



## REPLACEMENTS PAR LES INTERNES :

## LE PARADOXE DE LA REFORME DU 3<sup>ème</sup> CYCLE ?

**Janvier 2020**

### Contacts :

*Justin BREYSSE*, Président de l'ISNI – [presidence@isni.fr](mailto:presidence@isni.fr) - 06 32 32 41 93  
*Jonathan ZARKA*, Vice-Président en charge de l'insertion professionnelle de l'ISNI  
[insertionpro@isni.fr](mailto:insertionpro@isni.fr) - 07 61 99 37 61

### Remerciements :

François PETITPIERRE, ancien président de l'ISNIH  
Jean-Christophe FAIVRE, ancien secrétaire Général et Porte-parole de l'ISNIH

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
Démographie médicale : .....	5
Installation en milieu libéral : .....	5
Assurer la permanence et la continuité des soins (PDSA) : .....	6
Le paradoxe de la réforme du 3ème cycle (R3C) : .....	6
Formation des jeunes médecins : .....	7
Intérêt financier : .....	7
<b>[FOCUS] Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?</b> .....	<b>9</b>
<b>Les propositions de l'ISNI</b> .....	<b>10</b>
<b>Argumentaires par spécialité</b> .....	<b>11</b>
<b>DERMATOLOGIE ET VÉNÉROLOGIE</b> .....	<b>11</b>
<b>MÉDECINE NUCLÉAIRE</b> .....	<b>14</b>
<b>GÉRIATRIE</b> .....	<b>16</b>
<b>GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE</b> .....	<b>18</b>
<b>OTORHINOLARYNGOLOGIE</b> .....	<b>20</b>
<b>OPHTALMOLOGIE</b> .....	<b>22</b>
<b>CHIRURGIE ORALE</b> .....	<b>24</b>
<b>CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE</b> .....	<b>25</b>
<b>NÉPHROLOGIE</b> .....	<b>28</b>
<b>ONCOLOGIE MÉDICALE</b> .....	<b>31</b>
<b>HÉMATOLOGIE</b> .....	<b>33</b>
<b>RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE</b> .....	<b>34</b>
<b>CARDIOLOGIE</b> .....	<b>37</b>
<b>MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES</b> .....	<b>40</b>
<b>ANESTHÉSIE-RÉANIMATION</b> .....	<b>43</b>
<b>ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE NUTRITION</b> .....	<b>44</b>
<b>BIOLOGIE MÉDICALE</b> .....	<b>46</b>
<b>MÉDECINE GÉNÉRALE</b> .....	<b>48</b>
<b>HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE</b> .....	<b>52</b>

## Introduction

La réalisation de cet argumentaire a été motivée par le positionnement de l'Ordre des médecins (CNOM) en faveur d'une modification du nombre de semestres à valider pour que les internes de médecine et de chirurgie de France et d'Outre-Mer puissent avoir accès à une licence de remplacement dans leur spécialité.

**L'avant-projet à l'initiative de l'Ordre des médecins proposerait d'allonger le nombre de semestres à valider :**

- 4 à 6 pour les DES en 4 ans
- 5 à 8 pour les DES en 5 ans
- 5 à 8 pour les DES en 6 ans
- 3 à 5 voire 6 semestres dont le SASPAS pour la Médecine générale

La répartition des semestres serait, elle aussi, revue pour pouvoir remplacer avec une augmentation du nombre de semestres de la spécialité du DES à réaliser avant de pouvoir remplacer.

**D'après notre organisation représentative des internes, aucune raison valable n'a été avancée pour légitimer de telles modifications. Les seuls éléments de justifications apportés à ce jour nous paraissent minces. Il s'agirait de :**

→ **La nécessité d'une cohérence dans la maquette, la phase 3 de Docteur Junior serait le début de l'autonomisation de l'interne.**

Dans les faits, les internes sont mis en autonomie de façon beaucoup plus précoce et progressive. L'idée d'une mise en autonomie brutale entre la phase 2 et la phase 3 nous paraît ni réaliste ni souhaitable.

→ **La nécessité de remettre à jour les textes puisque certaines maquettes ont évolué ou ont été créées.**

Cet argument est recevable pour seulement quelques spécialités (exemple : allergologie, maladie infectieuse, médecine d'urgence, médecine intensive et réanimation, médecine vasculaire...). Pour toutes les autres, les modifications apportées ne remettent pas en cause la validité de l'accès aux remplacements.

→ **La nécessité d'avoir validé trois quarts (soit la phase 3 de consolidation et donc la thèse) de sa maquette pour remplacer en se basant sur le modèle européen.**

Il faut néanmoins noter que les internes en médecine dans la majorité des autres pays européens sont thésés dès le début de leur internat. La comparaison n'est donc pas recevable d'après nous.

→ **L'augmentation supposée du nombre de litiges devant les juridictions impliquant des internes remplaçants**

Nous prenons cet argument avec la plus grande circonspection pour le moment. L'Ordre des médecins n'a pu nous apporter aucune donnée objective sur ce point. Nous consultons également les assureurs pour avoir leurs données mais il apparaît de prime abord que les litiges seraient très peu nombreux.

**Nous sommes donc dans la plus grande incompréhension.**

**Pourquoi une telle position ? Pourquoi vouloir revoir les règles en profondeur aujourd'hui ?**

**La possibilité de remplacer pour les internes en médecine est indispensable au fonctionnement du système de santé français actuel.**

**Pourquoi vouloir rendre l'accessibilité aux soins encore plus difficile ?**

Vous trouverez dans les suites de ce document les arguments de l'ISNI et des associations de spécialités médicales et chirurgicales en faveur d'une possibilité de remplacer dans des conditions proches de celles actuelles pour les internes de France et d'Outre-mer.

## Démographie médicale :

La pénurie actuelle de médecins rend illusoire une telle mesure. Les internes qui remplacent permettent de pallier le manque de médecins dans certaines zones sous-denses.

La forte demande des médecins de ville pour trouver des médecins remplaçants le montre bien, tout comme le montre le sens de la politique du gouvernement actuel visant à faciliter l'accès au statut de médecin adjoint pour les internes non thésés.

De la même façon, comment nos aînés pourront-ils se détacher à l'avenir de leurs activités médicales pour se former (notamment grâce au Développement Professionnel Continu) ou pour maintenir l'activité de leurs cabinets, en cas d'arrêt maladie, voire tout simplement partir en vacances ?

Le solde entrées-sorties des médecins en activité régulière est négatif de 222 praticiens. 10 525 entrées (dont 23% de remplaçants) pour 10 303 sorties. Il est évident que limiter l'accessibilité aux remplacements pour les internes en médecine ne pourra aboutir qu'à une baisse du nombre de remplaçants disponibles avec comme conséquence **une aggravation des difficultés d'accès aux soins pour les patients et aux formations pour les médecins seniors.**

Le rapport IGAS de janvier 2015 établi par le Professeur COURAUD et le Professeur PRUVOT ("Proposition pour une restructuration du troisième cycle des études médicales"), mentionne que : « les licences de remplacement correspondent à un besoin de santé publique temporaire [...] Elles n'ont aucune raison d'être impactées par la réforme [du 3e cycle] »

## Installation en milieu libéral :

Les remplacements permettent de découvrir un nouveau mode d'exercice : le mode d'exercice libéral et l'ambulatoire. Aujourd'hui, il est impossible d'accéder à des stages en cabinets de villes pendant l'internat, excepté pour la médecine générale. L'offre de stage ambulatoire lui-même est pour l'instant peu développée. Les stages en établissements hospitaliers privés commencent seulement à être agréés - et encore timidement - face aux bouleversements idéologiques qu'ils engendrent. Ceci correspondra pourtant aux conditions d'exercice de bon nombre de jeunes médecins une fois installés.

Les remplacements participent largement à une installation en libéral choisie et réussie. Il s'agit d'un moment privilégié où l'interne peut aller travailler au contact de nombreux médecins différents afin de se tisser un réseau relationnel et choisir en connaissance de cause son futur lieu d'exercice, son futur outil de travail, sa future équipe, ses futurs confrères.

De plus, les résultats de l'enquête sur l'installation des jeunes médecins de 2018 du CNOM, démontrent qu'il est urgent de changer de paradigme : pour les jeunes médecins, il ne suffit plus de s'installer dans un cabinet, mais il s'agit de s'insérer dans un territoire, à l'image des 81% des répondants qui affirment s'être installés après avoir été remplaçants (dont 41% dans le territoire où ils avaient effectué leurs remplacements).

## **Assurer la permanence et la continuité des soins (PDSA) :**

L'interne remplaçant participe activement à l'offre de soins. Il est souvent sollicité pour effectuer des gardes ou des astreintes dans le secteur libéral et hospitalier, il est donc un maillon indispensable du bon fonctionnement du système de santé. En effet, selon l'étude du CNOM sur le bilan de la permanence des soins de 2018, la part des médecins salariés exerçant en centres de santé participant à la PDSA n'était que de 1% tandis que celle des médecins remplaçants de 5%. Les principaux freins à la participation à la PDSA des médecins libéraux est la difficulté, particulièrement en milieu rural, de trouver des remplaçants : si 81% de ces-derniers estiment qu'il est facile de trouver des gardes, 56% des médecins installés estiment qu'il est difficile de trouver un remplaçant, une proportion qui grimpe à 65% en milieu rural.

Certains services hospitaliers d'Anesthésie, de Réanimation et d'Urgence, font appels à leurs anciens internes (avec licence de remplacement) afin de compléter les lignes de garde et permettre ainsi la continuité des soins. De nombreux praticiens hospitaliers s'inquiètent particulièrement du durcissement à venir des règles de remplacement qui vont mettre à mal des lignes entières de garde sur tout l'hexagone.

Le remplacement permet à des internes aguerris, sur la base du volontariat, de revenir dans les services où ils ont commencé à faire leurs armes afin de s'autonomiser dans de bonnes conditions. Ce principe "gagnant/gagnant" dans les CH périphériques permet à l'interne de s'autonomiser avec les séniors qui le connaissent et l'apprécient sans aucune "pression hiérarchique" ; et aux lignes de garde de ces hôpitaux de continuer à fonctionner. Ce fonctionnement, réellement bénéfique pour tout le monde, permet également de garder le lien avec les anciens internes et a permis d'encourager des recrutements dans de nombreux hôpitaux périphériques. Les remplacements sont donc un enjeu clé pour l'attractivité de certaines structures et certains territoires.

## **Le paradoxe de la réforme du 3ème cycle (R3C) :**

La réforme du 3ème cycle, a pour ambition d'améliorer la qualité de formation des internes. Il semblerait que de façon assez générale, les universitaires et les internes jugent que la formation des internes s'en trouve améliorée. En poursuivant dans cette logique, un interne du nouveau régime devrait être au minimum en possibilité de remplacer en conservant les critères de l'ancien régime, voire de pouvoir remplacer plus tôt lors de son cursus.

De plus, avec la mise en place de la R3C, une mise à jour des maquettes a eu lieu, qui, pour de nombreuses spécialités a supprimé les stages hors-filière obligatoires. Les internes réalisent donc plus tôt et en plus grand nombre des stages dans leur spécialité. Dans l'exemple d'un interne d'ophtalmologie, il faut actuellement 5 semestres validés, dont uniquement 3 en ophtalmologie, tandis qu'avec la R3C, les internes ayant validé 5 semestres ont obligatoirement validé 4 semestres en ophtalmologie et voire le plus souvent 5 semestres d'ophtalmologie, soit 2 semestres de plus que les internes ancien régime.

## **Formation des jeunes médecins :**

« Des jeunes médecins bien formés, pour des patients bien soignés ».

Le remplacement est une opportunité pour compléter sa formation initiale et comme le soulignait l'Ordre des médecins dans son "Atlas de la démographie médicale française" en 2011, il est « indispensable de faire connaître ce mode d'exercice durant les études » pour acquérir une formation initiale complète.

Il permet l'acquisition de compétences qui ne sont pas ou peu enseignées à l'Hôpital public :

- Acquisition d'une autonomie d'exercice indispensable à l'exercice en responsabilité à terme.
- Limitation de l'hyperspécialisation enseignée au CHU et à l'Hôpital public : les profils patients, les pathologies, les modes de prise en charge et l'organisation de la filière de soins différent de ceux rencontrés habituellement au cours du cursus de formation des internes ; et correspondent à ce que sera l'exercice futur de la majorité des jeunes médecins.
- Découverte du mode d'exercice libéral qui concernera à terme une part non négligeable des futurs docteurs.
- Possibilité de remplacer dans des CH et découvrir ainsi une activité différente du CHU et de nouvelles pratiques.

## **Intérêt financier :**

Les remplacements permettent d'apporter un complément de revenus aux internes en médecine et d'envisager plus sereinement leurs projets professionnels comme personnels.

Les émoluments sont souvent jugés insuffisants par les internes en médecine compte tenu du niveau d'études et des responsabilités importantes qu'ils engagent dans leur exercice de la médecine. Nous soulignons également que les revalorisations ont été plus que modestes malgré la charge de travail et les responsabilités croissantes demandées aux internes en médecine. Une telle mesure risque de mettre en difficultés financières les internes en médecine qui remplacent actuellement et de diminuer leur niveau de vie ; particulièrement pour les subdivisions où les contraintes financières sont les plus élevées : Ile-de-France, PACA, Aquitaine...

Aussi, nous tenons à vous signaler que les internes traversent une situation, à un moment particulier de leur vie, extrêmement précaire et délicate, car souvent l'âge d'accès à la première licence de remplacement coïncide avec le moment où ils et elles souhaitent fonder une famille, avoir des enfants et construisent un certain nombre de projets familiaux, ce qui est entravé et rendu difficile car ils ne peuvent pas répondre paisiblement à leurs frais et aux charges quotidiennes de leur foyer.

Ce complément de revenu permet également de financer un projet de recherche dans le cadre d'un master 2 (M2) et d'une thèse de science en parallèle des études de médecine puisque les financements alloués à ce jour sont insuffisants. Le nombre croissant des demandes de bourse d'année recherche pour effectuer un M2 est malheureusement inversement corrélé au nombre de bourses allouées. Les internes se voient donc contraints de prendre une année sabbatique pour poursuivre leur formation universitaire ; la possibilité de remplacer leur permet un équilibre autant du point de vue financier mais aussi professionnel, en leur permettant de garder un pied dans la vie médicale active.

Comme le rappelait Jean SIBILIA, président de la Conférence des Doyens lors de ses vœux pour l'année 2020: « Notre recherche médicale est actuellement sur le déclin, sous dotée et menacée par une compétition internationale de plus en plus rude. » Il est dommageable de rajouter volontairement des obstacles, sans proposer d'alternative valide, à la recherche scientifique française, notamment en exacerbant les difficultés financières chez des internes de plus en plus rarement motivés à se consacrer à un projet de thèse scientifique.

Sans compter le coût d'inscription aux différentes formations universitaires qui dans l'ensemble ampute les internes d'un mois de salaire pour un diplôme universitaire, qui sont très vivement recommandées par ailleurs, car le plus souvent elles se substituent tout simplement à la pauvreté voire l'absence de cours théoriques au sein de certains DES.



## **[FOCUS]**

# **Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?**

Nous ne le pensons pas pour plusieurs raisons :

- Pour commencer, de l'avis général, un remplaçant (d'autant plus lorsqu'il est interne) est beaucoup plus précautionneux dans sa prise en charge que le médecin titulaire qu'il remplace, par excès de prudence.
- L'activité des médecins remplaçants est particulière ; de même que les compétences nécessaires aux remplacements ne sont pas les mêmes que celles de l'exercice quotidien. Les internes remplaçants s'intéressent à la pratique courante et non à l'hyper-spécialité et ont déjà validé un nombre important de stages de leur spécialité avant de remplacer.
- La majorité des internes en médecine sont amenés à prendre en charge, souvent seuls, les patients dont ils ont la responsabilité pendant leurs stages. Rappelons que la majorité de ces stages sont réalisés en CHU c'est à dire en centre de deuxième voire de troisième recours, là même où les patients sont les plus lourds et les plus difficiles à prendre en charge. Nous dénonçons régulièrement l'insuffisance d'encadrement des internes en médecine dans certains services sans que personne ne s'en émeuve, de jour comme de nuit lors des gardes et des astreintes. Là encore, l'interne est souvent seul à prendre les décisions.
- Les internes en médecine remplaçants sont très rarement mis en cause par les juridictions ordinale, pénale ou civile. Ces cas restent anecdotiques à ce jour. L'interne en médecine qui remplace engage sa responsabilité pénale et civile et le fait donc en connaissance de cause. Les assurances Responsabilités Civiles Professionnelles des Internes en médecine sont généralement offertes à titre gracieux y compris pour ceux exerçant comme remplaçants. Même si pour les assureurs, il s'agit vraisemblablement d'une opération de marketing, ils ne sont pas connus pour être des philanthropes mais pour leur compétence dans l'évaluation des risques.

**Pourquoi une telle réforme alors ?**

**La balle est dans le camp de nos décideurs politiques. Nous sommes convaincus qu'ils sauront faire les bons choix.**

# Les propositions de l'ISNI

L'ISNI se positionne de la manière suivante :

- **L'ISNI souhaite la possibilité de remplacer à partir de la moitié de la durée de l'internat hors phase 3 (dite de consolidation), soit après la moitié du cursus réalisé en phase socle et d'approfondissement, et, le maintien de la possibilité de remplacer pour les internes en médecine générale sans modification du nombre des critères de remplacements, soit 3 semestres validés dont 1 semestre-validé chez le praticien de niveau 1.**
- **La création des critères de remplacements pour les spécialités qui n'en disposent pas actuellement.**
- **Promouvoir l'ouverture de stages en ambulatoire afin de faire de découvrir toutes les facettes des différentes spécialités**

## Argumentaires par spécialité

### DERMATOLOGIE ET VÉNÉROLOGIE

**FDVF - Futurs Dermato-Vénérologues de France**



FUTURS DERMATO-VENEROLOGUES  
DE FRANCE

➤ **Démographie médicale :**

La dermatologie compte 4 000 médecins en exercice en 2016 mais les projections prévoient une baisse de 12,7% de cet effectif d'ici à 2040. La question de l'accessibilité de la population à cette spécialité en tension est donc cruciale. Durcir les conditions d'accès à la licence de remplacement pour les internes serait donc désastreux en terme d'accès aux soins pour de nombreux patients.

➤ **Installation en milieu libéral :**

80% du contingent d'interne s'installera en libéral. Actuellement seulement 8 à 10% de stages en ambulatoire (et par exemple 1 seul sur Paris alors que c'est la subdivision avec le plus d'internes). Suffisamment de praticiens extra-hospitaliers intéressés pour ouvrir des postes pour que chaque interne puisse accéder à un stage en libéral pendant son internat mais pas assez de postes d'internes pour ouvrir ces stages et lever le frein universitaire/hospitalier qui craignent sans doute que les services soient désertés notamment par les vieux internes.

➤ **Assurer la permanence et la continuité des soins :**

La moyenne d'âge des praticiens en exercice en ville est de 54 ans. Ils ont envie et le droit de pouvoir prendre des congés ou de prendre quelques jours pour se former. Dans une spécialité où le délai moyen pour obtenir un RDV est de 62 jours nombreux sont ceux qui ont des difficultés à arrêter leur activité pour quelques jours de peur d'allonger ces délais.

Le remplacement par les internes ou en post-internat participe à la continuité des

soins en permettant aux praticiens libéraux de prendre ces jours de congés ou de formation.

> **Paradoxe sur la réforme du 3eme cycle :**

Accès facilité depuis la mise en place de la réforme à un stage de dermatologie tôt dans le cursus (dès la 1<sup>ere</sup> année, versus 3<sup>ème</sup> voire 4<sup>ème</sup> semestre en ancien régime) et dans 80% des cas 3 stages de dermatologie réalisés avant la fin de la 2<sup>ème</sup> année (3 stages de dermatologie + un hors spé sur les 2 premières années, hors exception des FST) : les internes sont formés plus tôt à leur spécialité leur permettant de meilleures conditions qu'auparavant pour remplacer alors pourquoi reculer d'un semestre ?

Cependant le versant pédagogique des remplacements n'est pas assez mis en valeur faute de stage ambulatoire. Les remplacements deviennent parfois le seul moyen de se former au laser, à la cosmétologie et aux gestes esthétiques (non pratiqués en CH et CHU) sous un versant de compagnonnage. La prise en charge des patients en ville est différente, avec un recrutement particulier.

Par exemple, en dermatologie, il est parfois important sur le plan pédagogique d'être bien formé à la prise en charge des dermatoses faciales (10% des consultations de ville), au dépistage des lésions mélanocytaires et des carcinomes (20% des consultations) avec une expertise en dermoscopie qui passe à la fois par un enseignement théorique mais aussi pratique d'où l'intérêt d'avoir un entraînement en cabinet.

> **Formation des jeunes médecins :**

Exercice en ville différent des pathologies rencontrées en CHU.

- Accès à un plateau technique : chirurgie, laser, cosmétologie (peu fréquent au CHU soit car inexistant soit par manque de temps lié à l'activité de base en hospitalisation et HDJ)
- Postes de consultation très formateurs, peu existants au CHU (même principe que précédemment)
- Découverte du monde libéral : gestion d'un cabinet (comptabilités, charges), des commandes de matériel nécessaire, autonomisation.

> **Intérêt financier :**

Master 2 +++ surtout sur des sujets peu financés (dermatose faciale par exemple)

Année de césure : risque psychosociaux et burn out de plus en plus importants. Permet le financement d'une disponibilité.

Complément de revenu notamment sur Paris : coût de la vie +++

> **Les internes en médecine remplaçants dangereux ?**

Pas de chiffre en dermatologie

Mais possibilité d'encadrer sa consultation ? par exemple un interne n'ayant pas fait de pédiatrie ou n'étant pas à l'aise en chirurgie ne prendra pas en charge des patients de moins de 12 ans et ne fera pas de chirurgie. Question de bon sens. Le problème en encadrant c'est qu'on risque de restreindre l'activité et d'alourdir le processus déjà complexe.

Les CDOM font bien leur travail et sont déjà assez « chiant » pour fliquer les médecins qui prennent des remplaçants pour s'assurer que les contrats sont renouvelés tous les 3 mois par avenant et que le nombre de jour et horaires soient indiqués.

Il faut la validation du coordonnateur et du CDOM donc c'est déjà un premier verrou. C'est la responsabilité du coordinateur de se renseigner avant de délivrer une autorisation de remplacement. Même si l'interne n'est pas passé dans son stage il peut demander à ses collègues PU ou PH si l'interne est suffisamment autonome et compétent pour remplacer.

## MÉDECINE NUCLÉAIRE

### ANAIMEN

#### Association Nationale des Internes et Assistants de Médecine Nucléaire



En médecine nucléaire plus qu'en radiologie, chaque machine et chaque constructeur a ses spécificités qu'il faut connaître pour avoir une vision la plus globale possible de ce qui se fait en terme d'imagerie nucléaire. Ceci n'est possible qu'avec les remplacements qui permettent à des internes **qualifiés** et **autonomes** de découvrir d'autres structures de soin, de nouvelles pratiques et surtout d'échanger avec d'autres confrères de façon concrète.

L'interne est apte à gérer et valider ses vacations, ses enseignements de DES sont validés en fin de 5ème semestre et sont un pré requis officieux et tacite pour obtenir l'avis du responsable régional relatif à l'obtention de la license de remplacement.

La médecine nucléaire est un très petite spécialité, il y a un interne de médecine nucléaire pour dix internes de radiologie par promotion de façon générale.

Limiter l'accès au remplacement aurait des répercussions dramatiques en terme de permanence de soin : de nombreux centres sont en recherche de remplaçant et ne trouvent pas pas tous de médecin disponibles. Les médecins thésés et assistants ayant déjà une activité de remplacement auront déjà leurs centres habitués et ne vont pas forcément chercher d'autres propositions; les centres en nouvelle demande risquent d'en pâtir.

Les remplacements en médecine nucléaire se font aussi en structure hospitalière, les remplacements sont une opportunité pour découvrir un autre centre (ou l'interne est peut être déjà passé durant ses semestres, cas très fréquent) afin de se faire connaître dans le centre et la région. Il s'agit d'une démarche indispensable pour assurer la qualité de la démographie médicale pour les années à venir. Les remplacements en structure libérale sont importants car les pratiques, les explorations, les habitudes sont assez différentes; il n'existe actuellement qu'un seul terrain de stage en milieu libéral.

Abordons enfin la thématique du financement. Il est illusoire de penser que cet aspect n'intervient pas, a fortiori chez un BAC+9 avec la paie d'interne, qui reste encore une fois l'une des plus basses d'Europe. Une homogénéisation des pratiques d'enseignement avec l'Europe est louable, mais la plupart des internes sont déjà thésés en débutant leurs internats, et leurs salaires n'ont rien avoir avec nos grilles françaises. Ce complément de financement est très important pour une personne qui a passé plusieurs années d'études en ne touchant qu'un faible salaire, a fortiori à

l'approche de la trentaine. Les frais courants, l'immobilier (notamment en Île de France), les frais de formation (cours nationaux, congrès, Diplôme Universitaire, Master...).

Nous n'avons pas la prétention de pouvoir améliorer la démographie médicale en zone sous dotée. Les raisons qui ont poussé à cette désertification sont nombreuses et pas uniquement liées au médical, mais plus un problème d'attractivité locorégionale. Seulement, de nombreux centres en sous-effectif font régulièrement appel aux médecins remplaçants pour assurer le bon fonctionnement de leur service. Encore une fois, le remplacement permet non seulement d'améliorer la situation des deux parties par un échange standard, mais ne peut que déboucher vers une amélioration constante du système de soin.

## **GÉRIATRIE**

### **ANAIG – Association Nationale des Internes de Gériatrie**

La gériatrie appartient aux « nouvelles » spécialités de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle. La première promotion du DES de Gériatrie est donc actuellement en 5<sup>ème</sup> semestre et est donc concernée par les mesures qui seront prises avant le mois de mai 2020 en ce qui concerne les remplacements.

> [Démographie médicale :](#)

La démographie médicale des gériatres est à mettre en parallèle avec la démographie de la population gériatrique. Pour rappel, la population des sujets de plus de 70 ans en France est passée de 4 296 000 personnes en 2000 à 6 046 000 en 2018 selon l'Insee. Les besoins médicaux sont donc très importants pour cette population.

> [Installation en milieu libéral :](#)

Bien que minoritaire pour le moment, l'exercice libéral de la Gériatrie existe et tend à se développer. Le remplacement en milieu libéral permettrait donc aux internes de découvrir ce mode de fonctionnement et ses spécificités.

> [Assurer la permanence et la continuité des soins :](#)

La recrudescence des personnes âgées aux urgences et dans les étages est plus que connue.

La permanence des soins concerne également la prise en charge des personnes âgées en EHPAD.

découvrir l'exercice en EHPAD et structures de rééducation.

De nombreux services de gériatrie doivent faire appel à des médecins étrangers pour assurer la permanence des soins.

Les internes effectuant un master 2 désirent continuer à participer à la permanence des soins.

> [Le paradoxe de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle :](#)

Avec la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle les internes sont mieux accompagnés donc mieux formés. Il serait donc légitime de penser qu'ils ont autant d'habileté que leurs prédécesseurs à effectuer des remplacements pour le même nombre de semestres validés.

Le stage en court séjour gériatrique au CHU obligatoire dès la première année. Selon la maquette, l'interne en 6<sup>ème</sup> semestre aura obligatoirement effectué 2 stages en gériatrie voire 3 si son dernier stage de phase de consolidation stage est un stage libre.



Ainsi les internes sont formés tôt dans leur cursus aux spécificités de l'exercice de la gériatrie ce qui leur permet d'être dans de bonnes conditions pour effectuer des remplacements dès leur 6<sup>ème</sup> semestre.

➤ **Formation des jeunes médecins :**

Le remplacement permet la découverte des modes de fonctionnement d'autres structures, l'élargissement du réseau du médecin (très important en gériatrie !), le financement de formations (congrès et DU notamment mais aussi le financement d'une année de Master 2).

➤ **Intérêt financier :**

Comme expliqué ci-dessus l'un des buts financiers est de payer l'accès aux congrès, DU mais aussi de financer une année de master 2 !

Certains internes renoncent à participer aux congrès et formations devant les frais importants : en plus des frais d'inscription au congrès, le budget est essentiellement représenté par le paiement du logement (grandes villes) et des transports (billets de train). Les remplacements pourraient également aider à financer une disponibilité parfois nécessaire au sein d'un internat sous tension.

Les remplacements seraient un complément de revenu notamment sur Paris où le coût de la vie est supérieur au reste du territoire. Par ailleurs les internes sont à une période de vie durant laquelle des projets sont en cours comme un achat immobilier que le revenu seul de l'interne ne peut permettre.

➤ **Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?**

Nous n'avons pas de données sur ce sujet car notre spécialité est très récente.

## **Enquête auprès des internes de Gériatrie**

Voici les résultats d'un questionnaire sur les remplacements destiné aux internes effectuant le DES de Gériatrie. Réponses du 19.01.20.

Sur 26 répondants, 70 % estiment ne pas être informés sur les modalités de remplacement pour les internes de gériatrie tandis que 88,5 % se sentent concernés par cette question.

77 % des internes ayant participé à l'enquête déclarent vouloir effectuer des remplacements avant la fin de leur internat.

Les motivations des internes sont les suivantes :

- 65 % souhaitent obtenir une aide pour le financement de la vie quotidienne (logement, nourriture, etc.) ;
- 54 % souhaitent pouvoir financer les formations (DU, Congrès, etc.) ;
- 53 % souhaitent découvrir un nouveau mode d'exercice ;
- 50 % souhaitent découvrir un nouveau lieu d'exercice ;
- 23 % souhaitent obtenir un financement en parallèle d'un Master 2.

- ★ **Une chose est sûre les annonces pour des remplacements en gériatrie sont nombreuses !**

## **RAPPORT CHIRURGICAL CONCERNANT LES REPLACEMENTS**



## **GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE**

**AGQF**

Association des gynécologues-obstétriciens en Formation

Les internes de gynécologie-obstétrique peuvent actuellement effectuer des remplacements en gynécologie médicale à partir de 4 semestres validés (dont 3 en gynécologie) et en gynécologie obstétrique à partir de 7 semestres validés (dont 3 en gynécologie et 2 en chirurgie générale).

Ces remplacements sont très importants pour les internes car ils permettent une approche différente de leur spécialité en leur permettant de découvrir le monde du libéral et de la gynécologie médicale. Ces deux aspects de la spécialité sont très peu mis en avant durant l'internat qui est très focalisé sur la chirurgie gynécologique et l'obstétrique. Il est pourtant important pour un gynécologue obstétricien d'avoir des connaissances en contraception, ménopause, troubles de la fertilité et tant d'autres aspects importants de la spécialité... L'accès aux remplacements en gynécologie médical pour les internes de

gynécologie obstétrique nous semble indispensables pour compléter les notions apprises durant l'internat de gynécologie-obstétrique.

De plus, ces remplacements permettent aux internes effectuant des master 2 de financer leur année universitaire en remplaçant 1 ou 2 jours par semaine. En effet, les années recherches attribuées par la faculté sont très peu nombreuses. En cas de suppression de la possibilité d'effectuer des remplacements, l'accès au master 2 sera grandement diminué et empêchera les internes motivés pour une carrière universitaire de pouvoir réaliser ce premier pas important. Les carrières universitaires sont déjà très difficiles d'accès, cette nouvelle mesure ne fera que fermer encore plus l'accès au monde universitaire.

## **OTORHINOLARYNGOLOGIE**

### **SJORL - Société des Jeunes ORL**



#### ➤ **Démographie médicale :**

Le DES d'ORL et Chirurgie Cervico-faciale existait avant la réforme du 3ème cycle, comme un DES à part entière en parallèle du DES de chirurgie générale qui n'existe plus aujourd'hui.

En 2018, on comptait 3040 ORL avec 46% des ORL installés en libéral exclusif et 29% avaient une activité mixte (contre respectivement 46% de libéral exclusif et 12% d'activité mixte parmi la moyenne des médecins français cette même année).

La moyenne d'âge des ORL en France est de 53 ans.

#### ➤ **Les internes en ORL remplaçants sont-ils dangereux ?**

Les internes d'ORL sont formés très tôt à être autonomes pour gérer seuls le début de prise en charge de la majeure partie des pathologies de leur spécialité et notamment toutes les urgences chirurgicales ; que ce soit en région Ile de France avec notamment la garde d'ORL à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital Necker (dès 2 semestres validés en ORL) comme dans le reste de la France avec souvent l'interne de garde sur place tandis que le senior est d'astreinte.

Il nous semble paradoxal de considérer qu'un interne est apte à assurer des consultations la nuit et le week-end pour l'hôpital public mais qu'il n'est pas apte à réaliser le même type de travail hors des murs de l'hôpital.

#### ➤ **Assurer la permanence et la continuité des soins:**

L'importance du nombre de praticiens installés en libéral explique que la demande de potentiels remplaçants soit extrêmement forte, et nombreux sont les internes qui jusqu'ici remplaçaient en semaine lors d'une disponibilité mais également une demi-journée ou une journée entière souvent le week-end en plus d'exercer leurs fonctions à l'hôpital. Réduire le

nombre de consultants en ville revient à surcharger encore un système déjà au bord de la rupture.

L'interdiction de remplacer à partir du 5ème semestre validé, réduit considérablement le pool de médecins remplaçants avec l'avancée des internes ancienne réforme qui préparent leur thèse ou leurs travaux universitaires et disposent donc de moins de temps pour soulager nos confrères libéraux qui sont en demande permanente de remplacement sur tout le territoire.

➤ **Importance des remplacements pour la formation des jeunes médecins:**

La majorité des ORL sont amenées à avoir un exercice exclusif ou mixte en libéral. Or actuellement, la formation en milieu hospitalier reste la seule en vigueur et ne permet pas de découvrir l'exercice libéral. Pour tous les jeunes ORL les remplacements sont donc l'unique occasion de découvrir ce mode d'exercice.

➤ **Le paradoxe de la réforme du 3ème cycle:**

Pour le DES d'ORL la R3C ferait reculer de 18 mois l'entrée des internes dans le pool des potentiels remplaçants alors que cette même réforme permet :

- ❑ Des internes mieux formés plus tôt à leur spécialité en pratique avec un accès à un stage d'ORL dès la phase socle ;
- ❑ Des internes également mieux formés en théorie avec une uniformisation des enseignements sur le plan national ;
- ❑ Une volonté d'accès à des phases de stages en libéral durant l'internat, encore non mise en place cependant ;
- ❑ Une volonté d'augmenter le niveau d'autonomie des internes avec le statut de Dr Junior.

- ★ **Devant ces contradictions, nous demandons le maintien du remplacement dans les conditions actuelles afin de diversifier la formation des internes et de les préparer progressivement à leur autonomisation en phase 3.**



> **Un avantage pour le patient :**

**L'offre de soins en ophtalmologie est très limité** avec dans certaines régions des situations alarmantes d'accessibilité aux soins où le terme « **désert médical** » prend tout son sens.

On compte par exemple en Région Grand-Est 403 ophtalmologistes en 2016 avec un nombre qui a diminué de 1,9 % entre 2012 et 2016. La densité est dans cette population inférieure à la moyenne nationale. Dans la région des Ardennes par exemple, elle est de 3,6 médecins pour 100 000 habitants. En Haute-Marne, de 4,4 médecins pour 100 000 habitants.

Malheureusement, une telle densité a pour conséquences des **délais de rendez-vous très allongés**, de 6 à 8 mois dans de nombreux centres, et ce, quand les ophtalmologues acceptent de prendre de nouveaux patients.

Le remplacement régulier ou ponctuel par les internes permet incontestablement de **raccourcir ce délai de rendez-vous**. Les patients que l'on croise en cabinet expriment souvent leur gratitude « *on m'a dit que le cabinet ne prenait plus de nouveaux patients mais qu'il y avait un interne remplaçant qui serait présent aujourd'hui* »

Par ailleurs, un contrôle régulier est essentiel en ophtalmologie, permettant de **dépister des pathologies d'évolution insidieuse** telles que le glaucome chronique à angle ouvert, la DMLA, la cataracte, la rétinopathie diabétique, qui ne peuvent pas être dépistées autrement dans la plupart des cas, mais continuent par ailleurs d'évoluer avec à terme des **conséquences désastreuses**.

> **Un avantage pour le médecin libéral:**

Les médecins libéraux sont fréquemment à la recherche de médecins remplaçants pour les soulager dans certains moments de leur vie : congés maternité, congés annuels, congés maladie ou week-end tout simplement. Comme expliqué ci-dessus pour

l'ophtalmologie notamment, **la demande dépasse l'offre dans de nombreuses régions** et l'aide d'un médecin remplaçant régulier ou irrégulier est précieuse.

En ophtalmologie, **de nombreuses tâches sont à la fois chronophages et essentielles** : la réfraction permettant de réaliser des lunettes (notamment chez les enfants), la réalisation d'un fond d'œil dilaté ou d'une rétinographie afin de dépister une rétinopathie diabétique, les examens du bilan pré-opératoire d'une chirurgie de cataracte, le suivi et le dépistage de pathologies de la personne âgée telle que la DMLA... et peuvent aisément être déléguées à un interne remplaçant.

> **Avantage pour l'interne**

● **Formation :**

86 % des ophtalmologues ont une activité libérale partielle ou complète, et pourtant, peu découvrent le monde du libéral durant leur internat.

Les remplacements ponctuels ou réguliers permettent de nous familiariser avec les établissements libéraux, de comprendre leur fonctionnement, leurs avantages comme leurs inconvénients et également de nous familiariser avec un plus grand nombre d'outils et de machines (tonomètres, OCT, rétinographes, biomètres...) qui ne sont pas toujours disponibles dans nos centres hospitalo-universitaires et qui sont pourtant essentiels.

● **Finances :**

Évidemment et comme pour toutes les spécialités, l'aspect financier représente un avantage non négligeable pour l'interne dont le salaire est insuffisant pour se former de façon correcte : DU, formation chirurgicale sur simulateur, accès à des congrès nationaux et internationaux, réalisation d'une année recherche, réalisation d'un semestre d'inter-CHU dans un service sur-spécialisé dans une ville chère comme Paris...

L'internat est long (6 ans). Il serait illusoire de penser que le salaire perçu par l'hôpital public est suffisant pour obtenir une formation correcte.

> **Concernant l'aptitude de l'interne à remplacer :**

La particularité de l'ophtalmologie est qu'il s'agit d'une spécialité médico-chirurgicale. Si les 6 ans d'internat s'avèrent être nécessaires pour la formation chirurgicale, les internes d'ophtalmologie sont capables dès la première ou la deuxième année d'internat de réaliser de nombreuses tâches effectuées lors d'une consultation : prescription de lunettes, dépistage de rétinopathie diabétique, le suivi et le dépistage de pathologies telles que la DMLA, le glaucome chronique... qui sont des enjeux de santé publique. Des pathologies inflammatoires ou infectieuses telles que les uvéites, les conjonctivites ou les kératites sont très fréquentes et représentent également « la routine » pour un interne d'ophtalmologie. La réalisation de lasers (pour cataractes secondaires, pour freiner la rétinopathie diabétique...) réalisés en consultation est également maîtrisée dès les premiers semestres de notre internat.

En somme, l'interne de 6<sup>ème</sup> semestre d'ophtalmologie a déjà derrière lui 2,5 ans de pratique et est tout à fait capable de mener une consultation d'ophtalmologie.

## CHIRURGIE ORALE



Association nationale des internes en chirurgie orale

Le remplacement pour la spécialité de chirurgie orale est parfaitement cohérent avec la formation et le perfectionnement le plus tôt possible. La profession présente un certain nombre d'actes à réaliser sous anesthésie locale qui représentent les interventions de base de la spécialité. On parle ici des avulsions simples de dents, les avulsions complexes (dents de sagesse, dents incluses surnuméraires ou ectopiques), des kystes maxillaires ou mandibulaires dont l'étendu n'indiquent pas d'anesthésie générale. Ces actes sont rapidement maîtrisés par les internes.

Ces actes de base sont largement suffisants pour remplir une activité de remplacement. L'interne n'a pas besoin de faire des chirurgies plus importantes comme des reconstructions maxillaires à visée implantaire ou des chirurgies à visée orthodontiques qu'il aura tout le temps de perfectionner et de maîtriser durant son internat et son post-internat.

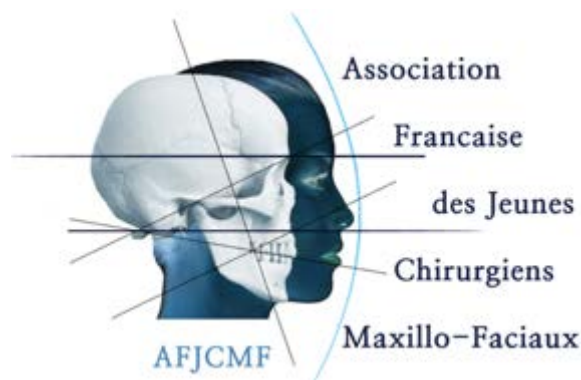
Les internes sont également rapidement formés à gérer les complications post opératoires de ces interventions quotidiennes.

De plus, la chirurgie orale présente une double entrée (internat d'odontologie et de médecine), et les internes issus de la filière odontologie ont déjà la possibilité de remplacer les chirurgiens-dentistes durant leur internat. Cette pratique existe donc bien et aucun problème n'a été relevé pour ces internes. Ce modèle devrait être étendu à la filière médecine pour une équité des chances. Les internes devraient pouvoir remplacer sans distinction chirurgiens-dentistes ou médecins à partir du moment qu'ils portent la qualification de chirurgien oral, il est incohérent de créer une spécialité commune pour ensuite amener à nouveau des disparités entre les internes qui ont partagé la même formation.

Pour information, nous évoquons la possibilité pour les chirurgiens oraux issus de la filière odontologie d'accéder au secteur 2 suite à leur assistanat/clinicat comme leurs confrères médecins ayant suivi le même internat et ayant la même pratique libérale. Encore une fois cette distinction de statut révèle un manque d'égalité et de cohérence pour des praticiens égaux dans leur pratique.



## CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE



➤ **Démographie médicale:**

Plus de la moitié des chirurgiens maxillo-faciaux exercent en libéral et un quart environ ont une activité mixte : l'activité libérale est un débouché essentiel de notre formation.

➤ **Installation en milieu libéral:**

Exercice en ville différent des pathologies rencontrées en CHU avec une grande part d'actes pouvant être réalisés sous anesthésie locale et en chirurgie ambulatoire.

Découverte du monde libéral : gestion d'un cabinet (comptabilités, charges), des commandes de matériel nécessaire, autonomisation, organisation des plages de bloc.

➤ **Assurer la permanence et la continuité des soins:**

Les remplacements permettent la continuité des soins au quotidien lorsque le praticien remplacé est absent. Les remplacements permettent de proposer tôt des opportunités de reprise de cabinet et d'installation dans un cas de départ à la retraite, assurant ainsi une permanence pérenne.

➤ **Le paradoxe de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle :**

Il nous semble légitime de pouvoir proposer un remplacement dès le 7<sup>ème</sup> semestre, à condition d'avoir réalisé 4 semestres de CMF. Nous ne sommes pas favorables à un remplacement plus précoce car il s'agit d'une spécialité chirurgicale. Mais nous ne sommes pas favorables non plus à un remplacement plus tardif car c'est aussi avec les remplacements que l'interne a la possibilité de préparer sa carrière, d'affiner ses orientations et d'augmenter ses revenus à un âge où les projets professionnels et

personnels se mettent en place et nécessitent une trésorerie plus importante que ce qu'un salaire d'interne peut apporter.

> **Formation des jeunes médecins :**

Le remplacement permet de découvrir le milieu libéral et permet de s'autonomiser.

Il n'existe pour l'instant aucune formation en libéral dans notre cursus alors que ce type d'activité sera exercé par la majorité des praticiens de notre spécialité !

> **Intérêt financier:**

Complément de revenu nécessaire pour beaucoup d'internes pour financer leur année de Master II ou leurs formations.

> **Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?**

L'interne doit avoir validé un nombre de semestres suffisants dans sa spécialité pour ne pas se retrouver démuné. A l'hôpital, les internes de chirurgie prescrivent seuls et opèrent parfois seuls, notamment ceux réalisés sous anesthésie locale dès leur 3<sup>ème</sup> semestre. Les pathologies rencontrées au CHU sont généralement plus complexes que celles rencontrées en ville. La participation aux gardes d'urgence et de CMF dès les premiers semestres, où l'interne est généralement le seul sur place la nuit, permet aussi aux internes d'obtenir une autonomie dans leur prise en charge.

Concernant les autres spécialités chirurgicales qui commencent généralement leur remplacement à partir du 8ème semestre :

L'offre de soins en chirurgie est très limitée avec dans certaines régions des situations alarmantes d'accessibilité aux soins où le terme « désert médical » prend tout son sens. Le remplacement régulier ou ponctuel par les internes permet incontestablement de satisfaire le besoin chirurgical dans ces régions.

Les chirurgiens libéraux sont fréquemment à la recherche de chirurgiens remplaçants pour les soulager (congés maternité, congés annuels, congés maladie ou week-end). La demande dépasse l'offre dans de nombreuses régions et l'aide d'un médecin remplaçant régulier ou irrégulier est précieuse.

Force est de constater qu'il existe un *clivage* de plus en plus important entre l'exercice dans le public et celui dans le privé. Et ce clivage dessert, de notre point de vue, les jeunes chirurgiens.

Il est regrettable de constater qu'un grand nombre de jeunes chirurgiens appréhendent de démarrer une activité dans le secteur privé, en particulier en Île-de-France, où la concurrence avec les CHU est rude et où la proportion d'équipes installées en clinique proposant d'intégrer un système de « *masse commune* », plus sécurisant en début d'installation, est encore très faible.

Pour exemple, l'activité chirurgicale dans le milieu libérale en chirurgie digestive est plutôt axée sur la chirurgie pariétale par abord mini-invasif (hernie ou cure d'événtration par coelioscopie) et la chirurgie bariatrique. Ces deux domaines de compétence sont enseignés de façon très inégale en fonction des stages au profit de domaines plus « nobles » comme

la cancérologie digestive. Il n'est pas rare pour un jeune chirurgien digestif d'arriver à la fin de son cursus universitaire sans avoir jamais vu un by-pass ou une hernie inguinale par coelioscopie !

Compte tenu de la réduction des postes d'attachés dans le public, les jeunes chirurgiens se retrouvent brutalement « lâchés » dans le monde du privé sans être préparés. Quelques chanceux seront parrainés par un chirurgien plus expérimenté avec encore une « fibre universitaire » mais la plupart devront se débrouiller seuls.

En effet, un grand nombre de chirurgiens libéraux cessent leur activité sans s'être préoccupés d'une transmission de leur patient à un chirurgien plus jeune avec qui il aurait pu collaborer quelques années et partager son expérience avant de s'arrêter.

Pour toutes ces raisons, il nous paraît indispensable d'ouvrir l'accès pour les internes de chirurgie au milieu libérale en commençant par des remplacements. Cela leur permettrait de se familiariser avec le secteur privé et cette expérience les aiderait à mieux cibler les stages les plus formateurs pour ceux qui voudraient dans le futur s'installer en clinique.

Évidemment et comme pour toutes les spécialités, l'aspect financier représente un avantage non négligeable pour l'interne dont le salaire est insuffisant pour se former de façon correcte (DIU, formation chirurgicale sur simulateur, accès à des congrès nationaux et internationaux...).

De plus, l'interdiction du financement par l'industrie des formations chirurgicales a un effet délétère pour la santé de nos patients. Les internes pouvaient donc compter jusqu'à présent sur les jours de remplacement pendant leur temps libre afin de financer eux-mêmes leur formation. Les priver de remplacements implique une drastique diminution de ces diplômes complémentaires chose dommageable pour l'ensemble des acteurs de la santé.

La Réforme du 3eme cycle a mis fin à la chirurgie générale. Les jeunes internes ont donc accès à leur spécialité dès le premier semestre. L'internat des 13 spécialités chirurgicales est long (6 ans). Ceci est nécessaire pour avoir une formation chirurgicale satisfaisante. En revanche les internes en chirurgie sont très tôt autonomes pour la partie médicale et donc pour les consultations. Remplacer plus tôt devrait être moins difficile qu'auparavant. Pourquoi reculer l'accès aux remplacements ?

Le Conseil National des Jeunes Chirurgiens demande le maintien des remplacements dans les conditions actuelles.

## NÉPHROLOGIE

### Syndicat National des internes de Néphrologie



#### > Démographie médicale :

En 2018 on compte, on comptabilise 1 782 néphrologues en France, dont 44% de femmes. L'âge moyen est de 51 ans.

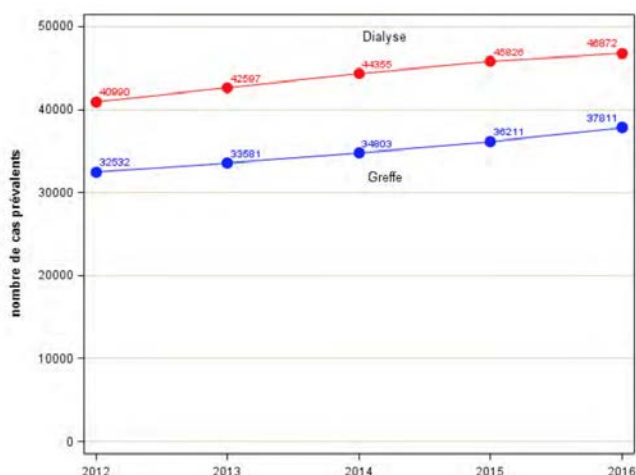
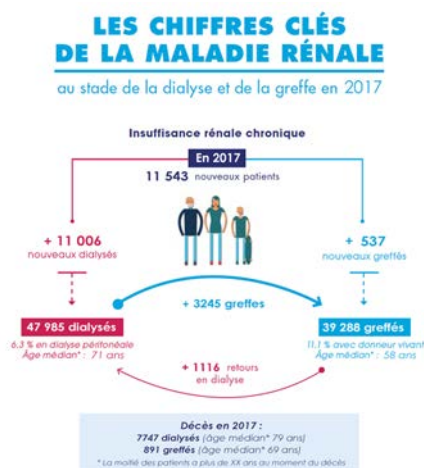
70% sont salariés avec la particularité de comporter un secteur "associatif" avec des associations d'hémodialyse qui emploient des médecins néphrologues.

Source :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr>

<http://www.conseil-national.medecin.fr/>

Le nombre de patients insuffisants rénaux chroniques (notamment au stade terminal) augmente d'années en années avec de nombreux déficits en néphrologues variable selon les régions.



Source :

Rapport REIN 2017 Agence de Biomédecine

#### > Installation en milieu libéral :

30% de libéraux auquel il faut rajouter la part d'associatif. Pour environ 5% de stages en ambulatoire que ce soit dans domaine ou dans l'autre.

Le principal frein vient des universitaires/hospitaliers qui défendent le fait de vider les services d'internes. Les internes subissent les conséquences d'une spécialité très hospitalo-centrée. La formation ne dispense donc aucune connaissance, ni apprentissage sur l'installation en libéral.

> **Assurer la permanence et la continuité des soins** :

De nombreux centres d'hémodialyse chronique engagent des médecins étrangers pour assurer la permanence des soins. Dès lors, les internes, notamment ceux qui effectuent un master 2, sont en demande de pouvoir assurer la permanence des soins hors les murs de l'hôpital.

D'après un sondage SNIN 2019, 50% des internes de Néphrologie ancienne réforme remplacent. D'après les chiffres CNOM sur la période 2013-2014 la Néphrologie était la 13<sup>ème</sup> spécialité en chiffre absolu de remplacements (102 licences délivrées sur cette période) pour un effectif d'environ 70 internes par an soit la 26<sup>ème</sup> spécialité en nombre de postes.

> **Le paradoxe de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle** :

Nous avons un système de formation où de nombreux internes ne sont pas formés aux gestes techniques et aux techniques d'aphérèse/épuración extra rénale. Certaines villes sont particulièrement visées.

La R3C veut une ouverture des stages hors hospitalier mais en pratique ce n'est pas du tout le cas. D'après les données dont nous disposons :

Villes où il existe des stages en libéral (3/28) :

- Bordeaux
- Lyon
- Montpellier

Villes où il existe des stages associatifs (9/28) :

- Angers
- Bordeaux
- Clermont Ferrand
- Limoges
- Lyon
- Nancy
- Paris
- Reims
- Toulouse

En cours de création :

- Besançon

Et encore il s'agit souvent d'un poste marginal, ce n'est pas normal ! On devrait laisser la possibilité aux internes de se former hors hospitaliers.

➤ **Formation des jeunes médecins :**

L'exercice en ville permet de rencontrer des pathologies différentes de celles rencontrées en CHU.

Seul moyen de découverte du monde hors hospitalier comme le montre les chiffres ci-dessus.

*Accès à un plateau technique* : pose de cathéters, biopsies rénales, échanges plasmatiques, LDL apherèse, rhéopherèse, immunoadsorption, dialyse péritonéale, hémodialyse sur KT ou fistule...

*Découverte du monde libéral* : gestion d'un cabinet (comptabilités, charges), des commandes du matériel nécessaire, autonomisation, consultations de néphrologie froide voire de greffe.

➤ **Intérêt financier :**

Dans le sondage SNIN 2019, 7 internes utilisaient les remplacements comme unique source de revenu lors de leur master 2.

Les remplacements jouaient beaucoup dans la balance financière des anciens internes et entrent souvent dans des problématiques de gestion familiale.

➤ **Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?**

Pas de chiffre en Néphrologie, néanmoins pas de contentieux ou d'appel au SNIN pour des soucis de remplacement depuis sa création.

## ONCOLOGIE MÉDICALE

### AERIO (Association pour l'Enseignement et la Recherche des Internes en Oncologie)



#### > Démographie médicale:

Avant la R3C, le DES d'oncologie était le plus récent des DES et les oncologues médicaux affichaient auparavant une moyenne d'âge inférieure à la moyenne d'âge des spécialistes (en 2013, 22% seulement des oncologues médicaux avaient plus de 55 ans). Néanmoins cette première génération d'oncologues médicaux issue du DES est désormais proche de la retraite.

En 2018, on comptait 1069 oncologues médicaux en France soit une augmentation de l'effectif de 30% en 7 ans.

En parallèle les besoins de santé en oncologie médicale ne cessent d'augmenter avec pour certaines régions une augmentation de l'activité de 30% sur une seule année!

Sources: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Demographie-medicale-en-cancerologie-Etat-des-lieux>  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

#### > Installation en milieu libéral:

Le mode d'exercice libéral est peu répandu en oncologie: en 2018, seuls 165 oncologues exercent exclusivement en libéral soit 15% de l'effectif total. L'activité mixte est encore plus rare et concerne environ 5% des praticiens.

En comparant le rapport 2018 de la DREES avec le précédent de 2013, il apparaît que l'effectif d'oncologues libéraux croît 2 fois moins vite que celui des hospitaliers. Ceci s'explique d'une part par la nécessité d'un plateau technique conséquent (unité de préparation des cytotoxiques) mais aussi une méconnaissance de ce mode d'exercice rare dans la spécialité avec un développement très récent des stages en libéral pour les internes.

#### > Assurer la permanence et la continuité des soins :

Comme pour les autres spécialités, à chaque fois que les internes sont détachés de leurs obligations de service, notamment en master 2, ils sont demandeurs de participer à la continuité des soins sur leur territoire. Devant des effectifs de seniors à "flux tendu" avec une activité galopante, l'accès aux remplacements semble donc nécessaire autant aux internes qu'aux médecins installés: l'oncologie médicale est en effet une des spécialités les plus touchées par le burn-out et les risques psycho-sociaux en général.

> **Le paradoxe de la réforme du 3ème cycle :**

Nous avons d'une part la demande de l'Ordre des Médecins de reculer d'un an l'accès aux remplacements depuis la mise en place de la R3C et d'autre part :

- des internes mieux formés en pratique avec un accès bien plus précoce qu'auparavant aux stages d'oncologie médicale
- des internes également mieux formés en théorie avec une uniformisation des enseignements sur le plan national
- un accès en augmentation aux stages en libéral durant l'internat
- une volonté également dans la réforme d'augmenter le niveau d'autonomie des internes avec le statut de Dr Junior.

Devant ces contradictions, nous demandons le maintien du remplacement dans les conditions actuelles afin de diversifier la formation des internes et de les préparer progressivement à leur autonomisation en phase 3.

> **Formation des jeunes médecins :**

Si le travail en équipe est indissociable du métier d'oncologue médical, l'exercice libéral ne l'exclut pas. Actuellement, notre formation en centre de référence reste prépondérante alors que les soins d'oncologie notamment de proximité sont plébiscités par des patients souffrant de pathologie courante et ne souhaitant pas s'éloigner de leurs proches dans des circonstances parfois dramatiques.

Pour ceux qui n'ont pas accès aux stages en libéral dans leur maquette, il s'agit de l'unique occasion de découvrir ce mode d'exercice.

> **Intérêt financier :**

Nombreux sont les internes d'oncologie médicale à effectuer un Master 2 mais tous ne bénéficient pas de l'année recherche ou de bourse, notamment sur les sujets de cancérologie où les demandes de financement sont nombreuses, y compris émanant d'autres spécialités. Il s'agit donc pour une grosse part d'entre eux de l'unique source de financement pendant cette année.

De plus, avec un DES en 5 ans, le plus souvent un Master 2 parfois une thèse de sciences, les internes d'oncologie médicale terminent leur cursus tard et concrétisent leurs projets familiaux ou d'achat immobilier que le revenu seul de l'interne ne peut permettre.

> **Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?**

À notre connaissance, aucun problème de remplacement, aucun signalement rapporté à l'AERIO. En revanche, nous recevons chaque semaine des annonces de remplacement de toute la France métropolitaine et DOM TOM...



## AIH (HÉMATOLOGIE)

### > Installation en milieu libéral :

Il y a très peu d'activité libérale en hématologie. En effet, l'hématologie oncologique et bénigne se reposent sur des activités de laboratoires qui ne peuvent être supportées en ville (résultats non fiables, pas de relecture experte).

### > Assurer la permanence et la continuité des soins :

La compétence hématologique étant rare, il est essentiel de promouvoir une activité de consultation pour les internes afin que ces jeunes praticiens, en remplaçant, soient le premier filtre de l'hôpital, qui croule aujourd'hui sous les demandes de consultations hématologiques.

Les remplacements se font aussi dans les SSR, ce qui est absolument vital pour ces structures.

### > Le paradoxe de la réforme du 3ème cycle :

La R3C vise une autonomisation encadrée des jeunes médecins dès l'internat. En remplaçant, un interne rend compte à son médecin référent de ses consultations et bénéficie d'un compagnonnage qui parfois manque à l'hôpital.

### > Formation des jeunes médecins :

La diversité d'exercice est un moteur majeur de progression en médecine. Les remplacements sont une opportunité majeure de formation personnelle et d'incitation à la formation médicale continue par le travail personnel. Au vu des béances de formation des internes par cours dans de nombreux services, les remplacements sont un levier formidable à promouvoir.

### > Intérêt financier :

Les internes d'hématologie sont parmi ceux qui réalisent le plus de DU, masters et de thèses d'universités en parallèle de leur formation. Ces périodes correspondent à des moments de grande précarité dans lesquels l'aide financière des remplacements est vitale. Arrêter les remplacements, c'est freiner la recherche en France.

### > Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?

Non à partir du moment où ils remplacent des praticiens dont ils ont été formés à la spécialité.

## **RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE**

### **Union Nationale des Internes et Jeunes Radiologues**



#### > **Démographie médicale :**

226 219 médecins en France en 2018.

110 279 médecins spécialistes en 2018, avec des projections démographiques montrant 113 862 médecins spécialistes en 2025; soit 0,5% d'augmentation en 7 ans  
Parmi ces médecins spécialistes, **8890** sont radiologues soit **8,1% des médecins spécialistes**, drainant l'ensemble de la population française : 66,89 millions d'habitants en 2018 ; La densité moyenne nationale est de 13,3 radiologues pour 100 000 habitants, soit **1 radiologue pour plus de 7500 habitants**.

Nous ne rappelons pas ici la problématique des déserts médicaux qui doublent ce chiffre de 1 radiologue pour 7500 habitants par endroit.

Pour mémoire, on comptait 8300 radiologues en 2012, soit **une augmentation du nombre de radiologues de moins de 7% en 6 ans**.

L'âge moyen des médecins radiologues est de **52 ans**.

Sources : CNOM 2018 <http://www.data.drees.sante.gouv.fr> / <http://www.conseil-national.medecin.fr>

#### > **Installation en milieu libéral :**

L'une des spécificités de la radiologie est qu'elle s'exerce à **74 %** en activité libérale exclusive/activité mixte, à 26 % en activité publique: **près de 2 internes de radiologie sur 3 auront un exercice libéral**.

On assiste à un switch intergénérationnel avec de plus en plus de départ en retraite, des demandes difficilement absorbées par les jeunes radiologues qui s'installent, **soutenues en partie par les internes remplaçants**.

> **Assurer la permanence et la continuité des soins :**

Il existe une **pénurie des médecins radiologues** désormais critique dans certaines régions avec un **impact avéré sur la qualité des soins et leur coût**. Pourtant il y a en parallèle une croissance incessante du nombre d'actes radiologiques, des indications et des techniques.

Les internes remplaçants participent à la permanence et à la continuité des soins (notamment lors des congés, arrêt maladie etc..) mais contribuent à réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment dans les déserts radiologiques.

**Les remplacements concernent aujourd'hui plus de 98% des internes en radiologie.**

> **Le paradoxe de la réforme du 3ème cycle/Formation des jeunes médecins :**

Notre formation est principalement axée sur des stages hospitaliers (**Plus de 90% de l'offre de stage**). Le mode d'exercice libéral de notre spécialité « libérale » est découvert au travers des remplacements.

Les remplacements sont une opportunité pour les internes de compléter leur formation et de découvrir le milieu libéral afin d'avoir toutes les clés en main pour le choix de leur futur mode d'exercice.

La R3C vise à délivrer une formation plus homogène et plus adaptée pour l'ensemble des internes de France, les internes devraient donc être mieux formés grâce à un accès plus équitable aux stages quel que soit leur classement dans la promotion, grâce aux e-learning et aux évaluations annuels.

Pourquoi dans ce contexte limiter l'accès au remplacement à partir du 5e semestre d'internat à des internes qui auront acquis les compétences nécessaires, et parfois même plus tôt qu'auparavant ?

Interdire les remplacements en phase d'approfondissement crée un réel manque et **empêche nos internes d'accéder à une vision globale de la spécialité.**

A cela il faudrait rajouter que **les remplacements contribuent à l'autonomisation des internes qui commence dès le début de l'internat !**

> **Intérêt financier :**

La question financière est très souvent évoquée lorsque les internes défendent les remplacements.

Il est clair que les remplacements sont un plus dans le budget d'un interne qui pour rappel est rémunéré à **7,2 €/h brut pour un SMIC horaire à 10,15€/h.**

Remplacer permet aux internes d'avoir un revenu supplémentaire nécessaire pour prendre en charge leurs besoins professionnels et personnels.

Ils peuvent ainsi mettre un peu d'argent de côté pour financer leurs formations complémentaires (DU, congrès) souvent indispensables et pour lesquelles il n'existe très peu d'aide financière, aggravé par le vote l'été dernier de la loi « anti cadeau » (c'est environ 80% des internes en radiologie qui ont recours à des DU pour compléter leurs formations).

> **Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?**

Non et nous pensons que c'est le cas pour toutes les spécialités.

Pour mémoire, les radiologues remplacent **après avoir fourni une grille recensant leurs domaines de compétences** : ceci permet de prévenir une mauvaise prise en charge du patient (pour exemple si on ne maîtrise pas l'imagerie ORL ou l'IRM nous n'avons pas ces pathologies ou cette modalité dans nos vacations de remplacement).

Les internes remplaçants ont déjà validé un nombre important de stages en CH et CHU où ils sont confrontés à des pathologies bien plus complexes qu'en libéral.

Ajouté à cela, **les remplacements sont non obligatoires** : les internes peuvent les commencer quand ils se sentent capables (ce qui n'est pas forcément le cas pour les gardes dans certains CHU où finalement l'interne commence sans confiance en lui et parfois seul...)

Sans oublier qu'il n'y a **aucune données objectives attestant de l'augmentation des erreurs médicales depuis que les internes remplacent** ; comme signalés plus haut les assurances RCP des internes remplaçant et non remplaçant sont gratuites la plupart du temps.

**Pour terminer :**

- ★ **La radiologie est une spécialité à petit effectif (1 radiologue pour plus de 7500 habitants), qui s'exerce principalement en libéral (près de 2 radiologues sur 3), dans un contexte de switch générationnel.**
- ★ **Les remplacements concernent aujourd'hui plus de 98% des internes en radiologie.**
- ★ **Les remplacements font partie de la formation des internes de radiologie et doivent demeurer en phase d'approfondissement afin de préserver un aperçu global d'une spécialité d'exercice très orienté en libéral.**
- ★ **Les modalités actuelles d'accès aux remplacements garantissent une innocuité et une efficacité du système.**

## CARDIOLOGIE

**Par le Collège des Cardiologues en Formation  
(Groupe affilié à la Société Française de cardiologie)**



Mail : [collegecardiologuesenformation@gmail.com](mailto:collegecardiologuesenformation@gmail.com)

Données faisant suite à un sondage sur 150 jeunes cardiologues (disponible dans le journal du CCF N°8)

Sources :

CNOM 2018

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr>

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

La médecine cardiovasculaire comptabilise en France en 2018 presque 7200 médecins. Son exercice se compose pour 41% d'un exercice libéral stricte et pour 26% supplémentaires d'un exercice mixte (souvent à forte prédominance libérale) soit presque 70% de cardiologues exerçant en ville.

Il paraîtrait paradoxal de reculer l'âge de possibilité de formation des internes au mode d'exercice majoritaire de leur spécialité. Les remplacements sont en effet un moment privilégié pour l'apprentissage hors des structures hospitalières.

> **Mode de remplacement en sécurité :**

Par ailleurs, les consultations de médecine cardiovasculaires sont majoritairement composées de soins de premier ou deuxième recours au sein de maisons de santé multidisciplinaires ou de regroupements de cardiologues libéraux. Il apparaît contradictoire de refuser l'accès aux internes de remplacer alors que les internes en milieu hospitalier doivent faire face, parfois seuls, à des situations beaucoup plus complexes de prise en charge.

De plus, 87 % des jeunes réponders ont été contactés pour une proposition de remplacement grâce au bouche à oreille. Les jeunes praticiens semblent être abordés personnellement dans une relation de confiance avec le cardiologue remplacé. 75 % des jeunes réponders peuvent systématiquement joindre un cardiologue référent si besoin. Cette dimension de bienveillance envers les jeunes cardiologues qui vivent leur premier pas en tant que remplaçant, s'avère formatrice.

> **Besoin de santé publique face à la démographie médicale :**

A l'instar de l'ensemble des spécialités médicales, il existe un vieillissement de la population des médecins en exercice avec des classes en âge de prendre leur retraite numériquement plus importantes. Ce vieillissement de la profession médicale pose la question du renouvellement générationnel de ces médecins et de la disponibilité professionnelle (cessation d'activité ou baisse d'activité). Très nombreux sont les praticiens de ville qui cherchent des jeunes médecins à qui proposer leur succession.

Les zones sous-denses représentent les zones où la densité médicale est faible. Ces zones ne concernent pas que les zones rurales, et sont parfois proches des grandes villes. L'accès aux soins sur le territoire est une problématique qui touche directement les internes avec 65 % des jeunes cardiologues « prêts à remplacer » dans des zones sous-denses. En ce sens, l'accès au remplacement est l'occasion pour les internes de découvrir des régions sous-denses afin d'y apprécier un mode d'exercice inconnu et de faciliter leur choix vers l'installation; mais aussi de leur faire découvrir et apprivoiser des zones avec une attractivité moindre.

À propos de la permanence et de la continuité des soins, en l'état actuel des choses, les seuls médecins titulaires des services ne peuvent assurer l'ensemble des gardes. De nombreux centres hospitaliers ont besoin des remplacements pour fonctionner. Or ce sont principalement les internes qui pallient à ce manque de moyens.

> **Lien entre les remplacements et l'année recherche :**

Concernant l'intérêt financier des remplacements, il apparaît évident qu'un complément salarial bénéficie aux internes dont les salaires sont parmi les plus bas en Europe.

69 % des internes répondants réalisent des remplacements pendant leur année de Master 2. Cette source de revenu représente une sécurité pour l'interne n'ayant parfois pas ou peu de financement (bourse). Ainsi, les remplacements permettent aux internes de « garder un lien avec la cardiologie clinique ».

En effet ce complément de salaire est indispensable aux étudiants qui souhaitent s'engager dans une année de Master 2. Le Master 2 permet l'accès aux carrières académiques dont l'attractivité se trouve déjà fortement impactée par l'ensemble des problématiques de financement de l'hôpital public. Par ailleurs, le Master 2 permet une ouverture sur le monde de la recherche qui fait cruellement défaut aux études médicales en France et qui est, lui aussi victime de la pression internationale et du manque de moyen.

> **Cohérence avec le parcours de l'interne et ses gardes seniors :**

Enfin, la majorité des internes en cardiologie ont déjà fait montre de leurs capacités et de leur autonomie très tôt dans leur internat (3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> semestre) en prenant des gardes de seniors. Ces gardes de seniors sont un témoin de la confiance que les chefs de service accordent aux internes.

De la même façon, les licences de remplacements sont soumises à l'appréciation du coordonnateur local du DES.

> **Soutien de tous nos seniors :**

Nos collègues seniors (libéraux, universitaires, société savante et collège d'enseignants) se sont aussi prononcés en défaveur de l'allongement du nombre de

semestres à valider pour l'accès au remplacement. Forts de la confiance qu'ils nous accordent, nous demandons l'absence de modification concernant la licence de remplacement et le respect de notre autonomie.

★ **Conclusion :**

Nous défendons notre attachement fort au droit d'obtention de la licence de remplacement dès le 5<sup>ème</sup> semestre.

- Un mode de remplacement en sécurité, accordé par nos coordinateurs, avec une présence ou une disponibilité de cardiologue référent. Un recrutement souvent par bouche à oreille, basé sur un lien de confiance.
- Une continuité de soins dans les zones sous-denses où les internes sont des remplaçants privilégiés. Un assentiment voire une volonté des jeunes praticiens à remplacer dans des zones sous-denses.
- La période de Master 2 apparaît comme une période très propice aux remplacements.
- En cohérence avec notre maquette de DES, et l'avis de seniors (universitaires, enseignants, et libéraux)

## MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES



### > Démographie médicale :

Le DES de Maladies Infectieuses et Tropicales a été créé lors de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle. La spécialité existait auparavant sous la forme d'un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC).

En 2018, on comptait 677 infectiologues en France soit une augmentation de l'effectif de 83% en 7 ans (370 en 2011).

Les besoins de santé en maladies infectieuses et tropicales sont amenés à augmenter de façon importante dans les années à venir au vu des enjeux médicaux futurs. L'OMS a par exemple considéré que dans les 10 menaces globales pour la santé mondiale, 6 sont de nature infectieuse : grippe, méfiance vaccinale, résistance aux antimicrobiens, VIH, dengue, ebola. Parmi ces 6, au moins 4 concernent complètement la France.

### > Installation en milieu libéral :

Le mode d'exercice libéral se répand rapidement en maladies infectieuses et est amené à prendre encore plus d'importance avec la création du DES.

L'exercice libéral repose d'une part sur des avis, à distance ou sur place notamment dans les établissements privés (cliniques) qui représentent 25% de l'offre des lits d'hospitalisation en France. Les infectiologues donnent des conseils sur l'utilisation des antimicrobiens et organisent le suivi des patients, ils ré-évaluent les antibiothérapies et les protocoles en fonction des pathologies et de l'écologie locale de la résistance. Ils peuvent également se charger de la formation en hygiène et en infectiologie des professionnels de santé.

D'autre part, l'exercice libéral repose également sur des consultations dans des structures de santé :

→ Consultations de vaccinologie



- Consultation de voyage (conseils aux voyageurs et retour de voyages)
- Consultation de santé sexuelle et IST
- Consultation post hospitalisation
- Suivi des patients vivant avec le VIH
- Orientation diagnostique

Les infectiologues libéraux constituent un lien essentiel entre la ville et l'hôpital.

> **Assurer la permanence et la continuité des soins :**

Comme pour les autres spécialités, à chaque fois que les internes sont détachés de leurs obligations de service, notamment en master 2, ils sont sollicités pour participer à la continuité des soins sur leur territoire. Les internes sont souvent demandeurs pour participer aux remplacements dans la mesure où cela leur permet de garder une activité clinique et de développer leur réseau professionnel. Devant des effectifs de seniors à "flux tendu" avec une activité qui ne cesse d'augmenter, l'accès aux remplacements pour les internes semble donc nécessaire et souhaitable.

> **Important pour la formation des jeunes médecins :**

De nombreux infectiologues seront amenés à avoir un exercice exclusif ou mixte en libéral. Actuellement, la formation en CHU reste prépondérante et ne permet pas de découvrir l'exercice libéral. Cependant, lors d'un sondage réalisé auprès de tous les DES de maladies infectieuses et tropicales (n=93) et présenté aux Journées Nationales d'Infectiologie, 20% (n=19) des DES envisagent de travailler dans une structure libérale.

L'accès aux stages libéraux n'est pas prévu dans la maquette du DES de Maladies Infectieuses et Tropicales, les remplacements sont l'unique occasion de découvrir ce mode d'exercice et constituent une formation importante pour leurs pratiques futures.

> **Le paradoxe de la réforme du 3ème cycle :**

Nous avons d'une part la demande de l'Ordre des Médecins de reculer d'un an l'accès aux remplacements depuis la mise en place de la R3C et d'autre part :

- des internes mieux formés en pratique avec un accès bien plus précoce et plus riche en stages de maladies infectieuses
- des internes également mieux formés en théorie avec une uniformisation des enseignements sur le plan national
- un accès en augmentation aux stages en libéral durant l'internat
- une volonté dans la réforme d'augmenter le niveau d'autonomie des internes avec le statut de Dr Junior.

Devant ces contradictions, nous demandons le maintien du remplacement dans les conditions actuelles afin de diversifier la formation des internes et de les préparer progressivement à leur autonomisation en phase 3.

> **Intérêt financier :**

Nombreux sont les internes de maladies infectieuses et tropicales qui réalisent un Master 2 mais tous ne bénéficient pas de l'année recherche ou de bourse. Pour les 2 bourses annuelles de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF),

plus de 20 demandes sont reçues par an. Pour de nombreux internes, les remplacements sont l'unique source de financement pendant cette année.

De plus, avec un DES en 5 ans, le plus souvent un Master 2 parfois une thèse de sciences, les internes de maladies infectieuses et tropicales terminent leur cursus tard et un complément de revenu financier est parfois utile pour leurs projets.

➤ Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?

Non, les internes remplaçants en maladies infectieuses et tropicales ne sont pas dangereux. Les internes qui remplacent pourront le faire après validation d'une grille de compétence qui permet de contrôler les acquis. De plus, ces internes ont déjà validé un nombre important de stages en CH et CHU où ils sont confrontés à des pathologies souvent plus complexes qu'en libéral.

Ajouté à cela, **les remplacements sont non obligatoires** : les internes peuvent les commencer quand ils s'en sentent capables.

- ★ **Nous recevons régulièrement des demandes de remplacement recherchent de jeunes infectiologues. Nous n'avons jamais été alerté de potentiels problèmes lors de remplacements avec des internes.**

## **ANESTHÉSIE-RÉANIMATION**

### **SNJAR (Syndicat National des Jeunes Anesthésistes-Réanimateurs)**



L'anesthésie réanimation est spécialité marquée par une augmentation continue du besoin d'actes associée à un **déficit démographique parmi les plus importants**, comme en atteste la proportion de médecin à diplôme étranger (26.8% données COM 2014) et le recours nécessaire au remplacement dans la quasi-totalité des établissements publics et privés pour tenter de maintenir la permanence des soins. Il y a actuellement 10 136 anesthésistes-réanimateurs, répartis pour  $\frac{1}{3}$  d'entre eux en exercice libéral,  $\frac{1}{3}$  en exercice salarié et  $\frac{1}{3}$  en exercice public avec une pyramide des âges impliquant un fort renouvellement au cours des 5 prochaines années.

Le remplacement lors de la seconde phase d'internat permet un contact avec les structures de soins hors CHU et améliore de fait **l'implantation pérenne** notamment dans les structures publiques périphériques. Il permet également la découverte de l'exercice libéral qui n'est, pour le moment, que partiellement accessible et de manière excessivement hétérogène en fonction des régions au cours de la formation académique.

L'intérêt pédagogique des remplacements réalisés par essence en responsabilité pleine et totale est indéniable et s'inscrit pleinement dans la philosophie de la réforme d'amener les internes en médecine en responsabilité de manière plus précoce. Il est à noter que l'activité de remplacement est complémentaire à l'activité académique de l'interne car se réalisant en dehors du temps médical. Par ailleurs, elle respecte les standards de sécurité. Pour preuve, la sinistralité déclarée des internes remplaçants recueillie par les différents organismes d'assurance est similaire à celle des praticiens titulaires (source sinistralité, GPM 2013-2018).

La recherche en anesthésie-réanimation a la spécificité d'être peu subventionnée par le tissu industriel. Le remplacement apparaît donc également comme une nécessité pour accéder à une **année de recherche** type Master 2. La suppression de cette solution de financement ne ferait que diminuer le niveau d'excellence et d'investissement de notre spécialité dans la recherche fondamentale, pourtant nécessaire à un exercice de qualité et en permanente évolution.

- ★ **Pour conclure, le remplacement médical en anesthésie-réanimation est un catalyseur de formation, d'accès à la recherche et d'implantation dans les territoires. Il doit être maintenu au plus tôt dans la formation et s'inscrit de plus pleinement comme un exercice sécurisé pour le patient et une solution de maintien de la permanence des soins.**

## **ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE NUTRITION**

### **Union nationale des Internes d'Endocrinologie et Diabétologie**



➤ **Démographie médicale :**

Environ 30% des Endocrinologues exercent en libéral exclusivement sur environ 1900 praticiens pour cette spécialité.

L'âge moyen est de 48,8 ans.

Depuis 2 ans les effectifs en libéral sont globalement stables mais tendent à diminuer.

➤ **Installation en milieu libéral :**

Sur un sondage réalisé par UNITED en 2019, 50% des internes faisant des remplacements pendant l'internat argumentent ce choix par une nécessaire préparation à l'exercice libéral. Vingt pourcent des internes sondés avaient déjà réalisé un stage en libéral, et ce stage avait conforté la volonté de s'installer dans près de 70% des cas.

En outre, 80% des internes sondés envisagent de réaliser un remplacement libéral.

➤ **Un intérêt évident des remplacements dans la formation des futurs endocrinologues :**

Les internes interrogés par UNITED estiment avoir parfois affaire à des pathologies ou des situations cliniques non rencontrées en stage.

En effet, beaucoup de pathologies peuvent être gérées en consultation comme une grande partie de la Thyroïdologie.

Ces pathologies sont pourtant fréquentes mais souvent gérables uniquement en consultation (maladie de Basedow, Hypothyroïdie dans la plupart des cas ne nécessitent pas d'hospitalisation). C'est notamment sur cet aspect de la spécialité que les internes interrogés ont trouvé un bénéfice aux remplacements.

➤ **Motivations au remplacement en endocrinologie :**

Certains internes profitent d'une année de disponibilité ou de Master 2 pour faire des remplacements. Pour certains internes réalisant un Master 2 et ne disposant pas d'une bourse de recherche, il peut alors s'agir de la seule source de revenus.

Les motivations principales des jeunes endocrinologues sont la préparation à l'exercice libéral (50% d'entre eux), puis viennent à égalité l'attrait financier (en particulier lors des disponibilités) et l'apport pédagogique (pour la variété des situations cliniques rencontrées).

> **Les internes remplaçants sont ils dangereux ?**

Dans la majorité des cas, les situations cliniques rencontrées lors des remplacements ont déjà été rencontrées par l'interne au cours de sa formation.

Deux tiers d'internes sondés estimaient avoir parfois été mis en difficulté sur certaines situations (notamment car peu rencontrées lors des stages hospitaliers), néanmoins pour la totalité des internes sondés il était possible de contacter un responsable ou un collègue lors de situations nouvelles ou difficiles au cours des remplacements. Il s'agit là d'un argument allant dans le sens de la qualité et de la sécurité des prises en charges lors des remplacements.

## BIOLOGIE MÉDICALE

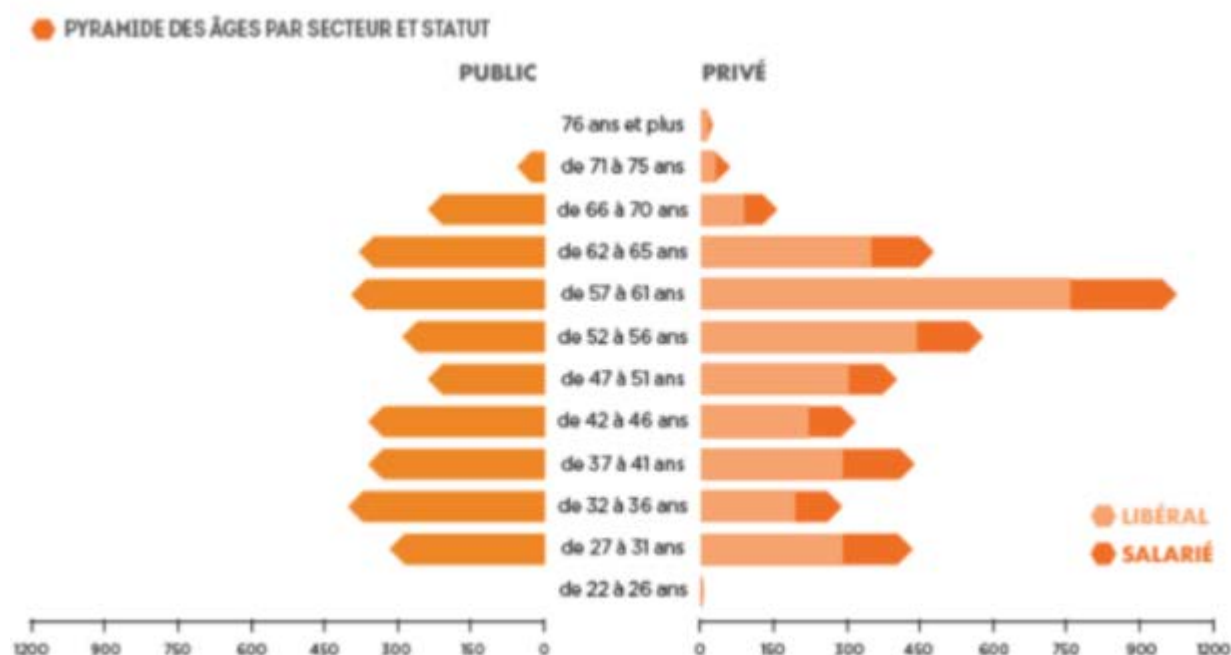
### SJBM (Syndicat des Jeunes Biologistes Médicaux)



#### > Démographie médicale :

Environ 10000 biologistes médicaux (pharmacien et 30% de médecin) avec 63 % privé et 37% dans le public.

Démographie vieillissante, avec de nombreux départ à la retraite à venir. Surtout dans le privé.



#### > Installation en milieu libéral :

Les stages libéraux proposés lors de l'internat sont peu nombreux (1 par subdivision en moyenne) et sont essentiellement des stages en plateaux techniques. Ces stages ne permettent donc aux internes que de découvrir une fraction de l'activité libérale les privant d'expérience au sein de plus petites structures ainsi que du contact avec ses patients. Les remplacements sont donc un bon moyen de voir l'activité dans le privé, responsable de 63% des embauches.

➤ **Assurer la permanence et la continuité des soins :**

Nécessité d'avoir des internes remplaçants pour les astreintes de week-end.

➤ **Le paradoxe de la réforme du 3ème cycle :**

Avant la réforme les internes devaient, lors des 2 premières années d'internat, réaliser un stage en hématologie, un en biochimie et un en bactériologie ainsi qu'un stage libre ce qui n'a pas changé avec un la réforme de la R3C. L'interne de biologie a donc les mêmes bases que ses prédécesseurs et donc les mêmes capacités à remplacer à la fin de son 5eme semestre.

➤ **Formation des jeunes médecins :**

L'activité de remplacement permet à l'interne de découvrir biologie polyvalente, de continuer sa pratique aux prélèvements biologiques, de rencontrer ses patients contrairement aux stages hospitaliers, de gagner en autonomie, de découvrir différentes méthodes de management en fonction des structures où il remplace.

➤ **Intérêt financier :**

L'activité de remplacement est non seulement un moyen de compléter la formation proposée par l'hôpital mais aussi un complément de salaire non négligeable pour les internes. Ce complément de salaire est indispensable pour un grand nombre d'interne souhaitant financer des Diplômes Universitaires proposés par la faculté pouvant coûter plus d'un mois de salaire. Les remplacements sont également la seule source de revenu pour les internes n'ayant pas eu de bourse pour la réalisation de leur M2. L'arrivée de la loi anti-hospitalité en juillet 2019 prive également les internes des remboursements pour les congrès nationaux voir internationaux auxquels ils vont régulièrement présenter leurs projets de recherche ou se former.

➤ **Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?**

Aucun incident relatif aux remplacements effectués par des internes n'a été enregistré par le SJBM (Syndicat des Jeunes Biologistes Médicaux) ni par la FNSIP-BM (Fédération Nationale des Syndicats d'internes en Pharmacie et en Biologie Médicale). Tout interne remplaçant doit être habilité par la structure où il remplace. L'habilitation étant un processus comprenant formation (documents à lire, formation théorique, formation pratique) ainsi qu'une évaluation (questionnaire et/ou test pratique qui valident les compétences acquises à la suite de la formation) Un interne en biologie médicale ne peut donc remplacer sans qu'il soit prouvé qu'il soit apte à assumer ses fonctions.

★ **Les internes en biologie médicale ont le soutien de l'Ordre des pharmaciens concernant le maintien du délai actuel de remplacement.**

## MÉDECINE GÉNÉRALE PARIS- SRPIMG

### > Démographie médicale :

Actuellement en Ile de France, il y a 24 505 médecins généralistes, et 2 505 médecins remplaçants toutes spécialités confondues (donnée CNOM 2019).

Ce nombre de médecins peut paraître important, cependant la densité médicale est une des plus basses de France: 7.4 médecins pour 10.000 habitants (contre 8.9 de moyenne nationale) (source Carto-santé ARS).

Devant cette difficulté d'accès au soins très importante, surtout sur les périodes de permanence (gardes et week-ends, ainsi que pendant les vacances scolaires), l'obtention d'une licence de remplacement pendant les études médicales de 3e cycle permet de pallier en partie à cette pénurie, tout en allouant aux internes la découverte de différents modes d'exercices possibles avant de faire un choix permanent d'installation à l'issue de l'internat.

### > Installation en milieu libéral :

Il ressort des discussions avec certaines associations de praticiens libéraux que la proposition de restreindre l'obtention d'une licence de remplacement est par conséquent une **restriction de l'accès aux soins** en même temps que la perte d'une occasion de découvrir un mode d'exercice alternative au salariat et à la carrière hospitalière.

Ils saluent le travail fait par les collègues d'enseignants généralistes pour rendre la Médecine Générale une spécialité universitaire au même titre que toutes les spécificités, avec un travail constant pour permettre aux internes les meilleures conditions pour se former dans leur DES. Cependant, le remplacement pendant l'internat aux conditions actuelles permet, à leur sens, de découvrir l'exercice varié qui caractérise notre spécialité pour plus facilement s'installer par la suite.

### > Assurer la permanence et la continuité des soins :

Dans notre subdivision où il n'est pas rare de se confronter à des déserts médicaux, force est de constater que beaucoup de permanences de soins de nuit et de weekend sont garanties par des médecins (internes et docteurs thésés) remplaçants.

Cela est dû à une démographie médicale insuffisante, et bien que les internes remplaçants ne soient pas la majorité, la perte de cette possibilité impliquerait une **réduction conséquente d'un certain nombre de permanences** dans des cabinets, des maisons médicales, ou des services de régulation... Cela aurait pour conséquence d'engendrer, du moins dans certains départements, de vraies problématiques en terme d'accès aux soins de la population générale.

### > Le paradoxe de la réforme du 3ème cycle :



La mise en place de la nouvelle réforme du 3e cycle des études médicales a institué une obligation pédagogique de réaliser deux stages ambulatoires :

- en première année de DES, un stage dit de Niveau 1, visant à faire découvrir aux jeunes internes la pratique de médecine générale,
- en troisième année de DES, un stage dit de SASPAS (Stage en Autonomie Supervisée en Soins Primaires Ambulatoires), visant à mettre l'interne en capacité d'exercer seul avec un débriefing qui est réalisé avec le MSU à la fin de chaque journée de consultation.

Actuellement, le maintien de la licence de remplacement délivrée en l'état (après la réalisation de 3 semestres dont le stage de N1) présente un « contre sens pédagogique » entre la mise en responsabilité qui découle de l'obtention de la licence et la nécessité, pour valider son DES, de passer ensuite par un "SASPAS", donc par un stage où on est supervisés dans notre pratique.

Des dérives dans ce sens ont été portées à l'attention du grand public, par exemple dans les propositions de loi qui souhaitent déployer les internes de médecine générale, praticiens en formation, sur des territoires à démographie médicale tendue pendant leur cursus.

Nous considérons que la formation de l'internat est un moment d'apprentissage et de découverte pour se former dans notre pratique future et que le fait d'assurer la permanence de soins sur une modalité qui ne soit pas basée sur le volontariat, pourrait nuire à notre formation et, à terme à la prise en charge globale du patient en soins primaires.

Nous considérons que l'attention vouée au patient dans sa globalité et à la prise en compte des enjeux de santé publique sont à la base de notre formation et de notre métier de futurs praticiens de Médecine Générale.

Des mesures incitatives ont déjà fait preuve de leur efficacité en permettant à des jeunes étudiants de s'engager comme futurs médecins généralistes dans des régions à démographie médicale tendue (notamment les systèmes de CESP).

La création du DES de Médecine Générale reflète toute la complexité d'un métier fascinant avec ses propres spécificités (comme toutes les autres spécialités de médecine).

Un métier qui est en « première ligne », qui se déploie sur le territoire plus qu'à l'hôpital, et qui a mille facettes d'exercice. La licence de remplacement en l'état permettrait de garantir une meilleure permanence de soins tout en laissant les internes se familiariser avec des modalités d'exercices différentes en ambulatoire, afin de découvrir, à leur rythme, une vraie alternative à une carrière hospitalière.

#### > [Formation des jeunes médecins :](#)

Devant une formation médicale qui se fait encore en grande partie à l'hôpital, force est de constater que beaucoup de jeunes médecins, à l'issue de leur DES, préfèrent rester travailler dans ces structures : facilité d'accès aux examens complémentaires, travail en équipe, réseaux et carnets d'adresses connus...

L'obtention de la licence de remplacement dès la moitié du cursus, permettrait aux internes de découvrir un éventail de modes d'exercice différents en dehors de l'hôpital bien avant la fin de leur DES.

De plus, l'accès à une licence de remplacement dès le 3<sup>e</sup> semestre restant sur la base du volontariat, seuls les internes les plus motivés et déjà à l'aise dans leur pratique, connaissant déjà les structures dans lesquelles ils souhaitent s'engager vont aller au bout de cette démarche afin de l'obtenir.

Cela dérive du constat que, le plus souvent, lors de la réalisation d'un stage dit « niveau 1 » dans un territoire à démographie médicale tendue, les internes découvrent un mode d'exercice différent de celui à l'hôpital et s'y sentent à l'aise; connaissance des lieux, des logiciels, de leurs anciens maîtres de stage font le reste (avec un « double contrôle » : aucun remplacé accepterait de laisser sa patientèle à quelqu'un dans lequel il n'aurait pas confiance).

Il est important de rappeler aussi qu'il n'est pas rare, dans des stages hospitaliers, de se retrouver déjà en autonomie lors de certaines permanences de soins ou dans la gestion des patients hospitalisés. Cela se fait, de moins la plupart du temps, de manière progressive et requiert un certain degré de confiance des seniors envers les internes.

> **Intérêt financier :**

Il est mis en avant un certain intérêt financier pour les internes dans l'obtention d'une licence de remplacement. Cet argumentaire est d'autant plus vrai pour les internes franciliens, devant faire face à un coût de la vie plus important qu'en province et à des formations complémentaires à leur frais

Nous rappelons que dans notre subdivision le coût de l'immobilier peut rejoindre, dans certains zones, plus de 10.000 euros/m<sup>2</sup> alors que le salaire moyen d'un interne ayant un BAC+7 est souvent plus bas que le SMIC horaire .

Des argumentaires faisant souvent fuir dans d'autres régions les internes de MG à la fin de leur DES, surtout dans une spécialité comme la nôtre où la formation ne requiert pas, en l'état, un clinicat dans un service de CHU hyper-spécialisé.

Le maintien de cette licence permettrait, aux internes qui le souhaitent, de poursuivre leurs études confortablement, de découvrir dès leur internat la réalité ambulatoire présente dans leur subdivision et de trouver des moyens et des conditions favorables à une installation durable.

> **Les internes en médecine remplaçants sont-ils dangereux ?**

Sans pouvoir avoir accès à des vraies statistiques dans ce sens, de nombreuses réunions avec les Conseils de l'ordre des Médecins Nationaux, Régionaux et de certains départements, n'ont pas mis en évidence une augmentation de sinistralité par rapport à nos confrères thésés et remplaçants réguliers.

De plus, les internes ont tendance à remplacer dans des cabinets de groupe, où ils peuvent discuter avec leurs confrères des prises en charge complexes oui qui leur posent problème .

Les médecins interrogés qui ont accès à des remplaçants (quand ils en trouvent) confirment que l'interne sait se protéger sur le plan juridique tout en prenant en charge ses patients avec beaucoup de bon sens.

*« A mon époque, nous on remplaçait dès la D4. C'était très enrichissant, même s'il y a eu des situations difficiles : pas de téléphone, on était tous seuls chez les gens la nuit... Heureusement, ce n'est plus le cas, mais on a beaucoup appris en mettant nos mains dans la patte.*

*Maintenant, je ne peux pas trouver de remplaçant, alors que je travaille dans un cabinet de groupe. Pour les patients, c'est une vraie galère.*

*(...) Non, je n'aurais pas de problème avec un interne, au contraire! S'il a un doute, il ne serait pas seul dans le cabinet et il sait qu'il peut m'appeler. La confrérie et l'entraide dans notre métier, c'est ainsi aussi qu'on apprend. »*

X. Médecin Généraliste exerçant en Île de France.

## Hépto-Gastro-Entérologie

### AFIHGE

(Association Française des Internes en Hépto-Gastro-Entérologie)



Les internes d'hépto-gastro-entérologie sont préoccupés par le projet de réservation des licences de remplacements aux internes de phases de consolidation.

Ces remplacements, actuellement autorisés à partir du cinquième semestre, présentent un intérêt non négligeable pour les médecins en exercice, les internes, et par conséquent les patients.

L'hépto-gastro-entérologie, comme nombre de spécialités, est concernée par un manque de praticiens, avec des médecins, libéraux ou salariés, ayant une activité importante mais ne permettant pas de répondre à la demande des patients. Ainsi, l'aide d'un remplaçant ne peut qu'être bénéfique dans ce contexte, dans un objectif de permanence et de continuité des soins.

Les structures hors CHU (CH, clinique, cabinet libéral) sont peu accessibles aux internes lors de leur formation alors que la plupart d'entre eux n'exerceront pas au CHU. Les remplacements permettent une découverte de ces autres types d'exercices.

Plus de la moitié des gastro-entérologues ayant un exercice libéral total ou partiel a plus de 55 ans et les remplacements sont également un moyen pour eux de faire découvrir leur cabinet à des internes susceptibles de le reprendre par la suite.

Les internes actuellement autorisés à remplacer ont déjà effectué **cinq semestres de gastro-entérologie, dont un d'endoscopie**, ils sont donc compétents pour les motifs de consultation d'un gastro-entérologue non spécialisé : organisation et réalisation d'une coloscopie de dépistage, suivi d'une MICI, suivi d'une cirrhose, traitement d'une hépatite, recherche de l'étiologie d'une douleur abdominale, de troubles du transit, suivi carcinologique...

L'intérêt financier ne peut pas être ignoré, notamment dans un but de maintenance d'un revenu pour les internes en master 2. Les licences de remplacement sont donc importantes pour continuer à encourager la recherche. Elles permettent également à l'interne de conserver une activité clinique et donc de ne pas perdre des compétences acquises les années précédentes.

Les internes ont des connaissances actualisées et ont l'habitude de référer le patient à un médecin expert en cas de pathologie difficile à prendre en charge. La question de la dangerosité des remplacements n'est en pratique pas envisagée par les médecins ayant

recours aux internes remplaçants, et les organismes d'assurance ne reportent pas d'augmentation de risque pour le patient en cas de remplacement du médecin par un interne.