital notamment avec des hypoxies sévères ou des acidoses respiratoires décompensées entraînant des troubles de la conscience.

## COMMENT FAIRE LE DIAGNOSTIC ?

Si la BPCO est connue : c'est simplement la majoration aiguë des symptômes de la BPCO  
—> attention cependant : le principal risque est de passer à côté d'un diagnostic différentiel !  
(Pour rappel : les sibilants sont aussi un signe d'OAP...)

Si la BPCO est non connue : rechercher des signes cliniques évocateurs de BPCO

<b>Anamnèse</b>	Dyspnée ancienne, toux ancienne (plus de 3 mois par an sur au moins deux ans consécutifs), intoxication tabagique, exposition à des matières toxiques, ATCD d'hospitalisation pour décompensation respiratoire
<b>Auscultation</b>	Diminution bilatérale et symétrique du murmure vésiculaire, sibilants diffus, ronchis Distension thoracique, signes de cœur droit, expiration à lèvres pincées L'hypertension et la sueur sont des signes d'hypercapnie
<b>Radiographie thoracique</b>	Distension thoracique (au moins 7 arcs costaux, élargissement et horizontalisation des espaces intercostaux, aplatissement des coupes diaphragmatiques, hyperclarté parenchymateuse, augmentation du diamètre antéropostérieur), Bulle d'emphysème

<b>Biologie</b>	Élévation de la réserve alcaline, polyglobulie secondaire à l'hypoxie chronique
-----------------	---

## LORSQU'UNE EXACERBATION ARRIVE AU SAU

### Évaluation de la gravité de l'exacerbation

- Signes de détresse respiratoire aiguë, bradypnée, respiration abdominale paradoxale
- Confusion, somnolence, paroles impossibles
- Signes de choc : marbrures, hypotension

### Examens complémentaires

- Gazométrie artérielle : évaluation de la profondeur de l'hypoxie, de l'acidose (la pCO<sub>2</sub> peut être très élevée avec un pH normal : acidose compensée)
- Biologie : recherche de stigmata infectieux (hyperleucocytose, CRP élevée), prélèvement bactériologie (hémocultures, prélèvements des crachats, PCR virale, ...) DDimères si suspicion d'embolie pulmonaire
- Radio thoracique : recherche de pneumopathie ou de pneumothorax
- ECG
- ECBC : non recommandé en première intention. Recommandé si antécédent de colonisation à germe résistant (*Pseudomonas aeruginosa* par exemple), patient immunodéprimé, exacerbations à répétition, échec de première ligne d'antibiothérapie, ...

### Prise en charge thérapeutique sans délai

- Oxygénothérapie : débit élevé en cas d'hypoxémie profonde à la phase initiale (*c'est l'hypoxémie qui tue rapidement les patients et non l'hypercapnie*) puis dans un second temps titration du débit jusqu'à atteindre une saturation entre 88% et 92% afin de ne pas majorer l'hypercapnie
- Conditionnement du patient : surveillance électrocardiographie, surveillance de la tension artérielle, de la fréquence respiratoire, de la conscience, installation en position demi-assise au calme, mise en place d'une voie veineuse
- Aérosols : administration de bronchodilatateurs de façon répétée : SALBUTAMOL ou TERBUTALINE 5mg (toutes les 15 à 30 min à la phase aiguë) + BROMURE D'IPRATROPIUM 0,5mg (toutes les 15 à 30 min à la phase aiguë)
- Si pas d'amélioration : ventilation
  - sans épuisement respiratoire et sans trouble de conscience : Ventilation Non Invasive (*qui peut être mise dès l'arrivée du patient si besoin*)
  - si épuisement respiratoire, trouble de la conscience, GDS avec acidose (pH<7,3), hypoxie (PO<sub>2</sub> < 50mmHg) : appel du réanimateur et discuter l'intubation en séquence rapide. La VNI peut être mise en attente et permet parfois d'éviter l'IOT.

- Traiter la cause de l'exacerbation est importante :
  - infection pulmonaire :
    - o exacerbation modérée (dyspnée d'effort) : AMOXICILLINE 1g x3/j
    - o exacerbation sévère (dyspnée de repos) : AUGMENTIN 1g x3/j ou C3G
    - o si allergie : LEVOFLOXACINE 500 mg x 2/j ou OFLOXACINE 200mg x2/j
    - o si profil non communautaire : TAZOCILLINE dose de charge de 4g puis 4g toutes les 6h
    - o si suspicion de Légionelle : mise en route de macrolides
    - o antécédent de colonisation à *Pseudomonas aeruginosa* : bêta lactamine anti-pyocyanique (CEFEPIME, CEFTAZIDIME par exemple)
  - si signes d'Insuffisance cardiaque : FUROSEMIDE IVD, utilisation de RISORDAN possible si HTA et signes d'OAP : 2-4mg/h à adapter en fonction de la PA  
Faire attention à l'effet déjà hypotenseur de la VNI quand on combine d'autres thérapeutiques hypotensives.
- Corticothérapie : débattue, elle ne doit pas être initiée systématiquement. Elle peut être proposée chez les patients ne s'améliorant pas sous traitement optimal (30 à 40 mg pendant 5 jours par voie PO ou IV)
- Prévoir une place en hospitalisation si nécessaire
- Si sortie : faire un courrier au médecin traitant et/ou au pneumologue suivant le patient

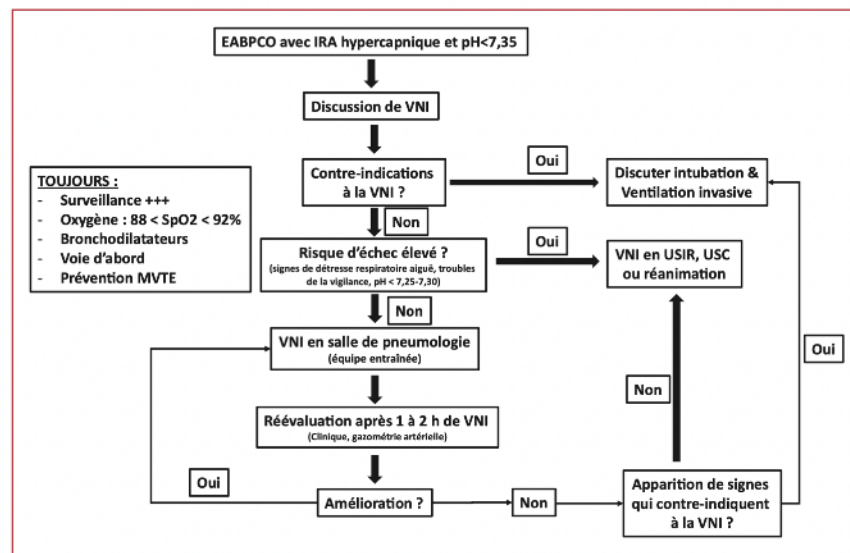


Figure 2. Stratégie d'application de la ventilation non invasive (VNI) au cours d'une exacerbation avec insuffisance respiratoire aiguë avec acidose respiratoire chez un patient atteint de BPCO. EABPCO : exacerbation de BPCO ; IRA : insuffisance respiratoire aiguë ; MVTE : maladie veineuse thromboembolique ; USIR : unité de soins intensifs respiratoires ; USC : unité de surveillance continue.

## ADMISSION EN RÉANIMATION : SUR QUELS CRITÈRES ?

Pour certains patients il faudra discuter de l'admission en réanimation. Tous ne seront cependant pas admis, en raison d'une pathologie trop avancée, ou de comorbidités trop sévères.



Le doute devant toujours bénéficier au patient, il vaut mieux toujours en discuter avec le réanimateur. Voici quelques éléments qui rentreront dans la discussion:

- âge et autonomie, comorbidités
- directives anticipées, volonté du patient
- facteur déclenchant et caractère réversible ou non (surinfection par exemple)
- sévérité (classification GOLD)

état nutritionnel (il est judicieux de doser une albuminémie)

J'insiste sur la nécessité de relativiser chacun de ces facteurs : un patient sous oxygénothérapie à domicile (GOLD 4), mais dont sa pathologie est contrôlée (aucune exacerbation dans l'année) et qui présente une exacerbation en lien avec une cause curable (infectieuse) aura sûrement plus de chances que le patient du même âge, avec une pathologie moins avancée (GOLD 2) mais qui enchaîne hospitalisation sur hospitalisation en lien avec des exacerbations...

—> le plus important est d'en parler avec le réanimateur !

### NOTE : COMMENT PRÉPARER UN AÉROSOL ?

Ça peut paraître simple mais lorsqu'on se retrouve seul devant le nébuliseur pour la première fois, il arrive qu'on se sente perdu.

- commencer par désencombrer au maximum le patient (mouchage, aspiration, ...)  
- préparer la cuve : il n'y a pas vraiment de règle mais en gros, 4 à 5ml = 20 min d'aérosol. Exemples :

o pour un aérosol de SALBUTAMOL 5mg/2,5ml seul : rajouter 2,5 ml de sérum physiologique

o pour un aérosol de SALBUTAMOL 5mg/2,5ml + BROMURE D'IPRATROPIUM 0,5mg/2ml : pas besoin de diluer

- brancher l'aérosol sur un gaz mural à environ 6L/min



#### Gaz mural : O2 ou air ?

- pour les patients en air ambiant : brancher sur air (*note : exception en pédiatrie, les aérosols sont faits sous O2, mais ce n'est pas le sujet de ce cours*)

- pour les patients sous O2 < 6L/min : brancher sur air et garder l'O2 aux lunettes en dessous du masque à aérosol (si on branche sous O2 : le patient sera trop oxygéné)

- pour les patients sous O2 > 6/min : aérosol sous O2. A noter que si les 6L/min ne sont pas suffisants, il faut sûrement envisager la VNI

- patient sous VNI ou intubé : il existe des dispositifs permettant une nébulisation. On peut donc prescrire des aérosols à un patient sous VNI ou intubé !

Romain et Gaëlle

#### *Sources :*

- *Prise en charge des exacerbations de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Recommandations de la Société de pneumologie de langue française 2017*
- *Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte. Recommandations de la SPILF et de la SPLF 2010*

## ON A LU, ON A VU

Parce qu'on est urgentiste, mais pas que !  
On vous conseille un titre musical, un livre, un film, ... Une oeuvre à nous partager ? → [contact@ajmu.fr](mailto:contact@ajmu.fr)

### /LITTERATURE/ **ALIENOR D'AQUITAINE - L'ETE D'UNE REINE** PAR ELIZABETH CHADWICK

Elizabeth Chadwick, reconnue par ses pairs pour ses romans historiques de grande qualité.

Premier tome d'une trilogie, ce roman vous permet de vous plonger dans la France médiévale et de découvrir le destin hors du commun d'une femme ayant marqué l'histoire, duchesse d'Aquitaine, reine de France, reine d'Angleterre...

Un moyen de se cultiver sans s'en rendre compte.

Je file acheter les tomes suivants !



Marion

# PÊLE MÊLE

Racontez nous vos meilleures sorties SMUR, vos histoires aux SAU, et partagez vos plus belles photos !

Accueil d'un patient à l'IOA :

- Je viens parce que je peux plus marcher
- Ah bon, vous êtes blessé ?
- Oui, je suis tombé il y a quelques jours en ça ne passe pas...
- Je peux regarder votre jambe ?



*Vous êtes tombé il y a combien de temps dites-vous ? Ca fait 3 jours que vous êtes comme ça chez vous ?*

# AGENDA

Pour ne rien louper !



## ELECTIONS PRÉSIDENTIELLES

1er tour : dimanche 10 avril

2ème tour : dimanche 24 avril

## CONGRÈS ET FORMATIONS



Congrès **AJMU** 21 au 23 octobre 2022

## A VENIR

- 7 avril : journée mondiale de la santé
- 14 avril : journée mondiale de la maladie de Chagas
- 20 avril : semaine mondiale de la vaccination
- 25 avril : journée mondiale contre le paludisme
- 28 avril : journée mondiale pour la sécurité et la santé au travail

# ANNONCES : enquête DESMU

Nous avons lancé en mars l'enquête sur le DESMU. A quoi elle sert ? On t'en dit plus.

Notre DES à été créé en 2017 (que le temps passe) et nos premières promos de chefs et DJ arrivent sur le terrain, on vous propose de faire un petit points d'étape?

Questionnaire de 2 à 10 minutes en fonction de ton avancement dans le cursus (logique?)

Bilan DESMU

**AJMU**  
ASSOCIATION  
JEUNES  
MEDECINS  
URGENTISTES

Cette enquête est une initiative de l'Association des Jeunes Médecins Urgentistes, l'association représentante des internes et jeunes chefs en médecine d'urgence. Elle a été soutenue par le pôle recherche de l'Inter-Syndicale Nationale des Internes (ISNI) afin de renforcer sa validité et sa rigueur.

Le DES de Médecine d'Urgence a été créé en 2017, faisant de la médecine d'urgence une spécialité à part entière ! Depuis Novembre 2021, un premier cycle a été terminé et les premiers chefs issus du DESMU ont pris leur fonction ; il est donc l'heure de dresser un bilan !

Etat des lieux des formations théoriques et pratiques, pistes d'amélioration, attractivité de la spécialité ainsi que de la carrière, mais aussi respect des objectifs fixés par la réforme : autant de questions auxquelles nous allons essayer de répondre.

**ENQUÊTE  
DESMU**

Comme tu le sais sûrement, le DESMU est un « nouveau » DES, créé en 2017. La maquette étant prévue pour 4 ans, la première génération du DESMU a terminé son internat en novembre 2021.

Il est donc temps de faire une évaluation de ce DESMU, afin de connaître ses points forts, ses points faibles, et les pistes d'amélioration.

Le questionnaire aborde l'attractivité de la médecine d'urgence, les projets professionnels, la formation, etc.

Il est bien entendu complètement anonyme.

Nous ne manquerons pas bien sûr de présenter les résultats dès l'enquête terminée !

<https://form.sondage-isni.fr/index.php/451196>

# ANNONCES : offres d'emploi

Retrouvez toutes nos annonces d'offre de poste et de remplacement sur notre site internet [ajmu.fr](http://ajmu.fr)



La réanimation chirurgicale du CHU d'Henri Mondor (**Créteil**) cherche assistant / PHC / PH à partir de novembre 2022!

Les urgences du CH **Versailles** recrutent des urgentistes !



Le Pôle Santé Sud situé au **Mans** recherche des renforts pour mars, avril et mai.

*Crédit photo : La cathédrale Saint-Julien se dresse au centre de la ville du Mans, au dessus de la place du Jet d'eau, depuis le XVe siècle. © Radio France - Clémentine Sabrié*

PARTENAIRES :

