

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 octobre 1982.

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission spéciale (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ
PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE,
relatif aux études médicales et pharmaceutiques.*

Par M. Adrien GOUTEYRON,

Sénateur.

(1) Cette Commission est composée de : MM. Robert Schwint, *président* ; Bernard Lemarié, Michel Miroudot, Mme Danielle Bidard, *vice-présidents* ; MM. Henri Belcour, René Touzet, Jacques Habert, *secrétaires* ; Adrien Gouteyron, *rapporteur* ; Jean Amelin, René Billères, Marc Bœuf, Louis Boyer, Léon Eekhoutte, Mme Cécile Goldet, MM. Yves Le Cozannet, Maurice Lombard, Pierre Louvot, Jean Madelain, Mme Monique Midy, MM. Michel Moreigne, Raymond Poirier, Victor Robini, Jean Sauvage, Pierre-Christian Taittinger.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7^e législ.) : 1076, 1089 et in-8° 226.
Sénat : 532 (1981-1982).

Professions et activités médicales. — Enseignement supérieur et post-baccalauréat - Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure - Examens, concours et diplômes - Formation professionnelle et promotion sociale - Médecine - Pharmacie - Santé publique - Service national.

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	3
— Un nouveau débat sur les études médicales et pharmaceutiques	3
— Un texte très voisin du précédent : soulagement et regrets	3
I. — Le projet de loi reprend pour l'essentiel les acquis de la loi de 1979	5
— Il ne pouvait guère en être autrement compte tenu du consensus obtenu	5
— Les orientations essentielles adoptées en 1979	5
• Régulation des flux	5
• Mise en place d'une formation spécifique du généraliste	5
• Amélioration de la formation des spécialistes	5
— Les grandes lignes du nouveau projet	7
1. <i>Le projet préserve la sélection et la régulation des flux globaux et relatifs</i>	8
— A l'issue du P.C.E.M. 1	8
— Dans la répartition entre généralistes et spécialistes et parmi les diverses spécialités d'internat	8
2. <i>Le texte confirme également la création d'une formation spécifique du généraliste</i>	9
— Substitution au résidanat d'un internat de médecine générale de deux ans	9
• Derrière le changement de terminologie, une même réalité	10
• L'association des praticiens à la formation des internes	11
• La mention de la qualification	11
3. <i>Le projet retient de même la volonté d'une formation unique des spécialistes : de l'internat qualifiant à l'internat de la filière de médecine spécialisée</i>	11
— L'accès à la filière : pas de bouleversement et maintien du concours ..	12
II. — Le projet apporte cependant des éléments nouveaux plus contestables	15
1. <i>Peu d'apports nouveaux à la loi précédente</i>	15
2. <i>Des innovations plus contestables</i>	16
— Pourquoi une filière santé publique?	16
— La filière recherche	17
— Alors que les « passerelles » sont étroites	18

	Pages
3. <i>Une articulation complexe</i>	19
a) L'examen classant validant de la fin du second cycle	19
— Son rejet en 1979	19
— L'examen classant validant proposé par le projet	20
— Examen et concours	21
b) Le niveau de la régulation des flux	22
c) La sanction du troisième cycle	23
— Maintien ou non de la thèse	23
— Quelles « épreuves » de fin de troisième cycle ?	23
d) La mention de la qualification obtenue et l'omnivalence du titre de docteur en médecine	24
III. — Le projet aggrave certaines difficultés et laisse dans l'inconnu des problèmes essentiels	27
1. <i>L'aggravation des rigidités</i>	27
a) La lourdeur de la procédure et la mise en œuvre de la réforme	28
b) Une rigidité des carrières	29
2. <i>Le projet, comme le précédent, n'apaise pas nombre d'inquiétudes</i>	29
a) Quelle revalorisation du généraliste ?	29
b) Les incidences de la réforme sur le fonctionnement des hôpitaux généraux et la qualité des soins	30
3. <i>Le projet laisse dans l'inconnu des éléments essentiels</i>	31
a) Les modalités de la sélection en P.C.E.M. 1	32
b) Le contenu de l'enseignement des deux premiers cycles	32
c) La part de la formation permanente	33
d) La réforme hospitalière et le statut des médecins hospitaliers	33
e) Le coût de la réforme	34
f) Les conditions de l'exercice de la médecine de demain : la formation pour quoi faire ?	34
IV. — Examen des articles	37
V. — Travaux de la Commission	65
VI. — Tableau comparatif	87
VII. — Amendements présentés par la Commission	107
VIII. — Annexes	115

MESDAMES, MESSIEURS,

Le Parlement est appelé, une seconde fois en moins de deux ans et demi, à examiner un texte portant réforme des études médicales et pharmaceutiques.

L'importance du travail effectué au printemps 1979, qui s'est concrétisé par la loi du 6 juillet 1979, et l'ampleur des discussions que nous avons eues à cette occasion, ne peuvent manquer de donner à celui qui avait déjà l'honneur d'être rapporteur de ce premier projet, le sentiment de se répéter, de voir repris une fois de plus les mêmes thèmes et soulevés les mêmes problèmes.

Si la composition de la commission spéciale que nous avons à nouveau constituée, puisque le texte relève à la fois de la commission des Affaires culturelles et de la commission des Affaires sociales, n'est plus exactement semblable à celle de 1979, les auditions auxquelles nous avons procédé nous ont permis d'entendre des exposés et des prises de position comparables à ceux qui nous étaient alors faits. A la réserve près que certains sont disposés à accepter aujourd'hui ce qu'ils n'admettaient pas il y a quelques mois.

Le texte qui nous est soumis aujourd'hui est, en effet, dans ses grandes lignes *proche de celui que nous avons examiné et voté en 1979.*

D'où le soulagement que l'on veut éprouver après avoir craint, du fait de certaines déclarations, que l'équilibre du système laborieusement mis au point ne soit totalement bouleversé.

D'où aussi, inévitablement, le regret que l'on ait perdu tant de temps dans la mise en vigueur d'une loi que le Parlement avait déjà examinée, dont on a suspendu l'application et dont on reprend aujourd'hui les dispositions essentielles.

Doit-on se réjouir ou se plaindre que le délai de réflexion demandé par le Gouvernement, en ce qui concerne le contenu de la réforme, n'ait abouti qu'à de légères modifications ? Ce n'est pas faute pourtant d'avoir remué des idées au sein des deux groupes de réflexion mis en place, l'un autour du professeur Roux, pour le ministère de la Santé, l'autre autour du professeur

Seligmann pour l'Education nationale. Mais malgré la force des critiques apportées à la loi de 1970, il faut reconnaître que finalement ne furent pas remis en question ses apports essentiels.

Avant d'aborder plus avant les dispositions qui nous sont proposées, notons que ce texte comme le précédent est très court. Les modalités de l'enseignement de la médecine qu'il prétend réformer relèvent, en effet, très largement du domaine réglementaire et de l'autonomie des universités.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a entendu préciser à l'avance, comme l'avait fait en son temps Mme Simone Veil, ce qu'il entendait faire dans les matières qui sont de sa compétence exclusive. Ce qui explique le très long exposé des motifs qui précède le projet et que les ministres cosignataires ont présenté comme les « engageant » dans la rédaction des textes d'application.

Mais il est bien évident qu'au-delà de la lettre des textes eux-mêmes comptent la « pratique » et la manière dont les hospitalo-universitaires, les médecins, les étudiants et tous les professionnels impliqués dans la mise en vigueur de la réforme vont la faire vivre. Sa réussite ou son échec en dépendent.

Il n'en reste pas moins qu'il est souhaitable, même s'il sort de son domaine strictement délimité par la Constitution, que le législateur puisse intervenir pour endiguer une évolution qui lui paraît regrettable, pour dénoncer des risques et des dangers ou pour faire part enfin de ses doutes et de ses inquiétudes.

I. — LE PROJET DE LOI REPREND POUR L'ESSENTIEL LES ACQUIS DE LA LOI DE 1979

Si nous avons manifesté à la fois notre soulagement et notre surprise devant la reprise par le présent projet de « l'acquis » de la loi de juillet 1979, force est de reconnaître qu'il ne pouvait guère en être autrement.

Cette loi résultait en effet de réflexions menées depuis de longues années en concertation avec l'ensemble des professionnels intéressés. Les études, rapports, travaux de commission qui se sont développés depuis une quinzaine d'années avaient permis que se dégage une sorte d'accord sur l'équilibre à réaliser. Nous ne rappellerons ici parmi les sources de ce texte que le projet du professeur Rapin (mai 1975), le rapport de la Commission santé et assurance maladie présenté par le professeur Etienne dans le cadre de la préparation du VII^e Plan (mars 1976) et surtout les travaux de la commission animée par M. Louis Fougère sur « la réforme des études médicales » (mars 1977) très largement diffusés.

• Les orientations essentielles adoptées en 1979.

Le texte, tel qu'il apparaissait, représentait en fait le plus grand dénominateur commun de toutes ces réflexions et propositions. Il s'articulait autour de trois orientations essentielles :

— l'adaptation du nombre de médecins aux besoins, par la « régulation des flux », non seulement à l'issue de la première année (P.C.E.M. 1) de formation, mais aussi en fin de deuxième cycle, s'agissant de la répartition entre généralistes et spécialistes, et de la répartition même des postes parmi les spécialités d'internat ;

— la revalorisation de la formation du médecin généraliste par la création d'un troisième cycle spécifique, le résidanat, mettant l'étudiant aux prises avec des responsabilités médicales réelles, tout en lui assurant un enseignement théorique ;

— l'amélioration de la formation des spécialistes par l'instauration d'un internat unique et qualifiant qui supprime la filière universitaire des certificats d'études spéciales et fusionne les divers types d'internat existants.

Nous ne reprendrons pas, ici et maintenant, les justifications de ce dispositif que nous avons largement développées dans notre précédent rapport. La loi de 1979 qui tendait, outre à la maîtrise de la démographie médicale, à conjuguer dans le troisième cycle obligatoire, pour tous les étudiants en médecine à quelque carrière qu'ils se destinent, des fonctions pratiques formatrices et rémunérées et un enseignement théorique solide, reposait sur une critique sévère de la formation jusqu'alors dispensée aux futurs médecins.

Nous ne reviendrons donc pas, tant cela est aujourd'hui reconnu par tous, sur les conséquences néfastes non seulement de l'inflation du nombre global des futurs médecins mais aussi d'une mauvaise répartition entre généralistes et spécialistes. Nous nous contenterons de fournir en annexe quelques statistiques éclairantes et de renvoyer aux travaux parlementaires de la loi précédente.

Nous ne reprendrons pas non plus la description de l'insuffisance formation jusqu'alors donnée aux généralistes par le biais du stage interné de dernière année, ni celle des voies diverses (internats au C.E.S.) d'une inégale valeur, conduisant aux spécialité.

Nous rappellerons seulement que la loi s'imposait aussi en raison de la nécessité de mettre en conformité cette formation des spécialistes avec les exigences européennes que traduisait une directive du Conseil des Communautés en date du 16 juin 1975.

Largement discutées, les orientations du texte avaient fait l'objet d'un large consensus parmi les intéressés. L'examen par le Parlement a été particulièrement fructueux, et certaines dispositions ont été discutées avec beaucoup de passion. Si nous avons émis un vote globalement favorable, ce n'est pas sans avoir exprimé certaines craintes.



Compte tenu du travail de réflexion accompli, du relatif accord obtenu sur les grandes lignes de la réforme, de leur adéquation aux aspirations de la grande majorité des professionnels et à la conception très généralement partagée de ce que doit être l'organisation de notre système sanitaire (1), le nouveau pouvoir ne pouvait guère — au risque de troubler les esprits, bouleverser notre édifice universitaire et hospitalier et menacer gravement notre appareil de soins — modifier profondément le texte primitivement voté.

(1) Cf. Rapport du professeur Gallois : *L'Organisation du système de soins*. Documentation française.

● **Le nouveau projet.**

Malgré le changement de terminologie les lignes directrices de la loi précédente sont préservées, seule en diffère « l'articulation ».

Le projet tel qu'il nous est transmis par l'Assemblée nationale, et sans que de grandes modifications aient été apportées au texte initial, peut être ainsi résumé :

Il introduit dans le troisième cycle de formation avant le diplôme de docteur en médecine, quatre filières au lieu de deux :

- la médecine générale ;
- la médecine spécialisée avec quatre grandes options : spécialités médicales, spécialités chirurgicales, biologie médicale et psychiatrie ;
- la santé publique ;
- la recherche.

A l'issue du deuxième cycle, dont le texte ne dit rien, tous les étudiants passent obligatoirement un examen validant et classant dans chaque région sanitaire, le classement n'intervenant que pour le choix des postes formateurs en médecine générale.

En revanche, l'accès à la préparation de chacun des diplômes de spécialité, dont font partie la santé publique et la recherche, est subordonné à un concours facultatif organisé dans le cadre d'« interrégions » regroupant au moins trois C.H.U., dont le programme sera analogue à celui de l'examen validant.

Le nombre et la liste des postes formateurs dans chaque filière est fixé chaque année par les deux ministres concernés compte tenu des besoins de la population et des capacités de formation, évalués par des commissions régionales, interrégionales et nationale.

Est maintenu le principe de la loi de 1979, suivant lequel ce nombre est déterminé de manière à permettre à tous les étudiants ayant été reçus à l'examen validant et classant, sanctionnant le deuxième cycle d'entreprendre un troisième cycle.

1. Le projet préserve la sélection et la régulation des flux, globaux et relatifs.

On pouvait réellement craindre, compte tenu des prises de position passées et des engagements pris, que le nouveau Gouvernement n'abandonnât le souci, pourtant justifié, d'une maîtrise de la démographie médicale, prévue par l'article 45 de la loi d'orientation de l'enseignement supérieur de 1968.

Non seulement il n'en est rien, mais il semble même que la sélection soit souhaitée avec une vigueur au moins égale. Alors même que l'on s'était fixé l'objectif de 6.000 étudiants admis à la fin du P.C.E.M. 1, et se répartissant en 4.000 généralistes et 2.000 spécialistes, c'est actuellement 5.900 étudiants qui pourront accéder à l'entrée de la deuxième année du premier cycle, et, dans un avenir prochain, peut-être moins encore. Cet effectif, après un « plafond » qui sera atteint en 1990 devrait permettre ultérieurement une stabilisation aux alentours de 180.000 médecins.

Réjouissons-nous que l'exercice des responsabilités gouvernementales ait fait renoncer à toute démagogie en la matière, même si ce changement de cap, comme s'il ne voulait pas s'avouer, se camoufle encore derrière des formules gênées. C'est ainsi, si l'on s'en tient à l'exposé des motifs, que la sélection telle qu'elle était pratiquée « avant » n'est qu'une « occasion d'élimination », alors que, voulue par un gouvernement de gauche, c'est un « processus plus continu d'orientation respectant mieux les aspirations et motivations individuelles dans le cadre de contraintes démographiques... ».

La sélection demeure donc tant à l'issue de la première année du premier cycle d'études médicales (P.C.E.M. 1) qu'à l'issue du second cycle (D.C.E.M. 4) pour la répartition des étudiants entre les diverses filières de troisième cycle.

Le texte transmis maintient en conséquence la possibilité pour les ministres de fixer annuellement le nombre global d'étudiants en médecine par région, de même que leur répartition, lors de l'accès au troisième cycle, entre futurs généralistes et futurs spécialistes, et, s'agissant de ceux-ci, entre les diverses spécialités ou disciplines.

Comme précédemment, semble exclu un *numerus clausus* à la fin de la sixième année, chacun de ceux qui termine avec succès le second cycle pouvant prétendre accéder au troisième.

Notons aussi que sont repris pour la fixation des chiffres annuels les mêmes critères que ceux définis en 1979, à savoir les besoins de santé de la population, la nécessité de remédier aux inégalités géographiques ainsi que les capacités de formation existantes. Ils sont évidemment susceptibles des mêmes critiques.

Si les ministres doivent s'entourer de l'avis de commissions, seuls différent dans le nouveau projet, le nombre de celles-ci, leur composition et le champ de leurs possibles propositions. La volonté « d'intégrer la formation des médecins dans l'ensemble de la politique de santé » (1) a incité à créer une cascade d'instances régionales, pédagogiques interrégionales et nationale, auxquelles participent non seulement des représentants des élus des administrations et des professionnels de la santé, mais aussi des organisations syndicales et des associations familiales.

2. Le texte confirme également la création d'une formation spécifique du généraliste.

La loi de 1979 instituait, on le sait, en faveur des futurs médecins de famille un « résidanat » d'une durée de deux ans, comprenant une formation pratique en milieu hospitalier et extrahospitalier (stage chez le praticien) en même temps qu'en enseignement théorique sous la responsabilité des universités et dispensé notamment par des médecins omnipraticiens ainsi insérés dans la formation de leurs jeunes confrères (arrêté du 15 avril 1981).

Cette prise de conscience de la nécessité d'améliorer la formation du généraliste, de le préparer aux missions et responsabilités qui seront les siennes dans l'exercice de sa profession, de le sensibiliser aussi à une formation permanente indispensable, est ancienne. Elle a donné lieu à des expériences très fructueuses, notamment à Bobigny, Créteil, Tours...

— La filière spécifique de médecine générale proposée par ce texte substitue au résidanat, un « internat » d'une durée présentement fixée à deux ans et qui devrait à terme être portée à trois années.

Je vous rappelle que notre commission spéciale avait en 1979 proposé que le résidanat soit d'au moins deux ans, souhaitant des possibilités de prolongation au gré des intéressés.

La filière de médecine générale organisée non plus au niveau des U.E.R. mais à celui de la région devrait permettre au futur omnipraticien, si l'on en croit l'exposé des motifs, d'exercer des responsabilités d'interne dans les services hospitaliers. Un semestre au moins serait effectué en C.H.U. pour aider au « décroisement » des formations et préparer au travail d'équipe. L'interne de médecine générale devrait en outre exercer ses responsabilités dans un cadre

(1) Audition de M. Jack Ralite, ministre de la Santé, devant la commission spéciale.

extrahospitalier, chez le praticien, dans des centres de soins de médecine préventive, et plus généralement sur « les lieux de vie et de travail ».

L'exercice de ces responsabilités à l'intérieur et en dehors de l'hôpital, leur articulation avec l'enseignement universitaire seraient organisés en liaison entre les responsables des U.E.R. et les maîtres de stage, appelés à intervenir dans l'ensemble de la formation.

Compte tenu de l'importance des responsabilités ainsi confiées aux nouveaux internes, est prévu à l'issue du second cycle d'études médicales (D.C.E.M. 4) un examen validant classant permettant de « vérifier les acquis des étudiants » dans un esprit de mesure des aptitudes à la synthèse opérationnelle des connaissances nécessaires à la mise en œuvre d'un diagnostic et des soins. Cet examen de validation du second cycle devrait se substituer aux actuels examens de clinique. Obligatoire pour tous les étudiants, organisé en deux sessions annuelles dans le cadre de la région, il devrait en outre comporter un classement sur la base duquel interviendrait l'affectation des internes de médecine générale dans les services. Ce classement, contestable, avait fait, lors du précédent débat parlementaire, l'objet de beaucoup de réserves. Nous y reviendrons.

● **Derrière le changement de terminologie et le slogan de l' « Internat pour tous » se cache bien en fait une même réalité, à savoir la coexistence d'une formation théorique et pratique, sous la responsabilité de l'université, par le biais de stages rémunérés dans des structures hospitalières et extrahospitalières.**

C'est la raison pour laquelle l'accueil fait à cette nouvelle formule de formation spécifique du généraliste ne peut qu'être semblable à celui que nous avons réservé au résidanat. Nous avons ainsi, dans notre rapport de 1979, émis et posé quelques conditions qui nous semblent pouvoir être confirmées.

Il nous apparaissait d'abord nécessaire que les fonctions hospitalières du résident et demain de l'interne, aient un caractère réellement formateur, *et pour cela que des responsabilités effectives lui soient confiées, qu'il soit bien encadré et qu'il soit en contact avec le genre de malades qu'il sera appelé à traiter.* Il nous semblait aussi que le stage chez le praticien ne pouvait être efficace que convenablement organisé. En tout état de cause, il nous paraissait indispensable que résident et interne bénéficient du même statut, que l'orientation des étudiants vers le résidanat ne résulte pas d'une sélection par l'échec et que, dans l'exercice de ses fonctions hospitalières, le résident ne soit pas subordonné à l'interne.

Certaines des réserves alors émises ont été apaisées et peuvent l'être encore par le fait qu'il est prévu que tous les internes, quelle que soit la filière choisie, sont soumis aux mêmes dispositions statutaires, exercent des fonctions de même nature et sont également rému-

nés ; mais sans doute convient-il de le préciser plus encore dans la loi.

• **Est de même expressément mentionnée par un amendement de l'Assemblée nationale l'association des généralistes à la formation théorique et pratique des internes.** Le texte en ce sens consacre une pratique déjà largement suivie et confirme ce que les textes d'application de la loi de 1979 prévoyaient déjà.

Nul ne contestera la nécessité de faire participer les généralistes aux activités d'enseignement à l'Université, à l'hôpital et dans leur cabinet à l'occasion de stage pratique. Ils peuvent seuls, par leurs expérience, faire prendre conscience de la réalité de la médecine de ville et de la « pathologie quotidienne ».

Il serait bon d'ailleurs que cette association des praticiens non universitaires concerne toutes les filières et toutes les disciplines et se traduise par une sorte de statut relativement souple qui définisse les droits et obligations respectifs des parties intéressées. Nous proposerons un amendement en ce sens.

• La confirmation de cette formation spécifique du généraliste est accentuée par une disposition du projet mentionnant qu'au terme du troisième cycle, les internes obtiennent un diplôme d'Etat de docteur en médecine ouvrant droit à l'exercice de la médecine et auquel est annexé un document mentionnant la **qualification** obtenue ; cette mention de la qualification de médecin généraliste ne signifie pas, quoi qu'en dise le ministre de la Santé, l'assimilation de la médecine générale à une spécialité, mais se voudrait la reconnaissance d'une compétence spécifique, qui empêchera que le généraliste se sente encore le « parent pauvre » de la médecine. Craignons cependant qu'elle ne suscite plus de problèmes que d'apaisements...

3. Le projet retient de même la volonté d'une formation unique des spécialistes : de l'internat qualifiant à l'internat de la filière de médecine spécialisée.

Les critiques faites à la situation antérieure à la loi de 1979, de même que la directive européenne de 1975 avaient justifié la création, en 1979, d'un internat qualifiant unique, se substituant aux divers internats existants (C.H.U. et régimes sanitaires) et supprimant la voie des certificats d'études spécialisées (C.E.S.). Ouverte par un concours au niveau de la « région d'internat », cette filière devenait la seule possible pour acquérir la qualification de spécialiste. Le souci de diminuer le nombre de spécialistes imposait un concours

très sélectif et suscitait en conséquence la crainte que de nombreux services d'hôpitaux généraux soient désertés par leurs internes au profit de ceux des centres hospitaliers et universitaires, reconnus seuls qualifiants.

Le texte proposé ne change guère le système mis en place ; le projet lui-même est fort elliptique puisqu'il mentionne seulement l'existence de la filière de médecine spécialisée, son accès par concours « interrégional » et la durée maximale de l'internat, à savoir cinq ans. Il faut donc se reporter à l'exposé des motifs pour connaître les intentions du Gouvernement.

La filière des spécialistes, nous est-il dit, comportera quatre options : médecine, chirurgie, psychiatrie et biologie, organisée dans une interrégion comprenant au moins trois C.H.U. et dont les enseignants assureront « de façon coordonnée une formation théorique et pratique dans la spécialité ou la discipline ».

La formation ne devrait pas se limiter au domaine strict de la spécialité choisie et devrait être pluridisciplinaire. D'où, en règle générale, la fixation d'un plafond de quatre semestres dans la discipline choisie.

La durée de l'internat sera de quatre ou cinq ans dans le respect des normes européennes, et comprendra — on s'en félicite puisque c'est un amendement qu'avait adopté le Sénat en 1979 — un stage d'au moins six mois dans un hôpital général ceci afin d'éviter la diminution d'encadrement des services des hôpitaux non universitaires.

Il n'y aura donc vraisemblablement guère de changement à attendre de l'organisation même de cet internat de spécialisation, et sans doute la liste même des spécialités, telle que fixée par l'arrêté du 20 novembre 1980, restera identique. Notons cependant les inquiétudes exprimées par certains hospitalo-universitaires et des praticiens devant le plafond de quatre semestres dans la discipline elle-même. Selon eux, ce plafond pourrait porter une grave atteinte à la qualité de la formation dispensée. Nous attirerons l'attention des ministres sur ce point.

C'est en ce qui concerne *l'accès à cette filière* que l'on pouvait s'attendre à un bouleversement. La critique du caractère élitiste du concours de l'internat, sa suppression conséquente étaient des thèmes bien connus il y a quelque temps. Nous avons déjà débattu à ce sujet en 1979 et le Sénat avait, pour sa part, repris et fait adopter définitivement l'existence d'un concours spécifique mais portant sur des matières enseignées dans le second cycle des études médicales.

Une idée fréquemment émise depuis de nombreuses années et reprise d'ailleurs dans le rapport de la commission présidée par

M. Seligmann consistait à prévoir un examen validant classant unique, dont le classement serait utilisé pour le choix des diverses filières.

La formule permettait aux yeux de ses promoteurs, et une fois admise l'idée de la nécessité d'un examen validant à l'issue du deuxième cycle, de faire l'économie d'un concours spécifique. Il convenait, cependant, que le ressort territorial de l'examen soit très large, afin que puisse être réuni le potentiel formateur de plusieurs U.E.R. et de plusieurs services hospitaliers et que puisse s'organiser le « brassage » des équipes.

C'est la raison pour laquelle il était proposé que l'examen classant fût national ou interrégional. Unifiant les modes d'accès aux troisièmes cycles, il présentait aussi l'avantage selon certains de ne pas faire des internes de médecine générale les recalés d'un concours éventuel, supprimant ainsi la « sélection par l'échec » si fréquemment stigmatisée.

Le Gouvernement, malgré les recommandations de la commission Seligmann, n'a pas retenu cette option. Devant les difficultés très grandes d'organisation d'un tel examen classant national en l'état actuel de l'informatisation, les conséquences très lourdes d'une erreur et les inévitables déplacements et « exils » des internes qu'entraînerait la mise en place du mécanisme, a été préféré un concours « interrégional », très semblable au concours de 1979 et dont le programme et les types d'épreuves devaient être identiques à ceux de l'examen validant classant de la fin du second cycle. L'exposé des motifs du projet justifie ainsi cette stabilité : « le pragmatisme doit l'emporter sur le dogme, aux mérites incertains, d'une identité des modes d'accès aux troisièmes cycles »... nous en donnons acte au Gouvernement.

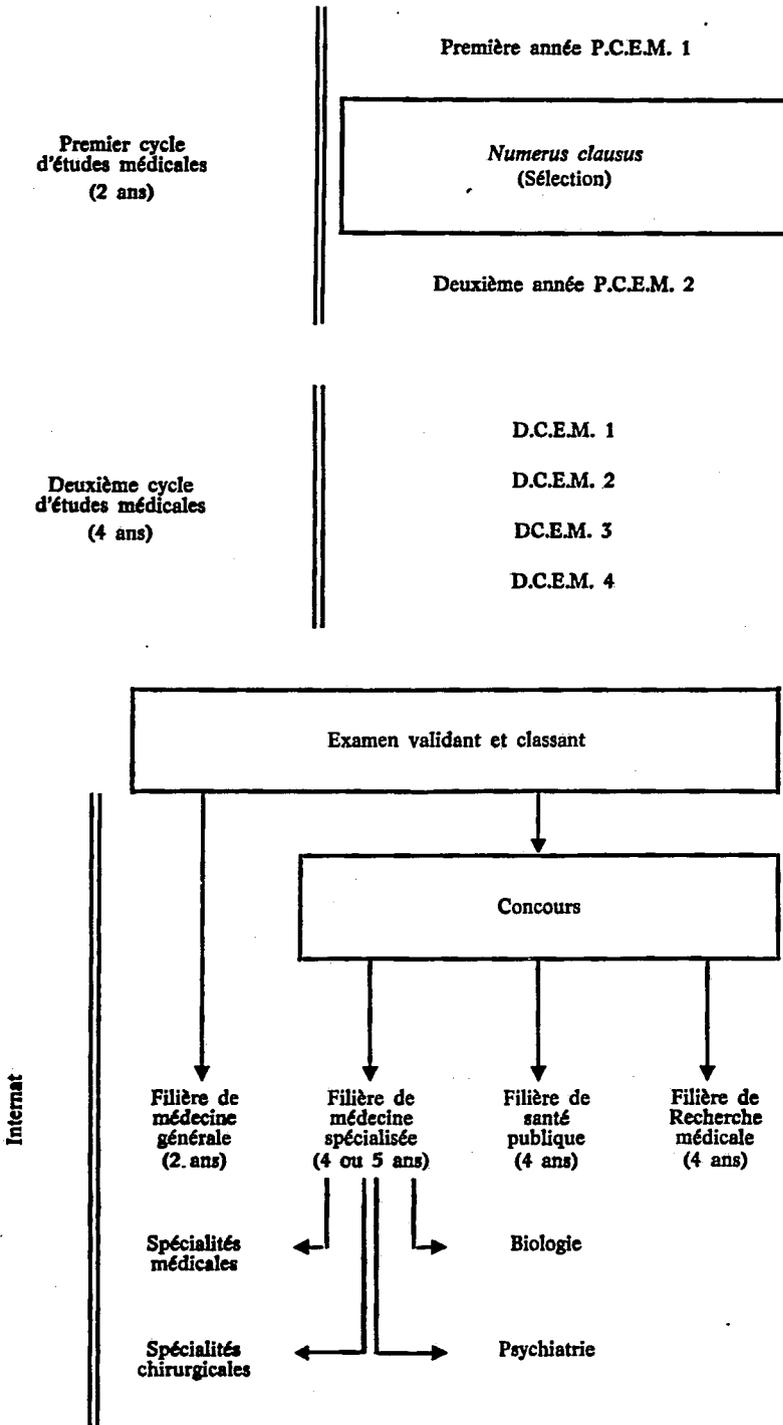


Les trois axes essentiels de la loi de 1979 sont donc maintenus, de même qu'est préservé l'internat qualifiant en pharmacie que nous avons alors prévu suivant des dispositions analogues à celles de l'internat en médecine, en envisageant des formations spécialisées. Tout au plus la nouvelle disposition distingue-t-elle suivant que ces formations, comme la biologie médicale, sont communes aux médecins et aux pharmaciens ou propres à la médecine.

Tel qu'il se présente, et par rapport au texte précédent, le projet du nouveau Gouvernement n'apporte pas les bouleversements annoncés et nous ne pouvons que nous en réjouir.

Toutefois, certains éléments nouvellement introduits nous semblent dangereux ou contestables. En outre, le texte est entouré encore d'inconnues dont certaines sont inquiétantes — ou obligent tout au moins à la circonspection.

LE SCHEMA DE LA REFORME



II. — LE PROJET APORTE DES ÉLÉMENTS NOUVEAUX PLUS CONTESTABLES

1. Peu d'apports nouveaux à la loi précédente.

Relevons tout d'abord que, malgré les critiques très vives portées par le nouveau pouvoir à l'ancien texte, les progrès apportés par le présent projet sont assez limités.

— La substitution de l'internat de médecine générale au résidanat ne change pas fondamentalement, nous l'avons dit, la réalité du nouveau cycle de formation des généralistes. Il n'est pas possible en ce sens de parler réellement « d'internat pour tous ». D'abord parce que l'accès aux diverses filières obéit à des modalités distinctes. Ensuite parce que le mot « internat » recouvre des réalités différentes quant au lieu et à sa durée selon les filières concernées. Le *lieu* sera le cadre hospitalier pour le généraliste, de l'interrégion pour les spécialistes, et le regroupement d'interrégion pour les cycles de santé publique et de recherche. La *durée* en outre reste variable et comprise de deux à cinq ans.

Si la durée de l'internat de généraliste doit à terme être de trois ans, elle demeure dans le projet, qui seul engage le Gouvernement, fixée à deux ans ; c'était la longueur prévue à partir de 1986 pour le résidanat. Il conviendrait donc d'inscrire dès maintenant dans le texte l'objectif que l'on affirme ici. Faute de quoi l'amélioration de la formation du généraliste ne sera pas réelle par rapport à la loi précédente et l'appellation « d'internat » ne sera qu'une satisfaction sémantique.

Le *contenu* de la formation de médecine générale lui-même n'est pas modifié si ce n'est par le passage obligatoire, critiqué par certains, en centre hospitalier et universitaire. Mais l'exigence de formation théorique risque en fait de se heurter à des difficultés concrètes très sérieuses du fait de la dispersion des internes.

• Peuvent plus avantageusement être mises en lumière les dispositions permettant transitoirement des reports d'incorporation pour les étudiants en médecine, et renvoyant au décret le soin de préciser les équivalences entre les anciens internes des régimes sanitaires et ceux des centres hospitaliers et universitaires. Ainsi pourrait se trouver réglé un problème délicat.

2. Des innovations plus contestables.

Si les progrès sont limités par rapport à la loi que nous avons votée, il est des éléments nouveaux qui nous paraissent dangereux. Il en est ainsi tout d'abord de deux nouvelles filières que prévoit le nouvel article 46.

A côté des filières de médecine générale et de médecine spécialisée, sont ainsi mentionnées, nous l'avons déjà précisé :

— une filière de santé publique,

— une filière de recherche médicale,

l'une et l'autre ouvertes aux candidats ayant réussi le concours interrégional, en fonction de leur classement, mais qui dans l'immédiat ne devraient toucher qu'un nombre très limité (1 à 2 %) des étudiants.

Le Gouvernement paraît avoir cherché par là un effet de valorisation de ces formations, mais la pratique risque de se révéler délicate, voire dangereuse.

• Pourquoi une filière santé publique ?

Chacun est conscient de la nécessité de développer le plus largement la prévention. Elle fait partie intégrante des missions dévolues au médecin de famille, au même titre que l'éducation sanitaire. Elle constitue aussi plus spécialement la tâche des médecins de P.M.I. et des médecins scolaires. Personne ne nie l'intérêt de mieux organiser ces secteurs souvent délaissés et de développer aussi la médecine du travail, de même que le rôle et les responsabilités des médecins de l'administration et de la sécurité sociale.

Cette médecine sociale a un rôle important à jouer mais on peut s'interroger sur l'opportunité de la réserver à ceux des praticiens qui se sont orientés dès le début de leur troisième cycle vers cette carrière.

Tous les médecins font, dans leur exercice quotidien, de la médecine de santé publique et devront en faire davantage encore. Il ne peut en outre qu'être enrichissant, pour les services et pour les médecins eux-mêmes, d'instaurer une collaboration sous forme de vacation, par exemple, entre médecins de villes et services sociaux ou de prévoir des reconversions tardives vers la médecine préventive, après quelques années d'exercice professionnel.

C'est la raison pour laquelle nous croyons indispensable que soit assuré à tous les étudiants en médecine, dès le premier cycle de leurs études, un enseignement en la matière qui devrait comprendre aussi un enseignement en matière d'économie de la santé.

Pour ceux qui souhaiteraient parfaire plus encore leurs connaissances et se préparer à une carrière à plein temps dans ce secteur, une formation complémentaire pourrait être dispensée, soit à l'issue de l'internat de médecine générale, soit après deux ans d'internat de médecine spécialisée, soit après plusieurs années d'activité, du type de celle de l'Ecole de santé publique de Rennes. Elle donnerait accès à certaines fonctions spécifiques ; qu'il s'agisse d'une « option » ou d'une « discipline » importe peu, mais la création d'une filière particulière, avec la rigidité qu'elle implique, puisque le choix est fait à l'issue du concours de l'internat suivant le rang de classement, que les « passerelles » restent une possibilité très limitée et que la qualification du praticien figurant sur le document annexé au diplôme paraît enfermer l'intéressé dans cette formation exclusive, apparaît inopportune. D'autant que les débouchés, même s'ils devaient être plus nombreux à l'avenir, resteront soumis aux aléas des créations de postes tant publics que privés. Il ne faudrait pas, en outre, que, par le biais de la régulation des flux dont ils sont les maîtres, les ministres puissent, au gré des aléas de la politique de la santé, « gonfler » excessivement les postes offerts dans ce secteur salarié au détriment des autres. C'est la raison pour laquelle nous vous proposerons de supprimer purement et simplement la filière santé publique, non sans affirmer notre attachement à ce que les enseignements en la matière soient dispensés tout au long des études médicales.

• La filière recherche.

Nouvelle aussi est la filière de *recherche médicale*, de quatre ans, instaurée afin d'assurer à des médecins peu nombreux, après un minimum de formation clinique, sans doute de deux semestres, une formation scientifique leur permettant de prétendre à des emplois de chercheurs dans les organismes publics et dans le secteur industriel, dans le domaine biomédical notamment. Serait ainsi dispensée dans un même cursus une formation de médecin et de scientifique, celle-ci étant finalisée vers la médecine.

Cette filière particulière qui, notons-le, n'existe en aucun pays européen, n'exclurait pas une formation par la recherche dispensée à tous les internes qui le souhaitent et ne diminuerait pas non plus la vocation à la recherche dont doivent faire preuve les médecins de C.H.U.

Elle pose toutefois un certain nombre de problèmes. Que deviendront les chercheurs qui finalement ne seront pas recrutés ? Si la

filrière choisie se révèle un échec, il faudra bien réorienter le chercheur fourvoyé. L'orientation vers la recherche, exercée à titre exclusif, ne gagne pas à être si précoce, les prédispositions nécessaires ne se décrètent pas et rien ne serait plus désastreux qu'un interne affecté à la recherche en fonction simplement de son rang de classement, sans vocation préalable.

C'est la raison pour laquelle, si nous souhaitons que tous les étudiants bénéficient d'une formation par la recherche, qui puisse leur donner le désir de poursuivre dans cette voie ultérieurement, nous n'acceptons pas une filière ghetto plus stérilisante qu'innovatrice.

• *Des passerelles très limitées.*

La contrepartie de la création des quatre filières pour lesquelles le mode d'accès est différent (examen et concours) implique la possibilité de *passerelles*, qui, outre qu'elles doivent favoriser le décroisement et le brassage, devraient permettre aussi des changements d'orientation et des reconversions. Elles se heurtent toutefois au souci de « maîtrise » des flux qui implique une sélection sévère.

La loi de 1979 avait permis une large discussion à cet égard. Nous avons alors prévu soit la possibilité de changement de spécialité en cours d'étude, soit la possibilité après cinq ans d'exercice professionnel d'accéder soit au résidanat, soit à l'obtention d'un diplôme d'études spéciales.

Dans ce dernier cas, les services déjà accomplis en cours d'études, ainsi que les compétences acquises, devaient être pris en compte pour la durée du nouveau cycle de formation. Les anciens résidents pouvaient ainsi, dans le cadre d'un contingent spécial, après un concours sur épreuves spécifiques, poursuivre leurs études en vue d'une spécialité. Des modalités particulières devaient être prévues afin de leur permettre de poursuivre leurs activités professionnelles parallèlement à l'exercice de fonctions hospitalières rémunérées.

Le projet de loi maintient ces possibilités de passerelles. Il réduit à trois ans la durée d'activité professionnelle minimale exigée pour une reconversion mais n'autorise un changement d'orientation en cours d'études que pour les seuls internes des filières de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche, internes ayant tous passé le concours inter-régional. Quant aux internes de médecine générale, ils peuvent toujours, à l'issue de leur première année d'internat et s'ils n'ont point épuisé leurs deux chances au concours, tenter celui-ci.

3. Une articulation complexe.

a) L'examen classant validant de la fin du second cycle.

Un des points les plus débattus lors de l'examen de la loi de 1979 fut celui de l'instauration ou non à la fin du second cycle (D.C.E.M. 4) d'un examen classant validant, et de son lien éventuel avec l'accès aux spécialités.

• Son rejet en 1979.

La commission Fougère en son temps avait estimé nécessaire d'instituer un examen final qui remplacerait les examens de clinique actuels, examen obligatoire auquel les étudiants pourraient se présenter un nombre indéfini de fois, portant sur toutes les matières enseignées pendant le deuxième cycle et qui constituerait une vérification réelle des connaissances que tout médecin doit posséder pour accéder aux cycles terminaux. S'il passe avec succès cet examen, l'étudiant se voit délivré un certificat qui lui permet d'accéder au troisième cycle de formation spécifique. S'il le désire, il peut se présenter à une épreuve de classement qui lui donnera la possibilité de choisir, en fonction de son rang, sa région sanitaire, sa filière de formation et, éventuellement, son service et poste d'affectation ; cette épreuve de classement permettait, dans les propositions du Rapporteur, de supprimer le concours de l'internat traditionnel.

L'idée d'un examen validant du second cycle, susceptible d'obliger les étudiants, avant d'entrer dans le cycle terminal de leur formation et d'exercer leurs premières responsabilités médicales, à synthétiser l'ensemble de leurs connaissances à des fins diagnostiques et thérapeutiques, est depuis longtemps partagée par les universitaires qui ont, pour certains, déjà introduit cet examen dans leur U.E.R. Elle est bien sûr rejetée par l'ensemble des organisations d'étudiants.

Le projet initial de 1979 ne précisait rien en la matière et restait muet sur le mode de validation du second cycle, comme sur l'accès aux spécialités.

L'Assemblée nationale souhaite, pour sa part, que soit établie une plus grande corrélation entre le programme du concours de l'internat qualifiant avec l'enseignement médical dispensé durant le deuxième cycle dans les facultés. Elle reconnut cependant la nécessité, elle aussi, avant l'exercice des responsabilités hospitalières, d'un examen probatoire de fin de deuxième cycle, afin de vérifier l'intégration par l'étudiant de notions fragmentaires acquises par modules.

Son Rapporteur, quant à lui, s'opposait à ce qu'il y ait un lien entre la répartition des postes formateurs et une épreuve de classement, afin surtout de ne pas faire apparaître au grand jour, l'écart qui sépare la médecine générale et les spécialités.

La Commission cependant et l'Assemblée en séance publique, contre l'avis de Mme Simone Veil, retinrent un amendement présenté par M. Comiti, qui réintroduisait la notion de classement, en obligeant tous les étudiants de sixième année à passer avant l'entrée dans le troisième cycle, un examen avec classement dont les résultats seraient pris en compte pour l'admissibilité à l'internat, les étudiants désirant devenir spécialistes étant astreints à passer en sus d'autres épreuves. Quant au classement, il permettait l'affectation des étudiants aux différents postes de résidents.

Notre Commission ne voulut pas accepter la rédaction transmise par l'Assemblée nationale et suggéra au contraire que le concours de l'internat soit dissocié de l'examen terminal de fin de deuxième cycle qu'elle ne voulut *que validant et en aucun cas classant*.

Le principe de cet examen nous paraissait en effet pouvoir être retenu à condition précisait le rapport de la Commission « de comporter, outre des épreuves théoriques, des épreuves pratiques de même type que les examens cliniques passés aujourd'hui » permettant ainsi d'apprécier l'aptitude de l'étudiant à exercer son art. Après six ans d'étude en effet, la loi lui reconnaît le droit de faire des remplacements. L'exercice des responsabilités hospitalières de résident justifiait plus encore cette épreuve qui devait obliger l'étudiant à récapituler ses connaissances de base et sans doute inciter les enseignants à adapter leur enseignement aux exigences du métier médical. Par contre, la Commission refusait toute idée de classement dont l'utilité ne lui paraissait pas fondée et qui avait l'inconvénient à ses yeux de faire apparaître une sélection « par l'échec » des futurs généralistes et d'accroître les inégalités parmi eux puisque les mieux classés choisiraient les services les plus formateurs alors que l'inverse eût été sans doute préférable.

Le ministre de la Santé en séance publique s'opposa à toute forme d'examen terminal du deuxième cycle et fut suivi par le Sénat et le Parlement tout entier.

● **L'examen classant validant de fin de deuxième cycle proposé par le projet : un retour inattendu.**

Voici donc contre toute attente, proposé par le nouveau Gouvernement, cet examen classant validant rejeté quasiment par tous il y a quelques mois, précédant le concours de l'internat, au moment même où les maîtres mots demeurent la « promotion », la « revalorisation » du généraliste ou l'élévation de la médecine générale au rang d'une spécialité.

Sans remettre en cause l'institution du concours d'accès aux spécialités, et en se réjouissant que son programme et le type de ses épreuves soient semblables à ceux de l'examen de fin de deuxième cycle, on peut s'interroger sur l'opportunité de l'examen validant classant et sur les difficultés d'articulation qui en résultent.

L'aspect « validant » de l'examen se justifie à nos yeux autant aujourd'hui qu'hier, du fait même que vont être confiées à tous les étudiants de troisième cycle des responsabilités hospitalières et que leurs études, tout au long des premiers cycles, demeurent fragmentées. Une récapitulation synthétique de l'ensemble des connaissances acquises est une bonne chose, même si elle entraîne un certain bachotage. Nous l'avions en 1979 accepté. Il ne peut qu'en être de même aujourd'hui et dans l'intérêt même de la valorisation de l'internat de médecine générale.

L'aspect « classant », combiné avec l'existence du concours, est, par contre, plus discutable dans la mesure, soulignée par beaucoup d'entre nous, où il risque de faire apparaître la « sélection par l'échec » des généralistes et faire naître une hiérarchie parmi ces derniers.

Interrogés, les ministres n'ont pu justifier le classement que comme un mode de répartition des services préférable au tirage au sort ou à toute autre sorte de choix plus aléatoire ou plus discriminatoire. Ce n'est pas sûr car le choix en raison du classement fera que les mieux classés seront dans les services les plus formateurs, ce qui n'est pas forcément souhaitable.

Là encore, votre Commission souhaite en rester à son vote de 1979 et ne retenir qu'un examen validant. Elle préfère laisser sur ce point aux universités et aux régions toute latitude d'organiser elles-mêmes le mode d'affectation des postes. Rien n'interdit le classement. Rien n'y contraint.

Demeure cependant posé le problème des « échecs » à l'examen validant. Celui-ci n'ayant en aucun cas vocation à établir un nouveau *numerus clausus*, les échecs devraient être rares. Deux sessions seront organisées chaque année et le nombre des redoublements ne serait pas limité. Mais des échecs, même peu nombreux, sont évidemment prévisibles. Nous ne voulons à cet égard que rappeler notre proposition de 1979 selon laquelle « le candidat malheureux (doit) avoir la possibilité de parfaire ses connaissances générales tout en bénéficiant d'une formation pratique afin d'être dans les meilleures conditions pour repasser les épreuves avec succès ».

● *Examen et concours.*

Reçu à l'examen, l'étudiant est admis dans la filière de médecine générale et choisit son poste d'interne dans cette filière. Il peut se présenter au concours d'accès aux spécialités.

Son succès à l'examen semble lui valoir un droit d'obtenir un poste d'interne de médecine générale s'il le souhaite. A moins qu'il ne préfère se consacrer totalement à la préparation du concours. Le texte est peu explicite à cet égard et semble permettre ces deux possibilités. Sous l'empire de la loi de 1979, l'étudiant qui avait opté pour le résidanat ne pouvait plus concourir à l'internat. Le choix de la médecine générale était donc clair et définitif pour le reste des études.

Le présent projet est peu clair.

S'il n'est reçu qu'à la seconde session de l'examen, ou s'il échoue au premier concours de l'internat qu'il a le droit de passer, c'est soit en tant qu'interne de médecine générale qu'il pourra l'année suivante tenter sa seule et dernière chance d'accéder aux filières spécialisées, soit en tant qu'étudiant d'une sixième année *bis*. Mais avec quel statut ?

Si le sort de ceux qui ont réussi à l'examen mais n'ont pu franchir la barre au concours peut paraître mieux résolu du fait de la possibilité d'intégrer la filière de médecine générale, on peut douter qu'une première année d'internat de médecine générale, avec les obligations de formation théorique et pratique et les responsabilités qu'elle implique, permette réellement d'être dans les meilleures conditions de réussite, à moins qu'elle ne se transforme en année de bachotage, ce qui n'est pas souhaitable.

b) Le niveau de la régulation des flux.

Rappelons que les grands « chemins » de l'orientation, dans le texte proposé, sont les « *filières* », au sein des filières, les « *options* », enfin pour les options de spécialités médicales et de spécialités chirurgicales, les « *disciplines* », correspondant aux spécialités d'exercice et se concrétisant par un diplôme.

Dans le système mis en place en 1979, les ministres fixaient le nombre d'étudiants admis respectivement dans les deux filières de troisième cycle — internat et résidanat — et, pour les internes, leur répartition dans chacune des spécialités ; en revanche, quand une spécialité d'internat se subdivisait en plusieurs spécialités d'exercice, comme la chirurgie par exemple, qui comprend la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la neurologie et l'urologie, le Ministère avait renoncé à une régulation par diplôme, les internes choisissant donc librement leur spécialité « fine ».

Le présent projet est très peu clair à cet égard et les explications du Ministre à l'Assemblée ont été incertaines.

Si une meilleure répartition des étudiants en médecine entre futurs généralistes et futurs spécialistes est souhaitable, il paraît

excessivement rigide d'opérer dans tous les cas la « régulation » au niveau de la discipline ou du *diplôme*, comme le propose le projet dans son article 54. On court le risque d'une trop grande rigidité qui ne permettrait pas de prendre suffisamment en compte le choix et les aptitudes des internes. Mieux vaut donc s'en tenir soit au diplôme, soit au *groupement de diplôme*, ce qui assure une certaine souplesse ; un amendement est proposé à cet effet.

c) La sanction du troisième cycle.

L'importance de la compétence réglementaire en la matière, de même que la part laissée à l'autonomie des facultés rendent le texte qui nous est soumis quelque peu elliptique.

- Il est notamment muet sur *le maintien ou non de la thèse de doctorat* que la plupart des personnalités que nous avons auditionnées ont souhaité voir préserver. Il semble en fait que cette thèse soit maintenue.

- La mention expresse dans le projet à l'article 50, *d'épreuves* qui devraient être « subies avec succès » afin que soit sanctionné le troisième cycle, n'a pas manqué de susciter des inquiétudes. D'autant précisément que le pouvoir autonome des doyens peut trouver là la base juridique qui permettrait d'infliger à des internes après au moins huit, voire onze ou plus, années d'études, un nouvel examen sélectif.

Il semble là encore que des apaisements puissent être donnés et que ces « épreuves » représentent les conditions qui, aujourd'hui, sont prévues pour la délivrance des diplômes d'études spéciales : avoir accompli la durée totale de l'internat, avoir subi les enseignements et satisfait au contrôle des connaissances, avoir acquis la formation pratique exigée pour chaque spécialité dans les services spécialisés correspondants, avoir présenté un mémoire, etc. Il nous semble cependant qu'une autre rédaction de ce début d'article pourrait apaiser ces craintes.

Une autre rigidité du projet résulte du fait que les étudiants doivent valider tout leur troisième cycle avant d'obtenir le diplôme.

Ce qui retarde à l'évidence l'obtention du titre de docteur en médecine pour ceux qui auraient choisi la filière la plus longue. Cette disposition n'est pas sans conséquence, notamment pour les futurs médecins militaires, qui ne peuvent obtenir leur troisième « galon », et exercer leur activité en corps de troupe, qu'après avoir obtenu leur diplôme d'Etat.

Les spécialistes se trouveront ainsi, et pour une fois, pénalisés par rapport aux généralistes qui après huit ans d'études seulement pourront obtenir leur grade.

Des décrets modifiant le statut de ces officiers devraient, d'après les renseignements que nous avons obtenus, permettre de résoudre cette délicate question.

d) La mention de la « qualification obtenue » et l'omnivalence du titre de docteur en médecine.

La mention de la qualification acquise sur un document annexé au diplôme délivré à l'issue du deuxième cycle a pu susciter également quelques appréhensions. La formule, il est vrai, est ambiguë. Sur ce point, la loi de 1979 ne disait mot. Sans doute eût-il mieux valu, dans le projet actuel, être plus prudent. Car il importe en effet que cette mention qui n'est que la reconnaissance par l'université d'une compétence acquise, ne puisse remettre en cause l'unité et l'omnivalence du diplôme de médecin, inscrites dans les directives européennes sur la reconnaissance mutuelle des diplômes, la libre circulation et le libre établissement.

Le texte, en outre, est muet sur les rôles respectifs de l'Université et de l'ordre des Médecins en la matière. Une plus grande clarté d'expression eût été préférable.

L'accès à l'exercice demeure en effet lié à la seule possession du diplôme d'Etat et la mention de la qualification ne saurait constituer qu'un droit au port du titre de qualification. Elle ne saurait limiter à elle seule les possibilités d'exercice des praticiens. L'exposé des motifs du projet précise bien d'ailleurs, s'agissant des titulaires de la mention « santé publique » et « recherche » qu'ils ne jouissent pas d'un monopole dans leur domaine et que les médecins généralistes et spécialistes doivent pouvoir exercer une activité professionnelle dans les structures de santé publique.

Tout titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine doit donc conserver le droit de pratiquer des actes médicaux dans tous les domaines de la médecine, sous la réserve bien connue, s'il sort des limites de sa compétence scientifique ou pratique (non de sa compétence juridique), d'avoir à répondre devant les tribunaux pénaux ou civils des fautes qu'il a pu commettre (1).

(1) *Réforme du troisième cycle et Traité de Rome*, Jean Mignon. Le Concours médical, 26 juin 1982.

Il doit être clair que le généraliste continue donc de pouvoir exercer sous sa responsabilité pénale et civile toutes les disciplines spécialisées, tandis que les médecins spécialistes peuvent exercer tous les actes, même ceux relevant de la médecine générale, sauf à perdre dans certains cas leur statut de spécialiste et leur droit au port du titre. Tous les médecins peuvent participer aux actions tendant à protéger la santé publique ou participer à la recherche. Et les spécialistes de ces deux disciplines doivent pouvoir exercer la médecine praticienne.

C'est en tout cas, et en pleine conformité avec le droit actuel, l'interprétation que le Rapporteur de votre commission spéciale donne à ce texte ambigu.

III. — LE PROJET AGGRAVE CERTAINES DIFFICULTÉS ET LAISSE DANS L'INCONNU LES PROBLÈMES ESSENTIELS

Nous avons en 1979 exprimé nos doutes quant à la difficulté d'adapter le nombre des médecins aux besoins du pays, quant à la réalité de la valorisation du généraliste que représentait ce cycle spécifique de formation, quant au contenu indéterminé encore de la réforme des spécialistes.

Nos inquiétudes de même étaient nombreuses. Elles concernaient surtout les incidences immédiates et à terme de la réforme sur le fonctionnement des hôpitaux notamment généraux, l'évaluation de son coût, enfin les silences du texte sur le contenu des premier et deuxième cycles.

Force est de reconnaître que ces observations sont encore valables aujourd'hui. Elles sont même aggravées par les rigidités nouvelles introduites par le projet et par les contradictions existant entre les objectifs affirmés et le dispositif envisagé.

Il serait trop facile de mettre en face des déclarations démagogiques consacrées à la promotion du généraliste, la réalité proposée. Trop facile aussi de montrer que la volonté amorcée de « décloisonnement » et de « brassage » se heurte à une détermination précoce et rigoureuse des carrières et à des possibilités de passerelles très étroites.

« Démocratisation », « décloisonnement », « revalorisation », autant de formules qui ne se traduisent guère dans un texte qui assure surtout — faut-il ou non s'en plaindre ? — la main mise de l'Université et des hospitaliers universitaires sur la formation terminale des médecins.

1. L'aggravation des rigidités.

Déjà très grandes dans la loi précédente, les rigidités sont accrues par le nouveau texte. On ne reviendra pas sur le caractère de plus en plus exigeant des études — sans doute nécessaire compte tenu des responsabilités exercées — ni sur la superposition de

l'examen et du concours qui amènera les étudiants à orienter sans cesse leur travail dans l'optique des épreuves qui leur seront proposées. Regrettons seulement une fois de plus que ne soit pas envisagé dans la loi le sort des « exclus » ou « ratés » de cette « course d'obstacles » et plus encore des inévitables « frustrés » de la réforme.

Sa mise en application, en tout état de cause, ne manquera pas de se heurter à de très grandes difficultés en raison de son centralisme excessif.

a) La lourdeur de la procédure et la mise en œuvre de la réforme.

Il revient en effet aux deux ministres concernés de fixer chaque année non point le nombre total d'internes du troisième cycle, qui doit être par principe égal au nombre d'étudiants ayant franchi avec succès le barrage du P.C.E.M. 1, mais leur répartition. Ils détermineront ainsi la répartition dans chaque région sanitaire des postes d'internes de médecine générale et pour chacune des inter-régions et par discipline le nombre de postes d'internes mis au concours dans les filières de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche médicale. Cette maîtrise par les ministres des flux de généralistes et de spécialistes est à l'évidence une lourde responsabilité qui reprend aux conseils d'administration des hôpitaux et aux directeurs de C.E.S. toute la compétence qu'ils avaient jusqu'alors. Les ministres fixent aussi la liste des services formateurs et la répartition des postes d'internes dans les services.

On peut s'interroger d'ailleurs sur l'intérêt d'en appeler aux ministres pour la détermination des services formateurs et plus encore pour la répartition des postes d'internes à l'intérieur de chacun d'eux. On imagine la difficulté à fixer ainsi, à l'intérieur de chaque centre hospitalier, les services qui recevront des internes — on imagine aussi la difficulté au niveau national qu'il y aura à prévoir que dans chaque service tant de postes seront réservés aux internes de filières spécialisées, tant à des internes de médecine générale.

Actuellement, c'est plus de 16.000 postes d'internes en médecine et pharmacie qui ont été recensés et devaient être ainsi répartis au fur et à mesure de l'application de la loi.

Certes, des commissions doivent conseiller les ministres mais on peut légitimement appréhender la lourdeur de cette décision annuelle quand il s'agira de faire fonctionner ces instances régionales, inter-régionales et nationale, chargées de donner leur avis non seulement sur les besoins de la population mais sur l'agrément des services formateurs.

Si l'on tient compte qu'à côté d'un « noyau dur » les commissions techniques comporteront aussi un « noyau variable » par discipline, c'est sans doute beaucoup plus d'une centaine de commissions qu'il s'agira d'animer pour faire « remonter » avis et propositions.

Il est vrai que la composition très disparate des instances régionales laissera aux ministres une grande latitude de choix, tant seront sans doute opposées les positions des uns et des autres. Mais soulignons aussi que ces structures ne seront pas les seules chargées de définir les besoins de santé de la population. Sont déjà prévus, à tous niveaux, des « comités de promotion de la santé », national, régionaux, départementaux et locaux, destinés à prendre en compte les besoins de santé. Cet enchevêtrement d'organismes consultatifs, dans lesquels figurent à peu près les mêmes personnalités, ne simplifiera pas la procédure mise en place.

b) Une rigidité des carrières.

La volonté d'une régulation rigoureuse de la répartition entre généralistes et spécialistes et de l'évolution des diverses disciplines conduit à imposer une détermination très précoce des carrières que n'assouplit guère le système de passerelles mises en place. La vocation des étudiants sera inévitablement contrariée par les impératifs de la sélection. C'est dès le début de l'internat de spécialité que l'étudiant choisira ou se verra imposé, compte tenu de son rang de classement, le D.E.S. qu'il devra préparer et les possibles reconversions seront nécessairement limitées.

2. Le projet, comme le précédent, n'apaise pas nombre d'inquiétudes.

Les appréhensions exprimées en 1979 demeurent à l'évidence et il n'y aurait guère ici qu'à reprendre ce que nous disions déjà, il y a plus de deux ans. Seule l'application sur le terrain de la réforme permettra de dissiper les doutes et d'atténuer nos craintes.

a) Quelle revalorisation du médecin généraliste ?

Les critiques faites par ceux qui sont aujourd'hui au pouvoir à la loi précédente, en ce qu'elle maintenait le généraliste résident dans une situation de « laissé-pour-compte » et de « recalé » d'un système promouvant les seuls spécialistes, peuvent s'appliquer au

texte qui nous est proposé. L'interne de médecine générale reste proche du résident. La transformation des mots n'entraîne pas la mutation des choses.

A la réflexion, les permanentes promesses ou propositions de revalorisation de généraliste aboutissent au contraire du but recherché. Au lieu de faire prendre conscience aux intéressés de la noblesse de leur mission en tant que telle et de l'ampleur de leurs tâches, elles les figent en fait dans le sentiment d'être un « parent pauvre » ou un « raté » dont la seule issue doit être d'accéder aux spécialités.

Or, ce souci de la promotion du médecin de famille ne doit pas consister à l'encourager à devenir spécialiste ou à lui créer des facilités pour cela. Il s'agit bien au contraire à l'aider par sa formation initiale mais surtout par sa formation continue post-universitaire, à remplir la vocation particulière qui est la sienne.

Il s'agit aussi de lui assurer des conditions de vie qui tiennent compte de ses contraintes et de ses obligations.

En ce sens, la reconnaissance du rôle du généraliste passe surtout par la *revalorisation de sa rémunération et l'amélioration de ses conditions de travail.*

La diminution du nombre des spécialistes devrait à terme rendre aux omnipraticiens la clientèle qu'est la leur, mais il importe aussi de prévoir leur intervention à part entière dans la formation des futurs praticiens.

b) Les incidences de la réforme sur le fonctionnement des hôpitaux généraux et la qualité des soins.

Une des grandes difficultés de l'application de la réforme réside dans l'ambiguïté du statut de l'interne ou du stagiaire. Médecin en formation, c'est aussi un rouage de la machine hospitalière ayant des responsabilités à l'égard des malades, et, par là, associé à la délivrance des soins. Ces deux éléments peuvent entrer en contradiction mais, en tout état de cause, ne doivent pas être séparés. Le recrutement des internes ne doit certainement pas être justifié par le seul souci de répondre à des besoins hospitaliers ou de pallier les insuffisances du personnel médical, mais il doit aussi tenir compte des nécessités de fonctionnement des services parce qu'en dépend étroitement la qualité des soins dispensés aux malades hospitalisés.

Les craintes continuent, en conséquence, d'être nombreuses sur les conséquences fâcheuses que pourrait avoir la réforme, et notamment la réduction du nombre des internes spécialisés, sur le

fonctionnement des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques. Ces derniers risquent effectivement de se trouver privés de la collaboration de cadres hospitaliers de bon niveau et motivés.

Il est même à craindre que, faute d'encadrement suffisant, certains services voient leur activité réduite et la qualité des soins apportés aux malades mise en péril.

Certes, les internes de médecine spécialisée ont l'obligation de passer au moins un semestre dans un hôpital général, disposition voulue en son temps par notre Assemblée.

Quant aux internes de médecine générale, ils viendront remplacer les internes des régions sanitaires ou les « faisant fonction » et devront assurer des responsabilités comparables. Mais la durée de leurs fonctions sera moins longue et une partie de leur temps sera occupée par des stages extra-hospitaliers et la formation théorique obligatoire. Ils risquent, en outre, de n'être pas d'une grande utilité dans certains services spécialisés, comme les services de chirurgie qui ressentiront plus que d'autres les conséquences de la suppression de l'internat des régions sanitaires.

Dans les faits, le succès de la réforme dans ses doubles conséquences sur l'amélioration de la formation du généraliste, et le maintien du bon fonctionnement des services hospitaliers, dépendra en grande partie du niveau de responsabilités exercées par les internes de médecine générale, de loin les plus nombreux et de leur prise en charge réelle par le chef de service.

S'ils ne sont considérés que comme des « bouche-trous » ou des observateurs passifs, non seulement ils n'acquerront aucune compétence, mais encore ils ne rendront aucun service à l'hôpital.

3. Le projet laisse dans l'inconnu des éléments essentiels.

Soit en raison de la compétence restreinte en la matière du législateur, soit du fait que les réformes envisagées restent encore imprécises, le projet laisse dans l'ombre des problèmes pourtant essentiels que l'on ne peut qu'énumérer, mais qui conditionnent pourtant ses perspectives de succès.

a) Les modalités de la sélection en P.C.E.M. 1.

La commission Fougère, en son temps, le Parlement en 1979, la plupart des représentants du corps médical et à leurs têtes le Conseil de l'ordre ont contesté et contestent encore les modalités actuelles de la sélection des études médicales : pour certains, le moment où elles se situent, pour tous, les matières sur lesquelles elles portent.

- Nous ne reprendrons pas ici le débat sur l'opportunité d'une présélection éventuelle à la suite du baccalauréat, avant l'entrée en faculté, ni sur les moyens de favoriser autant que les élèves sortis des terminales « C », ceux qui viennent de sections plus littéraires.

- Nous pensons, toutefois, confortés par les nombreuses auditions auxquelles nous avons procédé, qu'il convient d'étendre les matières sur lesquelles portent les épreuves de fin de P.C.E.M. 1 et ne pas se limiter aux seules mathématiques, physique et chimie, encore trop prépondérantes.

Le rapport de la commission présenté par M. Seligmann va d'ailleurs en ce sens puisqu'il propose que la première année d'études « soit polyvalente et ne soit pas exclusivement consacrée à l'acquisition de connaissances mal assimilées car apprises avant tout en vue d'un examen classant très sélectif ». Proposant une année propédeutique commune à tous les futurs médecins, pharmaciens et odontologistes, cette commission a souhaité que la formation scientifique dispensée, qui doit certes être de bon niveau, demeure accessible à des étudiants venus d'horizons différents. Il s'y ajouterait des enseignements plus diversifiés concernant notamment les sciences humaines et une amorce de pratique professionnelle, par l'apprentissage de gestes pratiques paramédicaux et médicaux.

Nous ne pouvons que nous rallier à de semblables suggestions très largement partagées par l'ensemble des membres de notre Commission.

b) Le contenu de l'enseignement des deux premiers cycles.

Sur ce point encore le projet de loi est muet, même si les réflexions ont été nombreuses au sein notamment de la commission présidée par le professeur Seligmann. Dans notre rapport de 1979 nous mettions l'accent sur la nécessité d'innovation et l'intérêt de la généralisation d'une « pédagogie d'objectif » menée à bien par certaines universités novatrices comme celles de Tours, Créteil ou du Kremlin-Bicêtre.

Nous souhaitons aussi un renforcement de la formation pratique, qui inciterait à privilégier dans le premier cycle les sciences de la vie

à finalité médicale et à amorcer plus précocement, dans le deuxième cycle, les contacts avec le malade et l'enseignement de la sémiologie.

Les auditions que nous avons faites nous confortent dans ces observations. Même si les doyens que nous avons entendus ont souligné devant nous la « révolution pédagogique » intervenue dans les dix dernières années, le président du Conseil de l'ordre et d'autres intervenants ont douté du caractère réellement formateur d'un quelconque troisième cycle, dans la mesure où le deuxième cycle actuel ne prépare pas suffisamment les étudiants, à l'exercice de leur futur métier.

La commission Seligmann a longuement réfléchi sur les modifications possibles. Nous ne reprendrons pas ici les propositions faites qui n'ont d'intérêt que si elles se concrétisent, mais notre Commission restera très attentive à un renouveau de l'enseignement des deux premiers cycles qui conditionne à l'évidence les capacités futures du jeune médecin.

c) La part de la formation permanente.

Le projet ne dit rien non plus de la formation permanente, aussi fondamentale dans le métier médical que la formation initiale.

L'exposé des motifs précise seulement : « La formation des médecins et des pharmaciens sera, demain plus qu'aujourd'hui, un processus permanent, partie intégrante de leur pratique professionnelle. *Leur première formation sera donc décisive pour leur faire prendre conscience de cette nécessité et pour préparer chacun à y faire face.*

Obligation expressément prévue par le Code de déontologie, cette formation continue doit demeurer une mission essentielle de l'université, en accord avec les associations professionnelles. Elle se traduit notamment par l'association des médecins praticiens dans la formation initiale de leurs futurs confrères, à tous les niveaux et elle conditionne largement l'efficacité des « passerelles » prévues par le projet.

d) La réforme hospitalière et le statut des médecins hospitaliers.

La réforme du troisième cycle des études médicales ne peut être séparée de tout un ensemble de réformes qui paraissent actuellement mises sur le chantier mais dont on ignore encore les orientations et le contenu.

Comment juger réellement de ce nouvel internat sans connaître les grandes lignes des modifications envisagées pour la structure des hôpitaux et pour le statut des médecins hospitaliers, et sans connaître

aussi le statut prévu pour les internes eux-mêmes ? L'internat constituera-t-il encore la première étape d'une carrière hospitalo-universitaire ?

Comment seront recrutés l'ensemble des personnels hospitaliers ? L'internat de médecine générale ouvrira-t-il également la voie à un poste hospitalier ?

On eût aimé posséder sur ce point plus de précisions et l'inconnu qui préside encore nous porte à de nombreuses interrogations.

e) Le coût de la réforme.

Le coût lui-même de la réforme paraît encore mal cerné.

La rémunération des internes fait toujours l'objet d'arbitrages interministériels et les chiffres que l'on nous a indiqués ne pourraient être cités qu'avec prudence.

Globalement et malgré les propos rassurants du ministre de la Santé, cette réforme sera coûteuse. Certes, si la formation des médecins est solide, et si le nombre de ceux-ci diminue, elle peut à terme engendrer des économies... Mais dans l'immédiat et dans le court terme, compte tenu des générations encore très nombreuses d'étudiants accédant au troisième cycle, la réforme obérera très sérieusement le budget des hôpitaux. Et bien au-delà des 0,25 % annoncés par le ministre de la Santé. D'autant qu'il semble que même effectuant des stages extra-hospitaliers, les internes continueront d'être payés par l'hôpital, quitte pour ce dernier à se faire rembourser par le Ministère intéressé.

f) Les conditions de l'exercice de la médecine de demain : la formation pour quoi faire ?

La formation des médecins est partie intégrante de la politique de santé de notre pays. D'elle dépend l'évolution quantitative du nombre des médecins, mais aussi l'évolution qualitative des soins donnés aux Français. En ce sens, avant toute action de formation s'impose la prise en considération de l'intérêt du malade. C'est en vue d'assurer à ce dernier les meilleurs soins en ville, à l'hôpital et dans les structures existantes, que doit être pensée l'organisation des études médicales et pharmaceutiques.

Le ministre de la Santé, dans la « Charte » qu'il a élaborée, de même que devant notre Commission, a tenu à préciser que le « projet de loi intégrait la formation des médecins dans l'ensemble de la politique de santé » et qu'il tendait à réparer le divorce existant entre la formation actuelle et les « impératifs découlant des orientations neuves de la politique de santé ».

Nous en sommes bien conscients et de là naît sans doute une certaine inquiétude, accrue par certaines plages d'ombre que nous avons mentionnées.

Nous nous garderons de tout procès d'intention, mais nous serons vigilants pour la préservation des acquis de notre système de soins hospitaliers et ambulatoires. Vigilants pour la qualité des soins apportés aux malades et donc pour la qualité de la formation pratique et théorique qui sera donnée aux futurs praticiens, quels que soient les slogans mis en avant. Vigilants pour le maintien d'un exercice libéral qui permet la prise en compte des besoins et souffrances individuels des malades. Vigilants pour une bonne régulation de notre système de soins qui laisse au médecin de famille les responsabilités qui sont les siennes et confère aux hôpitaux la plénitude de moyens dont ils ont besoin.

C'est à l'écoute du public que nous nourrirons nos critiques et nos propositions et que nous jugerons de l'efficacité de la réforme qui nous est proposée.

Après cet exposé très général, il convient d'aborder maintenant un examen plus détaillé des articles.

IV. — EXAMEN DES ARTICLES

Article premier.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article abroge les dispositions de la loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 qui fixait le régime des études médicales et pharmaceutiques pour le troisième cycle.

Ces dispositions avaient été insérées, sous forme d'articles 45 *bis*, 45 *ter* et 45 *quater*, dans la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968, c'est-à-dire la loi d'orientation de l'enseignement supérieur.

La réforme de 1979 aurait dû entrer en application en 1983. Les dispositions du présent projet de loi devraient s'appliquer à compter de l'année universitaire 1983-1984. Il s'agit donc aujourd'hui de corriger les effets supposés d'une réforme.

La rémunération des articles de la loi de 1968 sera décalée afin d'insérer les dispositions du présent projet de loi entre les articles 45 et 60 de la loi d'orientation de l'enseignement supérieur.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Cet article a été adopté sans modification.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Commission vous propose de supprimer cet article qui lui apparaît vouloir faire « table rase du passé » alors que l'essentiel du projet ne fait que reprendre la plupart des dispositions de la loi précédente. Elle vous proposera en conséquence de modifier le premier alinéa de l'article 2.

Article 2.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article pose le principe de l'organisation du troisième cycle des études médicales sous forme d'un internat pour tous les étudiants.

Cet internat comprend quatre filières dont deux entièrement nouvelles : la filière de santé publique et la filière de recherche médicale.

La filière de médecine spécialisée sera subdivisée elle-même en quatre options : spécialités médicales, spécialités chirurgicales, psychiatrie et biologie.

• *La filière de santé publique.*

Dans l'exposé des motifs du projet de loi, il est indiqué que « la filière des spécialistes aurait pu comporter une option supplémentaire, préparant les internes intéressés à l'exercice des médecines dites préventives,...à la médecine légale et aux responsabilités médicales dans l'administration ou la sécurité sociale ». La décision d'en faire une filière a résulté de « l'importance particulière des stages extra-hospitaliers », « des conditions de leur rémunération », « des exigences de mobilité liées à la dispersion des lieux de formation », de « la place que devait tenir la formation permanente comme mode d'accès aux formes d'exercice ouvertes par ce troisième cycle ».

La création de cette filière ne signifie pas que les internes des autres filières ne recevront pas un enseignement de santé publique. L'exposé des motifs précise en effet que « la formation des généralistes et des spécialistes pendant le troisième cycle devra contenir des enseignements et des stages permettant aux uns et aux autres d'être en mesure de tenir leur rôle dans la politique de prévention et d'éducation sanitaire ».

La création de cette filière ne fait pas des professions médicales de la santé publique des emplois réservés à ceux-là seuls qui l'auraient suivi, « quand même y seraient-ils plus particulièrement préparés » souligne l'exposé des motifs.

• *La filière de recherche médicale.*

Elle devrait permettre, sans exclusive, la formation de médecins pour les emplois de chercheurs des organismes publics ou privés de recherche biomédicale.

Le nombre d'internes de cette filière devrait être assez limité, compte tenu des débouchés restreints de ce secteur d'activité.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

A l'Assemblée nationale, le débat a essentiellement porté sur la suppression de la filière de santé publique réclamée par le groupe R.P.R. comme par le groupe communiste.

A cette occasion, le ministre de l'Éducation nationale a précisé que cette filière serait plus particulièrement destinée « aux médecins qui souhaitent avoir un exercice exclusif dans les diverses professions relevant de ce domaine ».

Le Ministre a indiqué aussi que :

— les stages de cette filière comprendraient trois à quatre semestres de formation clinique, soit du type spécialiste, soit du type généraliste et quatre à cinq semaines dans les structures extra-hospitalières ;

— la formation théorique comporterait un tronc commun consacré à l'apprentissage des méthodes utilisées dans tous les domaines de la santé publique et des options (médecine du travail, économie de la santé, administration de la santé...);

— l'enseignement de cette filière, organisé sous forme de modules, pourrait également être suivi par les internes de toutes les autres filières.

M. Alain Savary a insisté sur le fait que seule la création de cette filière pourrait permettre de rémunérer les stages nécessaires dans les structures extra-hospitalières.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Rapporteur se félicite de la présence, parmi les filières d'internat, de *la filière de médecine générale*. Il prend acte des propos du Gouvernement touchant à la revalorisation du médecin généraliste mais, au-delà des propos officiels sur ce thème, il s'attachera à rechercher dans le projet de loi tel qu'il est transmis à la Haute Assemblée les dispositions susceptibles de donner corps à cette ambitieuse affirmation de principe.

S'il apparaît réaliste de ne pas fixer une durée unique pour tous les internats, les durées retenues par le Gouvernement peuvent être quelque peu discutées.

● *La durée minimale de l'internat.*

Pourquoi admettre *a priori* que la durée de l'internat de médecine générale doit être plus brève que celle de l'internat de médecine

spécialisée ? Seule la pesanteur des formations existantes peut amener à accepter cette donnée sans discussion.

L'exposé des motifs propose d'assigner à l'internat de médecine générale une durée inférieure au moins de moitié à celle des autres internats. Cela peut conduire à des situations paradoxales. Pour prendre un exemple, il est permis de s'interroger sur la qualité du contrôle que pourra exercer un médecin inspecteur de la sécurité sociale au sortir des quatre années de l'internat de santé publique sur l'un de ses anciens condisciples qui exerce depuis deux ans à l'issue de l'internat de médecine générale.

En tout état de cause, puisque l'objectif du Gouvernement est de fixer à terme à trois ans la durée de l'internat de médecine générale, c'est cette durée qui doit figurer d'ores et déjà dans le présent projet et dès l'article 46 quitte à prévoir des dispositions transitoires afin de permettre au Gouvernement de dégager les ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette partie de la réforme.

A l'heure où la nécessité de la revalorisation du statut de médecin généraliste semble être admise par tous, il est indispensable d'assortir cet objectif de garanties réelles inscrites dès à présent dans la loi.

• *La suppression des deux nouvelles filières.*

D'après les déclarations du ministre de l'Education nationale, *la filière de santé publique*, innovation du projet de loi, serait ouverte à un nombre limité d'étudiants mais ses enseignements et les carrières auxquelles elle donne accès seraient accessibles à tous — à l'exception de la médecine du travail, précise l'exposé des motifs.

Votre Commission voit mal les raisons de la création d'une telle filière puisque ni ses enseignements, ni ses débouchés ne lui seraient spécifiques. Il est d'ailleurs très positif que tous les internes soient formés à une médecine de prévention et d'éducation sanitaire. De même, il est bon de ne pas figer les carrières ouvertes par telle ou telle formation. Un généraliste ou un spécialiste doivent pouvoir accéder à une profession de santé publique.

Cette filière, selon le Ministre, ne concernerait qu'un nombre restreint d'internes. Dès lors, l'argument le plus souvent avancé en faveur de sa création tombe : il est à craindre qu'elle n'ait pas de dynamique propre.

Dans un souci de clarté, votre Commission vous proposera donc de ne pas accepter la création de cette fausse filière.

Il est à noter, en outre, que si le principe de cette filière était retenu, les ministères concernés devraient considérer que le nombre de postes mis au concours pour cette filière correspond à un engagement de leur part d'assurer un débouché aux internes y accédant.

Cela pourrait parfois les amener à créer de nouveaux postes de médecins. Dans la mesure où un tel engagement ne peut pas être pris plus à l'égard des internes de santé publique qu'à l'égard des autres internes, il n'est pas raisonnable de compter essentiellement sur le secteur privé pour absorber l'excédent de diplômés.

La filière de recherche médicale suscite le même genre d'interrogations que la filière de santé publique. Ouverte à un petit nombre d'étudiants conduits pour la plupart à cette voie par les hasards de leur classement au concours, elle risque d'enfermer trop tôt dans une spécialité des étudiants dont les contacts directs avec les malades se réduisent à leurs stages d'internat.

Il est indéniable que la formation par la recherche doit être ouverte à tous — et votre Commission réaffirmera ce principe à propos de l'article 53 bis. Mais la formation à la recherche ne peut concerner qu'un nombre restreint de médecins ayant déjà eu un contact professionnel réel avec la pratique. C'est, du reste, cette expérience qui peut amener les centres de recherche à préférer recruter un médecin plutôt qu'un autre chercheur.

Il est alors temps pour ce médecin de parfaire sa formation à et par la recherche à l'intérieur même d'organismes comme le C.N.R.S. ou l'I.N.S.E.R.M., par exemple.

De plus, ces employeurs potentiels préféreront sans doute recruter des médecins issus de filières différentes et, entre un candidat ayant une connaissance approfondie d'une spécialité médicale et un autre issu de la filière recherche, il est à craindre pour ce dernier que la qualification annexée à son diplôme ne lui soit une bien mince consolation lors du rejete de sa candidature.

Les débouchés professionnels de ce secteur étant très limités, rien ne garantit à des étudiants de cette filière des perspectives de carrière très optimistes.

C'est pourquoi votre Commission vous proposera de supprimer également cette filière.

Art. 47.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Par cet article, il est institué un examen validant et classant à la fin du deuxième cycle des études médicales.

Le but de cet examen est, d'après le Gouvernement, d'une part, d'amener les étudiants à réviser l'ensemble du programme étudié durant les six années antérieures et, d'autre part, de classer les candidats qui se destinent à l'exercice de la médecine générale.

Les futurs généralistes choisissent leur poste d'interne d'autant plus librement que leur rang de classement est bon.

Les étudiants reçus peuvent présenter le concours d'accès aux filières de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche.

Deux sessions d'examen par an sont prévues, l'une en mars et l'autre en septembre. D'après les ministres entendus, les échecs devraient être rares puisqu'il ne s'agit que d'une révision de matières déjà étudiées.

Le texte du projet est muet sur le sort des étudiants qui y échoueront.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Un amendement présenté par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales a été adopté afin de prendre en compte la taille particulière de la région d'Ile-de-France qui compte onze unités d'enseignement et de recherche. L'organisation d'un examen unique risquant d'y être difficile, trois examens au moins pourraient y être organisés.

III. — *Position de la commission spéciale.*

L'amendement adopté par l'Assemblée nationale recueille l'assentiment de votre Commission.

Il n'en va pas de même du caractère classant de cet examen. Cette disposition va à l'encontre de la revalorisation du généraliste partout chantée à l'envi. Le classement ne fera qu'établir une hiérarchie, d'une part, entre les futurs généralistes et, d'autre part, entre les services choisis par eux dans chaque région sanitaire. Comme elle émet quelques doutes sur l'utilité de cette double hiérarchisation, votre Commission vous proposera de supprimer le caractère obligatoire de classement, préférant s'en remettre, en ce qui concerne le mode de répartition des postes, à la décision des U.E.R. de la région concernée ; l'autonomie des facultés peut trouver là à s'exercer. C'est d'ailleurs le cas dans le cadre de la loi précédente. Un mécanisme de tirage au sort, comme celui déjà pratiqué actuellement pour la répartition des stages hospitaliers durant le deuxième cycle, ou tout autre mécanisme moins inutilement élitiste que le classement, recueillerait l'assentiment de votre Commission.

Enfin, votre Commission vous proposera, par coordination avec l'amendement proposé à l'article 46, de supprimer dans cet article la mention des filières de santé publique et de recherche médicale.

Art. 48.

(Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article précise les modalités d'accès au concours prévu à l'article 47.

Les étudiants désireux de suivre les filières de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche médicale peuvent se présenter à ce concours dès lors qu'ils ont été reçus à l'examen validant de fin de deuxième cycle.

Ils peuvent s'y présenter deux années consécutives : celle de leur réussite à l'examen et l'année suivante. Après sa réussite à l'examen, l'étudiant n'a donc pas la possibilité de s'accorder un délai pour préparer le concours.

La rigueur de cette disposition est atténuée par le fait que le programme de l'examen est le même que celui du concours.

Le candidat peut tenter sa chance dans trois interrégions, c'est-à-dire des circonscriptions géographiques comprenant au moins trois centres hospitaliers et universitaires.

Au total, le candidat a donc six chances de réussir le concours.

Une fois reçus, les étudiants choisissent, en fonction de leur classement, la filière et les disciplines qu'ils désirent suivre.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Un amendement de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales a été adoptée visant à empêcher les étudiants intéressés par le concours à différer d'un an leur candidature.

En effet, dans le texte du projet, les étudiants auraient pu se présenter à l'examen de fin de deuxième cycle que lorsqu'ils se seraient estimés prêts à affronter le concours. L'amendement supprime cette éventualité en prévoyant que les étudiants ont deux ans pour présenter le concours à partir de l'année où ils ont pris leur première inscription en dernière année de deuxième cycle.

La Commission a également prévu des dérogations limitativement énumérées à cette règle : l'accouchement, l'accomplissement du service national et la force majeure.

Le ministre de l'Education nationale a tenu à préciser lors des débats que seul pouvait être admis le cas de force majeure collectif et non le cas de force majeure individuel. Les certificats médicaux seraient ainsi exclus...

Curieusement, la possibilité de présenter le concours dans trois interrégions a disparu lors du débat à l'Assemblée nationale sans que cela ait résulté d'une volonté clairement affirmée de la Commission.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Si le projet est muet à l'article 47 sur le sort des étudiants collés à l'examen validant, il ne dit rien non plus dans son article 48 sur le sort des étudiants reçus à l'examen mais collés à leur premier concours d'accès aux spécialités. Nous avons déjà soulevé le problème dans notre exposé général, sans souhaiter lui apporter une solution trop rigide : faut-il que l'étudiant se dirige vers la filière d'internat de médecine générale ? Faut-il qu'il demeure sous le statut d'étudiant ? Le plus sage est sans doute de ne rien imposer. C'est la raison pour laquelle votre Rapporteur ne proposera pas d'amendement sur ce point.

Les modifications envisagées concernent, par contre, outre des améliorations rédactionnelles, le problème des dérogations.

Votre Commission ne vous proposera pas d'allonger une liste déjà hétéroclite mais estime qu'il est prudent d'en exclure tous les cas de force majeure qu'ils soient individuels ou collectifs.

En effet, dans un tel domaine, les certificats médicaux ne peuvent être retenus pour justifier un cas de force majeure individuel et votre Rapporteur sera aussi réservé que le ministre de l'Education nationale à leur endroit.

Quant aux cas de force majeure collectifs, il n'est pas besoin de les mentionner dans la loi, le juge est toujours à même de les détecter.

Votre Commission vous proposera d'adopter un autre amendement tendant à réintroduire la possibilité donnée aux étudiants de passer le concours dans trois des interrégions. Cette disposition n'a pas été remise en cause à l'Assemblée nationale où elle semble avoir disparu par mégarde.

Art. 49.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Par cet article, le principe de l'adaptation de la durée de l'internat aux différentes filières et disciplines est affirmé. La diversité des formations et des options possibles à l'intérieur de celles-ci rendent nécessaire une telle disposition.

Il résulte de l'exposé des motifs que la durée de l'internat variera selon les filières :

— deux ans, puis trois, « aussitôt que possible », pour la filière de médecine générale,

— quatre ans pour les filières de santé publique et de recherche médicale,

— quatre ou cinq ans pour la filière de médecine spécialisée.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Cet article n'a pas fait l'objet du moindre débat.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Dans la mesure où nous avons déjà fixé la durée des divers internats à l'article 46, nous vous proposons de supprimer cet article qui n'a plus de raison d'être.

Art. 50.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article précise que les étudiants n'obtiennent le diplôme d'Etat de docteur en médecine qu'à l'issue du troisième cycle d'études médicales.

Dans le schéma actuellement retenu, la durée minimale de formation d'un généraliste est donc de huit années, celle d'un médecin de santé publique ou destiné à la recherche médicale, de dix années. La formation des médecins spécialisés peut atteindre onze années.

A l'issue de ces durées, les internes ayant subi avec succès certaines épreuves obtiennent le titre de docteur en médecine et le droit d'exercer leur art.

Leur qualification figure sur un document annexé au diplôme. L'intérêt d'un tel document est de préserver l'omnivalence du diplôme et de ne pas limiter juridiquement la compétence du médecin à sa filière ou à sa spécialité.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Dans cet article, comme dans de nombreux autres, la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales a proposé de remplacer le mot « étudiants » par le mot « internes ». Cette modification a été retenue d'emblée puisque, du fait de l'internat pour tous, les étudiants sont des internes avec les responsabilités médicales que cela implique.

Le débat a ensuite porté sur l'intérêt et la nature juridique du document annexe. Le ministre de la Santé a indiqué que c'est sur recommandation du Conseil d'Etat que le Gouvernement avait disjoint la qualification du diplôme d'Etat. En effet, l'avant-projet du Gouvernement prévoyait de faire figurer la qualification sur le diplôme d'Etat même, ce qui pouvait sembler menacer l'unicité et l'omnivalence du diplôme.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Commission estime que cet article comporte plusieurs ambiguïtés. Quelle est la nature des épreuves sanctionnant le troisième cycle ? Quelles sont les valeurs et les portées respectives du diplôme d'Etat et du document annexe ?

• *Les épreuves de fin de troisième cycle.*

S'agit-il de faire passer aux étudiants un nouvel examen ? Est-il exclu de soumettre les étudiants dont les études ont été jalonnées de nombreux contrôles de leurs connaissances à de nouvelles Q.R.O.C. et Q.C.M. ? S'agit-il simplement de valider les stages effectués et les enseignements reçus ? Le terme « épreuves » recouvre-t-il la soutenance d'une thèse ?

Le groupe de travail, constitué par le ministère de l'Education nationale sous la direction du professeur Maxime Seligmann en vue d'élaborer des propositions sur la réforme des études médicales, a estimé que « tout troisième cycle doit se terminer par un mémoire, élaboré dans le cadre de la formation correspondante. Ce mémoire peut constituer la thèse de doctorat en médecine ».

Quant aux spécialistes, le rapport indique que la validation de la spécialité doit résulter, comme dans le cadre du décret d'application du 23 décembre 1980 :

- de la réalisation du cursus ;
- de la validation du savoir-faire pratique (pour certaines spécialités, comme la chirurgie par exemple) ;
- de la validation de l'enseignement théorique ;
- de la soutenance du mémoire devant un jury.

Le rapport précise que la qualité du mémoire doit faire l'objet d'une exigence particulière.

A la lumière de ces éléments d'appréciation et des auditions des ministres concernés, il apparaît que ces « épreuves » sont constituées par la validation du cursus et des enseignements reçus et la soutenance d'une thèse. Votre Commission vous proposera donc de modifier la rédaction de cet article afin de faire apparaître plus clairement ce qui est attendu de l'étudiant en fin de troisième cycle, d'éviter toute tentation de sélection tardive et d'apaiser, surtout, les inquiétudes qui se sont manifestées.

• *Le diplôme et son document annexe.*

L'annexion d'un document annexe au diplôme doit permettre de ne pas remettre en cause le principe de l'omnivalence du diplôme de docteur en médecine tout en tenant compte de la qualification obtenue.

La nature juridique du document annexé et le degré de précision de la qualification obtenue gagneraient toutefois à être explicités. Nous nous en sommes longuement expliqués dans notre exposé général.

Dans l'état actuel des choses, il est permis de s'interroger sur la portée future de cette qualification. Il semble qu'un médecin désireux d'exercer dans un domaine ne correspondant pas à sa qualification doit compléter sa formation dans la nouvelle qualification choisie. Mais qu'advierait-il s'il ne le faisait pas ?

Il est certain qu'il ne pourrait se réclamer d'une qualification qu'il n'a jamais obtenue mais il ne devrait pas lui être interdit d'exercer dans le domaine de cette qualification. Admettre le contraire reviendrait à nier le principe de l'omnivalence juridique du diplôme de docteur en médecine.

Cet exemple illustre combien la subtilité de la distinction entre le diplôme et son document annexe peut faire naître de questions. Parmi celles-ci, l'octroi de la qualification à accorder, d'une part, aux médecins étrangers venant exercer en France et, d'autre

part, aux médecins diplômés avant l'entrée en vigueur des dispositions du présent projet de loi, reste problématique.

Ainsi, la qualification de médecine générale sera-t-elle accordée à tous les généralistes en exercice sous réserve d'une durée minimale d'exercice, ou certains devront-ils compléter leur formation ? Si cette qualification n'est attribuée à aucun, les malades ne seront-ils pas amenés à opérer une distinction entre les médecins généralistes omnivalents mais diversement qualifiés ?

Art. 51.

(Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article pose les principes de la double formation théorique et pratique des internes et de l'identité de la situation qui leur est faite.

Tous les étudiants du troisième cycle des études médicales sont amenés à exercer des fonctions hospitalières ou extra-hospitalières rémunérées, tout en recevant un enseignement théorique.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Un amendement a été adopté mentionnant que « les directeurs d'enseignement et de recherche s'assurent de la bonne acquisition des connaissances par les internes ». Le ministre de l'Éducation nationale s'est déclaré opposé à l'énonciation d'une telle évidence dans la loi.

Plusieurs autres amendements de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales ont précisé les centres hospitaliers où les internes pourraient effectuer leur stage et les durées de formation dispensée dans chaque type d'établissement.

Un amendement tendant à ajouter les établissements hospitaliers militaires ou privés participant au service public à la liste des lieux de formation n'a pas été adopté.

Le ministre de l'Éducation nationale s'y est en effet opposé au motif que cet amendement, même s'il rejoignait son souci de réaliser l'unité de conception du service public hospitalier, ne lui semblait pas recevable avant l'adoption de la loi hospitalière.

Deux autres amendements ont précisé les conditions dans lesquelles tous les internes seraient formés alternativement dans les centres hospitaliers et universitaires et dans les hôpitaux généraux.

Le ministre de l'Education nationale a tout d'abord indiqué que le Conseil d'Etat avait souhaité que soient retirées de l'avant-projet du Gouvernement des dispositions similaires. Toutefois, les deux ministres concernés ont finalement accepté de faire figurer dans la loi elle-même des principes découlant de la réforme proposée. Ces amendements ont été adoptés.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Sur cet article, votre Commission vous proposera plusieurs amendements de fond et de forme.

En premier lieu, elle entend tirer les conséquences pécuniaires de la revalorisation de la situation du médecin généraliste en affirmant sans ambiguïté dans la loi que les internes de la filière de médecine générale perçoivent une rémunération identique à celle des internes des autres filières. Cette clarification va dans le sens des propos tenus par les ministres.

A partir du moment où tous les internes vont percevoir une rémunération, il est permis de se demander quel sera son niveau. Il est vraisemblable que celui-ci évoluera au long des années d'internat et qu'il oscillera dans une fourchette allant du salaire de l'interne de région sanitaire le moins payé à celui de l'interne de C.H.U. le mieux payé.

Par ailleurs, il lui apparaît nécessaire d'ajouter à la liste des centres hospitaliers formateurs les établissements hospitaliers militaires ou privés participant au service public. Curieusement, un tel amendement fut adopté à l'article 57 après avoir été rejeté à l'article 51. Il importe donc d'harmoniser les dispositions du texte transmis et de retenir les mêmes centres formateurs aux articles 51 et 57, tout comme à l'article 54 où le problème n'avait pas été soulevé.

Devant notre Commission, M. Alain Savary avait d'ailleurs affirmé qu'à ses yeux les hôpitaux militaires constituaient des lieux de stage et de formation au même titre que les hôpitaux civils. Tout en partageant cette conception, votre Rapporteur se demande s'il ne faudrait pas opérer une distinction entre les hôpitaux militaires situés en métropole et les autres, compte tenu d'une certaine hétérogénéité de ces établissements.

Enfin, votre Commission vous proposera une nouvelle rédaction des trois derniers alinéas de cet article qui n'en modifie que formellement la portée.

Art. 52.

(Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article délimite le cadre géographique à partir duquel sera organisé l'enseignement de la filière de médecine générale. Il s'agit, pour chaque étudiant, non plus comme dans le système précédent, de l'U.E.R. mais de la région sanitaire où il a passé l'examen de fin de deuxième cycle des études médicales.

Cette disposition peut être considérée comme relativement contraignante et doit être rapprochée de la souplesse offerte aux étudiants qui tentent le concours d'accès aux autres filières. Ces derniers peuvent, d'après l'article 48, passer le concours dans trois inter-régions. Il est vrai que l'obligation de mobilité qui en résulte peut être ressentie également de manière négative.

Certes, le présent article prévoit que des dérogations peuvent être accordées par l'autorité administrative. Il reste à souhaiter que ces exceptions ne soient pas entendues de façon trop limitative.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

A part une modification de forme, le texte de cet article n'a fait l'objet d'aucun débat à l'Assemblée nationale.

En revanche, le Rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales a présenté un amendement très important tendant à faire participer les médecins non universitaires, spécialistes ou généralistes, à la formation des internes et à la détermination des objectifs pédagogiques. Ces médecins pourraient entreprendre une carrière universitaire.

A cette occasion, le ministre de l'Education nationale a souligné que son acceptation de cet amendement ne signifiait pas que « la création du cursus de professeurs à plein temps correspondant à la filière universitaire interviendra à court terme ». En effet, l'association de professionnels en exercice à l'enseignement universitaire dans toutes les disciplines ne doit pas correspondre à l'interruption de leur carrière sous peine de tarir l'originalité même de leur apport.

C'est finalement par une formule équivoque, au détour d'un alinéa, que le principe de cette association a été introduit dans le texte.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Les médecins praticiens non universitaires, généralistes ou spécialistes, n'ont mérité ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.

S'il est bon de les associer à l'enseignement universitaire, il n'y a aucune raison de les cantonner dans la filière de médecine générale.

Si une « filière universitaire de médecine générale » est prévue, il vaudrait mieux que ce ne soit pas « par ailleurs » mais plutôt ici et maintenant, ou dans un projet de loi propre.

Les médecins praticiens non universitaires doivent faire profiter de leur expérience l'ensemble des filières d'internat à condition que le régime de leur participation à l'enseignement universitaire soit clairement défini.

C'est pourquoi votre Commission vous suggérera de supprimer le deuxième alinéa du texte transmis par l'Assemblée nationale afin de réintroduire ses dispositions dans un article additionnel, mieux adapté à l'importance du sujet et relatif à l'ensemble des filières d'internat.

Art. 53.

(Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article délimite le cadre géographique à l'intérieur duquel seront organisés les enseignements des filières de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche médicale. Chacun de ces cadres, appelés « inter-régions », regroupe au moins trois centres hospitaliers et universitaires. Toutefois, la région Ile-de-France forme une circonscription à elle seule.

Le seuil de trois centres hospitaliers et universitaires apparaît comme le minimum souhaitable. Au-dessus, un nombre suffisant de spécialités n'aurait aucune chance d'être atteint.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Cet article a été adopté dans son texte même, en l'absence de tout débat.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Interrogé par votre Commission, M. Alain Savary, ministre de l'Education nationale, a indiqué que le découpage des inter-régions résulterait d'accords entre les universités concernées, le Ministre se réservant la possibilité d'intervenir en cas de problèmes. Dans les faits, il devrait largement coïncider avec les régions d'internat positivement prévues.

Sur cet article, votre Commission vous proposera d'adopter un amendement de simple coordination.

Art. 53 bis.

(Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

I. — *Commentaire du texte proposé par l'Assemblée nationale.*

Le Rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales a proposé d'inscrire dans le projet la possibilité offerte à tous les internes d'acquérir une formation par la recherche.

L'exposé des motifs précisait bien que la filière de recherche médicale « ne saurait avoir l'exclusivité de la formation des étudiants à la recherche et par la recherche ». Cet article additionnel insiste sur ce point.

II. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Commission ne peut qu'approuver le souci manifesté de développer la formation de tous les internes par la recherche, et à laquelle participeront des chercheurs. Il s'agit en effet d'inciter les étudiants à s'orienter vers la recherche, sans pour autant vouloir les enfermer à l'intérieur d'une filière exclusive.

Nous vous proposons d'accepter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 53 bis.

Votre Commission a souhaité ériger en article additionnel le second alinéa de l'article 52 relatif à l'association de médecins internes. Elle a entendu par là généraliser et consacrer cette association sans la limiter à la seule filière de médecine générale.

Tel est le sens de cet amendement.

Art. 53 ter.

I. — *Commentaire du texte proposé par l'Assemblée nationale.*

La commission des Affaires culturelles, familiales et sociales a souhaité ouvrir la formation de santé publique à tous ceux, étudiants ou non, à qui elle peut être utile.

Cette préoccupation rejoint celle de l'exposé des motifs qui envisageait de laisser accéder tous les étudiants à ces enseignements tant dans le second cycle que dans le troisième.

Le ministre de l'Education nationale a totalement approuvé la Commission et a même été au-delà de sa demande en indiquant que dès le premier cycle il souhaitait introduire des enseignements en santé publique.

Il a aussi accepté l'idée d'accueillir des auditeurs issus des différentes professions de santé. Cela doit être entendu au sens large puisqu'il peut s'agir aussi bien de personnels en formation qu'en exercice.

II. — *Position de la commission spéciale.*

Des enseignements dans le domaine de la santé publique doivent être dispensés tout au long du cursus des études. Ce principe complète heureusement l'amendement présenté par votre Commission à l'article 46 tendant à supprimer la filière de santé publique.

Aucun étudiant en médecine ne peut être dispensé d'un enseignement relatif à la prévention, aucun médecin ne doit être écarté de la politique de prévention.

Quant à l'ouverture de cet enseignement « aux divers professionnels impliqués dans ce domaine », il conviendrait qu'en soient précisées quelque peu les modalités. Des textes réglementaires seraient particulièrement utiles en la matière. Quels seront les professionnels concernés ? En quelle année d'études seront-ils admis ? Pour un cursus de quelle longueur ? Ces professionnels seront-ils des auditeurs libres ou bien obtiendront-ils un certificat ou un diplôme à l'issue de ce cycle d'études ? Ce document leur sera-t-il d'une utilité quelconque à l'intérieur d'une autre formation ?

Ces quelques questions sont loin d'épuiser la liste de celles soulevées par cet article. Il resterait en effet à s'interroger sur les matières enseignées, les stages éventuels offerts dans ce domaine...

Considérant néanmoins que cet article correspond à une de ses préoccupations, votre Commission vous proposera de l'adopter sans modification.

Art. 54.

(Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article détermine la manière dont le nombre et la répartition des postes d'internes seront arrêtés chaque année par les ministres de l'Education nationale et de la Santé.

Le nombre total est dicté par celui des reçus à l'examen classant validant. La répartition est effectuée à partir de plusieurs critères :

- les besoins de santé de la population,
- la nécessité de remédier aux inégalités géographiques,
- la capacité de formation des centres hospitaliers.

Cette répartition se fait à l'intérieur des régions sanitaires pour la filière de médecine générale et à l'intérieur des inter-régions et par discipline pour les autres filières.

Les ministres de l'Education nationale et de la Santé arrêtent également la liste des services formateurs et la répartition des postes d'internes dans les services.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Cet article a été adopté sans modification à l'Assemblée nationale.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Les amendements présentés par votre Commission à cet article tendent d'abord à intégrer, dans le calcul des capacités de formation existantes, les établissements hospitaliers militaires et privés participant au service public.

Il s'agit aussi, comme on s'en est longuement expliqué dans l'exposé général, d'éviter une régulation des flux trop rigide ou trop fine. C'est la raison pour laquelle nous préférons substituer à la notion de « discipline » celle « de diplôme ou *groupement de diplômés* ».

Enfin, la dernière modification est d'ordre purement rédactionnel et tient compte de la suppression des filières de santé publique et de recherche.

Art. 55.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Dans la fixation du nombre total des postes d'internes et dans leur répartition, les ministres de l'Education nationale et de la Santé devront consulter des commissions régionales, inter-régionales et nationale.

Le présent article ne mentionne que deux sur trois des critères de décision énumérés à l'article 54. Les commissions n'auraient donc à apprécier que les besoins de santé de la population et le caractère formateur des services. Il reviendrait aux ministres seuls de remédier aux inégalités géographiques.

II: — *Position de l'Assemblée nationale.*

L'Assemblée nationale a tenu à ajouter que les décrets fixant la composition, le rôle et les modalités de fonctionnement des commissions seraient pris après avis du Conseil d'Etat.

Elle a précisé, par ailleurs, que toutes les filières, spécialités et formations, seraient représentées au sein des commissions inter-régionales. Plutôt que ces termes « spécialités et formations » qui apparaissent ici ambigus, votre Commission préfère voir employer le mot « discipline » qui recouvre les deux notions.

Des informations ont été apportées par le ministre de la Santé sur la composition des commissions régionales présentées par lui comme l'une des « avancées originales de la réforme ». Il importe de donner ici le détail de cette composition :

Elles comprendront trente-deux membres :

- 3 conseillers régionaux désignés par le conseil régional ;
- 3 conseillers généraux ;
- 1 administrateur des caisses régionales d'assurance maladie ;
- 2 représentants des syndicats de salariés ;
- 1 représentant des intérêts familiaux, nommé sur proposition des U.D.A.F. de la région ;

— le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le recteur d'académie, les directeurs et les recteurs siégeant à tour de rôle si la région comporte plusieurs directions régionales ou plusieurs académies ;

— 1 directeur de C.H.R. ;

— 1 directeur de centre hospitalier général ;

— 1 directeur de centre hospitalier spécialisé ;

— 1 représentant des établissements privés d'hospitalisation ;

— 2 enseignants des U.E.R. de médecine désignés par le ou les directeurs d'U.E.R. sur proposition du conseil de ces unités ;

— 2 représentants des commissions médicales consultatives des C.H.R. faisant partie d'un C.H.U., désignés par les présidents des C.M.C. ;

— 3 représentants des C.M.C. des établissements d'hospitalisation publics autres que les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, les hôpitaux locaux et les établissements spécialisés en psychiatrie, désignés par les présidents des C.M.C. ;

— 1 représentant des C.M.C. des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie désigné par les présidents des C.M.C. ;

— 3 médecins d'exercice libéral ou salarié non hospitaliers désignés par les organisations syndicales les plus représentatives, dont deux généralistes ;

— le médecin conseil de la caisse régionale d'assurance maladie ;

— 3 représentants des internes ;

— le médecin inspecteur régional de la santé.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Au vu de la composition de la commission régionale, votre Rapporteur a estimé que ces commissions devraient être formées au moins pour la moitié de professionnels de la santé écartant ainsi le côté rigide de l'idée de parité mise en avant à l'Assemblée nationale. A la suite d'un échange de vues au sein de la Commission, celle-ci l'a finalement suivi sur ce point.

Votre Rapporteur s'est aussi étonné de la présence de syndicalistes sans lien particulier avec les centres hospitaliers ou les institutions de la santé.

Il aimerait par ailleurs connaître la composition prévue pour les commissions inter-régionales et pour la commission nationale, et se réserve d'interroger le Ministre à cet effet.

Art. 56.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Des possibilités de changement de formation sont prévues par cet article qui se contente d'en poser les grands principes et laisse à des décrets en Conseil d'Etat les modalités de leur application.

Trois possibilités sont offertes :

— la première concerne tous les médecins ayant déjà exercé leur activité professionnelle durant au moins trois ans ;

— la seconde s'adresse aux internes de toutes les filières à l'exception de celle de médecine générale, pendant la durée de leur formation ;

— la dernière vise les médecins étrangers.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

A la demande de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, les médecins étrangers seraient admis hors contingent dans leur filière d'accueil.

Cet amendement a été adopté.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Le dispositif dit « des passerelles » est destiné à introduire une certaine souplesse dans un système de sélection et d'orientation — d'aucuns diraient de régulation des flux — particulièrement rigide.

Il ne faut pas exagérer son importance. Ainsi, la passerelle ouverte aux praticiens après trois ans d'exercice risque de n'en laisser passer que très peu si des garanties semblables à celles prévues dans la loi de 1979 ne leur sont point accordées concernant la possibilité de poursuivre leur carrière en même temps que de nouvelles études.

La deuxième passerelle écarte toute possibilité de changement d'orientation en cours d'internat pour les médecins de la filière de médecine générale.

La dernière, justifiée en apparence, étonne. Il est très souhaitable d'accueillir des médecins étrangers. Le faire hors contingent est une attitude d'un louable libéralisme. Mais, alors que la régulation des

flux, détermination du nombre des postes d'internes et leur répartition ont été faites avec une extrême minutie, presque un soin jaloux, ces règles volent tout soudain en éclats.

Votre Commission vous proposera sur cet article un amendement de coordination et un amendement de forme.

Art. 57.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Les articles 57, 58 et 59 ont trait au troisième cycle des études pharmaceutiques.

Son originalité réside dans l'existence de formations communes à la médecine et à la pharmacie. Il s'agit de l'option biologie médicale de la filière des spécialités et de la filière recherche.

Seuls ont accès à ce cycle les étudiants qui ont réussi le concours de l'internat. Tous les internes des différentes formations sont soumis au même statut et perçoivent une rémunération. Ils accomplissent des stages dans les mêmes établissements formateurs que les étudiants en médecine.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

L'Assemblée nationale a adopté un amendement qui semble signifier que les formations communes à la pharmacie et à la médecine donneraient accès au diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.

Il est évident que ce n'est pas du seul fait des formations communes que l'étudiant en médecine deviendra pharmacien pas plus que l'étudiant en pharmacie ne deviendra médecin.

Un autre amendement adopté à l'Assemblée nationale tend à apporter une exception à l'alinéa 3 de l'article premier de la loi n° 79-4 du 2 janvier 1979 qui stipule que les étudiants en pharmacie ne peuvent effectuer des stages hospitaliers que sous la responsabilité d'enseignants d'une unité d'enseignement et de recherche de pharmacie ayant la double appartenance ou de pharmaciens non universitaires.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Commission a adopté l'économie de cet article et vous proposera un amendement tendant à lever l'ambiguïté introduite par l'Assemblée nationale à propos de l'attribution du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie et un amendement de coordination.

Art. 58.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article transpose pour les études pharmaceutiques les articles 54 et 55 relatifs aux études médicales.

Il est prévu que l'enseignement des formations communes sera assuré dans un service dirigé soit par un médecin, soit par un pharmacien.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Un amendement a été adopté tendant à assurer une représentation paritaire des médecins et des pharmaciens dans les commissions consultées sur les formations communes. Cela suppose l'existence d'une nouvelle série de commissions.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Rapporteur vous proposera à cet article un simple amendement rédactionnel.

Art. 59.

I. — *Commentaire du texte du projet de loi.*

Cet article prévoit l'existence de passerelles entre les formations pharmaceutiques comme l'article 56 le fait pour les formations médicales.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Aucune modification n'a été apportée à cet article.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Commission vous proposera par symétrie avec ce qui se passe pour les études médicales l'admission « hors contingent » en troisième cycle des pharmaciens étrangers.

Art. 59 bis.

I. — *Commentaire du texte proposé par l'Assemblée nationale.*

Cet article ouvre la possibilité de l'organisation d'enseignements communs aux étudiants en médecine, en sciences vétérinaires et en pharmacie.

II. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Commission accepte le principe de cette disposition et se borne à vous proposer une nouvelle rédaction de cet article constituant une amélioration de pure forme.

Article 3.

I. — *Commentaire du projet de loi.*

Cet article fixe les *conditions d'application de la loi* dans le temps ainsi que *les mesures transitoires nécessaires*.

Il convient à l'évidence d'apaiser les inquiétudes des étudiants quant à la façon dont vont se poursuivre leurs études et notamment leur accès au troisième cycle ou la poursuite de celui-ci.

C'est une cause avancée de l'« urgence » de ce texte que de fixer au plus vite le sort des milliers d'étudiants en cours d'études et en cours de C.E.S.

L'application de la loi et les premiers examens et concours.

La loi sera applicable à compter de l'année 1983-1984 aux étudiants inscrits au titre de cette année en quatrième année du deuxième cycle des études médicales, soit en sixième année, et aux étudiants en pharmacie inscrits en quatrième année d'études.

En clair, le premier examen classant validant sera donc organisé au printemps 1984 et le premier concours d'accès aux filières spécialisées en mai 1984. Les étudiants ont donc moins de deux ans pour s'y préparer.

Rappelons que la loi de 1979 devait quant à elle s'appliquer en 1983. Le projet prévoit par ailleurs l'extinction des certificats d'études spéciales. C'est en 1983-1984 qu'il pourra être procédé pour la dernière fois à une première inscription en C.E.S. S'ils ne redoublent pas, les derniers étudiants de cette filière achèveront donc leur troisième cycle en 1987.

Le texte préserve en partie le droit des redoublants puisqu'il prévoit que la première année des C.E.S. sera organisée pour la dernière fois en 1984-1985, mais il limite cependant ce droit de redoubler à une fois.

Les dispositions transitoires.

L'article 3 du projet renvoie à un décret du Conseil d'Etat le soin de fixer les dispositions transitoires rendues nécessaires à la mise en œuvre de la réforme compte tenu de la diversité des mesures existantes et afin de respecter au mieux les droits des étudiants.

Leur décret devrait donc fixer les conditions dans lesquelles les étudiants qui n'auront pas épuisé avant 1984 leurs possibilités de se présenter aux concours d'internat, sous le régime préalablement en vigueur, pourront accéder aux filières spécialisées.

Il fixera aussi les conditions dans lesquelles les étudiants en cours de C.E.S. continueront à bénéficier du régime applicable avant l'entrée en vigueur de la loi.

II. — *Examen par l'Assemblée nationale.*

La seule modification apportée par l'Assemblée à cet article concerne, par souci d'harmonisation, les étudiants en pharmacie, qui se voient donc ainsi étendre le bénéfice des dispositions transitoires.

III. — *Position de la commission spéciale.*

L'amendement proposé par votre Commission est d'ordre purement rédactionnel, puisqu'il s'agit d'harmoniser cette disposition avec notre volonté de supprimer les filières santé publique et recherche.

Article 4.

I. — Commentaire du texte du projet de loi.

Grâce à cet article, les étudiants se trouvant dans les régimes transitoires actuels et ceux prévus à l'article 3 ci-dessus pourraient bénéficier effectivement des exceptions prévues à leur profit sans que leur soit opposée la limite d'âge de l'article L. 10 du Code du service national (vingt-sept ans).

II. — Position de l'Assemblée nationale.

Cet article a été adopté dans son texte même à la lumière d'une analyse détaillée de ses dispositions, effectuée par la commission de la Défense nationale, conduisant à un avis favorable (annexé au rapport de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales).

III. — Position de la commission spéciale.

Votre Rapporteur vous propose d'adopter le présent article sans modification.

Article 5.

I. — Commentaire du texte du projet de loi.

Par cet article, la quasi-totalité des mesures transitoires ou diverses de la loi du 6 juillet 1979 se trouveraient abrogées.

II. — Position de l'Assemblée nationale.

Pour plus de clarté, l'Assemblée nationale a décidé d'abroger la totalité de ces mesures transitoires ou diverses.

III. — Position de la commission spéciale.

Votre Rapporteur vous propose d'adopter cet article dans sa forme même.

Article 6.

I. — *Commentaire du texte proposé par l'Assemblée nationale.*

L'Assemblée nationale reprend ici la seule disposition des dispositions diverses de la loi du 6 juillet 1979 qui aurait pu ne pas être abrogée, à savoir le troisième alinéa de l'article 4.

II. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Commission vous propose d'adopter cet article.

Article additionnel après l'article 6.

Votre Commission vous proposera de tirer ici les conséquences de la durée de trois ans prévue pour l'internat de médecine générale.

Pour des raisons liées aux effectifs des années d'internat, il apparaît opportun de ne pas porter immédiatement la durée de la formation de généraliste à trois ans, mais d'attendre l'année universitaire 1987-1988 où la sélection organisée par l'actuel Gouvernement devrait avoir opéré tous ses effets sur la régulation des flux.

Article additionnel avant l'article 7.

L'application de la présente loi dans les départements et territoires d'outre-mer peut nécessiter des dispositions dérogatoires.

Votre Commission vous propose de le prévoir dès à présent.

Article 7.

I. — *Commentaire du texte proposé par l'Assemblée nationale.*

Un bilan de l'application de la loi serait dressé dans les cinq ans de sa promulgation. Les modalités d'accès au troisième cycle et la revalorisation de la médecine générale seront particulièrement reconsidérées.

Dans les trois ans, un rapport sur l'allongement éventuel de la filière de médecine générale est prévu.

II. — *Position de l'Assemblée nationale.*

Le Rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales a jugé bon de laisser entendre que ce bilan pourrait être l'occasion de mettre fin « à la moins injuste des injustices », à savoir le concours.

Il s'est ensuite plu à souligner que dans trois ans la durée de l'internat de médecine générale pourrait être portée à trois, voire à quatre années.

III. — *Position de la commission spéciale.*

Votre Commission vous proposera d'ajouter au domaine d'études du rapport prévu par cet article le fonctionnement des centres hospitaliers. L'allongement éventuel du troisième cycle de médecine générale n'a plus par contre à être examiné puisque votre Commission l'a proposé dès maintenant.

*
**

C'est compte tenu de ces observations et sous réserve de ces amendements que votre Commission vous propose d'adopter le présent projet.

V. — TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. — AUDITIONS DE LA COMMISSION

a) Audition de M. Jack Ralite, ministre de la Santé.

C'est le *mercredi 13 octobre 1982*, et sous la présidence de M. Robert Schwint, président, que la Commission a procédé à l'audition de M. Jack Ralite, ministre de la Santé.

Le Ministre a exposé que la réforme du troisième cycle des études médicales constituait une urgence pour le Gouvernement, la réforme des deux premiers cycles, qui relève du domaine réglementaire, étant d'ores et déjà engagée. Il convenait en effet, d'une part, de ne pas laisser les étudiants dans l'incertitude sur le contenu et les modalités d'un dernier cycle qu'avait déjà modifié profondément le Gouvernement précédent et, d'autre part, de se conformer aux directives européennes. Enfin, il importait de parer au divorce existant entre la formation des médecins et les impératifs découlant des orientations neuves de la politique de santé.

Certes, a ajouté M. Ralite, cette politique se constitue à partir des acquis qui place notre système de santé en bonne place dans le monde. Dans l'enseignement de la médecine, ces acquis sont réels. Néanmoins, la Charte de la santé a fait apparaître les graves insuffisances de notre politique de prévention et de santé publique, en même temps qu'elle insistait sur la nécessité de la revalorisation du médecin généraliste. Cette revalorisation passe, précisait la Charte, par l'élargissement de ses missions et sur de nouvelles perspectives d'exercice qui correspondent au contenu même de leurs fonctions et de leurs aspirations.

Mais force est de constater, a noté le Ministre, le décalage entre la formation du généraliste et les tâches qui lui sont assignées. Un des points forts du projet réside précisément dans la création d'un internat qualifiant en médecine générale pour tous les futurs généralistes. Ceux-ci seront ainsi placés comme les autres internes en position de responsabilité de praticiens hospitaliers, tandis qu'ils acquerront parallèlement les bases théoriques nécessaires à leur future pratique. Ils auront le même statut que les internes des autres disciplines. Ils obtiendront à la sortie la qualification de médecine générale figurant dans le document annexe au diplôme de docteur en médecine, reconnaissant ainsi la spécificité du généraliste.

Cet internat sera ouvert par un examen validant et classant obligatoire pour tous les étudiants, à la fin du deuxième cycle, le contrôle des connaissances et le classement constituant des éléments indispensables à la vérification de la qualité nécessaire aux fonctions d'interne. L'examen se fera sur le même programme et le même type d'épreuves que le concours ouvrant la voie aux autres spécialités. Le classement permettra aux meilleurs d'accéder aux services hospitaliers les plus performants, mais, pour tous, c'est l'ensemble des plateaux des hôpitaux qui constituera le cadre de leur formation. L'interne en médecine générale devra effectuer au moins un semestre en centre hospitalier et universitaire, mais sa formation s'effectuera essentiellement dans les hôpitaux généraux dont la revalorisation des moyens et des équipes constitue un des objectifs de la politique gouvernementale ; un autre élément de revalorisation réside dans le fait que cet internat se déroulera à terme en trois ans, après une période intermédiaire de deux années.

La réforme, outre qu'elle ne fait plus du généraliste le parent pauvre de la médecine, favorise, selon M. Jack Ralite, l'abord global du futur exercice. Cet abord sera acquis sur le « terrain », pendant au moins un semestre auprès d'un praticien en exercice, sur les lieux de travail, sur les autres lieux de prévention, dans les centres de santé, cabinet de groupe, etc. L'abord global de cet exercice sera également enseigné par les praticiens eux-mêmes qui, sans se substituer aux universitaires, participeront à l'enseignement en y apportant leur expérience d'omnipraticien.

Outre cette avancée de la revalorisation de la médecine générale, la réforme apporte une innovation dans le domaine de la santé publique qui constituera une filière à part entière aux côtés des autres spécialités et de la filière recherche ouvertes par un concours organisé dans le cadre interrégional. Cette filière ouvrira la voie sur la diversité des pratiques de prévention et de santé publique et les internes des autres spécialités, notamment les généralistes et les pédiatres, pourront avoir accès aux différentes formations spécifiques qu'elle proposera. La santé publique sera cependant enseignée à tous les étudiants dès le début des études médicales.

Un troisième acquis du projet de loi réside dans l'exigence de qualité marquant la formation des internes des autres disciplines. La réforme en termine en effet avec la dualité existant entre l'hôpital et la formation des spécialistes par l'Université ; elle prévoit l'utilisation du potentiel formateur de plusieurs régions et le brassage des internes quelles que soient leurs spécialités, sur l'ensemble des plateaux hospitaliers.

L'internat pour tous n'est pas un nivellement par le bas, mais sera au contraire le moyen de donner à tous les éléments de science et les pratiques de haut niveau qui s'avèrent nécessaires.

En ce qui concerne la psychiatrie, elle est reconnue dans la loi comme une option à part entière de la filière des spécialités. Si la

spécificité de la discipline demeure, elle ne doit pas signifier en effet son isolement. C'est donc dans le cadre de l'internat sous la responsabilité de l'Université que les internes en psychiatrie effectueront leur troisième cycle. Les hôpitaux spécialisés, les hôpitaux généraux, les structures extra-hospitalières seront pour eux des lieux de responsabilité et de formation même si, comme les autres médecins, ils doivent effectuer dans le cadre d'un C.H.U. un à deux semestres.

M. Jack Ralite a ensuite précisé que c'est en rapport direct avec les besoins de la population que le projet de loi intégrait la formation des médecins dans l'ensemble de la politique de santé par le biais de diverses commissions, régionales, interrégionales et nationale.

Les commissions régionales devront effectuer le recensement des besoins en praticiens des différentes spécialités et donneront leur avis sur la qualité des structures de formation des médecins. Cette double mission exige la participation paritaire de représentants, d'une part de l'Administration et de la population, d'autre part du corps médical dans ses diverses composantes.

Les commissions interrégionales pédagogiques, étudieront les conclusions des commissions régionales, établiront la liste des services qu'elles estiment formateurs et la régulation des flux d'internes. Elles seront composées d'un noyau de permanents auquel s'ajoutera un noyau différent suivant la spécialité concernée. Elles transmettront leur avis à la commission nationale, comptable sur le plan national des flux et dont les travaux serviront de base à la décision finale des ministres concernés.

M. Jack Ralite a, d'autre part, exposé que le projet de loi concernait aussi les pharmaciens. La politique de santé implique la revalorisation de leur formation ; tel est le sens de la filière qui lui est consacrée, ouverte par un examen validant et classant à la fin du deuxième cycle. Mais les exigences du savoir doivent élargir la base de l'internat actuel en pharmacie. Un concours interrégional ouvrira la voie aux spécialistes de haut niveau qu'exigent l'industrie pharmaceutique, la recherche et l'hôpital.

A l'issue de cet exposé, M. Léon Eeckhoutte a tout d'abord résumé les grandes lignes de la nouvelle formation projetée pour les futurs médecins. Il s'est ensuite étonné de ce qu'un texte qui se propose de revaloriser la médecine générale n'aboutisse, en fait, au contraire, dans la mesure où demeure, à côté de l'examen validant et classant, un concours pour l'accès à la médecine spécialisée. Il s'ensuit que les généralistes resteront entachés d'un « péché originel » et demeureront les « collés » du concours d'internat de spécialiste. Il a déclaré en conséquence ne pouvoir l'accepter. M. Louis Boyer a observé, pour sa part, qu'il était et resterait toujours possible de choisir dès le début de sa carrière la médecine générale sans songer à passer le concours ouvrant l'accès aux spécialités. Il a par contre manifesté son inquiétude quant à l'importance des matières laissées

au pouvoir réglementaire et quant aux difficultés que peut susciter la fixation annuelle par les ministres des nombres de postes d'internes proposés.

Mme Cécile Goldet a appuyé les remarques formulées par M. Léon Eeckhoutte. Elle a souligné que s'instaurera une distinction inquiétante entre les étudiants qui n'auront passé que l'examen classant et ceux qui auront réussi au concours interrégional. Elle a rappelé que l'actuelle préparation à l'internat, parallèle à l'Université, était très coûteuse et réservait l'accès de l'internat aux plus favorisés. Imaginer que cette préparation privée va disparaître du seul fait que les programmes et épreuves de l'examen et du concours seront identiques est illusoire. A la sélection par l'échec continuera donc de s'ajouter la sélection par l'argent, ce qui n'est pas acceptable. Le seul aspect positif du projet est l'amélioration de la formation du généraliste, mais l'existence du classement comme condition de choix des postes va faire que les mieux placés choisiront les services les plus formateurs, ce qui ne fera qu'accroître les inégalités au sein même des généralistes.

Mme Cécile Goldet a ensuite insisté sur le fait qu'il était paradoxal de discuter d'une réforme du troisième cycle sans aborder les deux premiers. Or, ce qui demeure absurde, c'est que la sélection en P.C.E.M. s'opère sur des matières qui ne seront jamais utilisées par la suite. Sont ainsi rejetés ceux-là même qui auraient fait de bons médecins.

Pour finir, Mme Cécile Goldet a insisté sur le regret de voir maintenue la dualité examen-concours, qui empêche une réelle égalité entre praticiens.

Mme Danièle Bidard, quant à elle, a interrogé le Ministre sur l'apport réel de la réforme par rapport à celle de 1979 et notamment sur la différence entre résidanat et internat de médecine générale. Elle s'est inquiétée également du fait que le choix des postes à partir du classement pouvait aboutir à ce qu'un étudiant s'oriente dans une spécialité pour laquelle il n'a aucune motivation. Enfin, elle a souhaité savoir de quels moyens disposait le Ministère pour assurer l'encadrement nécessaire à la formation des généralistes.

En réponse aux intervenants, M. Jack Ralite a exposé que la loi de 1979, si elle assurait l'unicité de formation des spécialistes, avait laissé irrésolu, avec le résidanat, le problème de la revalorisation de la médecine générale. D'où la décision de procéder à une réflexion et de se donner du temps pour aller plus avant par une approche progressive. Certes, il était possible d'aller plus loin ; beaucoup d'idées en ce sens ont été émises par les deux groupes de travail réunis sur ce thème. Mais l'avancée que constitue le projet ne mérite pas les inquiétudes exprimées.

Il n'est pas possible d'estimer que la médecine générale ne sera pas réévaluée par ce projet, ne serait-ce que par la création de l'internat qualifiant de généraliste.

L'examen validant et classant de la fin du second cycle est un préalable indispensable à l'exercice des fonctions hospitalières. La durée de l'internat est portée à trois ans et les terrains de stage seront ouverts et formateurs.

Le projet de loi apporte beaucoup par rapport à la loi de 1979 ; outre cet internat qualifiant de généraliste, il permet l'ouverture de la filière de santé publique et met en place des structures permettant d'évaluer les besoins et les services formateurs.

En ce qui concerne les moyens, la politique menée depuis le 10 mai dans le domaine hospitalier, et que doit prolonger la réforme hospitalière, indique à quel point le Gouvernement est soucieux d'accroître les moyens quantitatifs et qualitatifs du système hospitalier.

Sans faire tout le chemin, ce projet constitue donc un pas très important.

M. Jean Sauvage a ensuite interrogé le Ministre sur la rémunération des internes, et M. Michel Moreigne sur les possibilités de passerelles d'une filière à l'autre. M. Adrien Gouteyron, pour sa part, a souligné que la dualité de l'examen et du concours posait effectivement un problème. Il a souhaité que lui soit, dans ces conditions, précisée la portée de l'examen validant et classant. Si dans un système ne prévoyant qu'un seul examen, le classement a un sens dans la mesure où il permet l'accès aux filières spécialisées, il le perd si coexistent examen et concours et n'aboutit qu'à une hiérarchie au sein des généralistes.

M. Adrien Gouteyron a également interrogé le Ministre sur la nouvelle filière de santé publique. Il a souhaité connaître sa raison d'être et savoir si elle ne risquait pas de laisser croire que les médecins qui ne l'avaient pas suivie étaient dispensés de faire de la prévention, alors même que l'artisan essentiel de la prévention, c'est le généraliste.

Le Rapporteur a ensuite abordé le problème des passerelles et notamment la possibilité pour un généraliste de devenir spécialiste. Il s'est enquis des modalités qui seraient prévues pour ce faire. M. Adrien Gouteyron a regretté en outre de ne pas être informé des modifications apportées aux deux premiers cycles et émis le vœu de recevoir les communications des projets de décrets actuellement envisagés. Il a enfin demandé ce qu'il en serait de la compétence de l'ordre national des médecins en ce qui concerne la reconnaissance des spécialistes.

M. Jack Ralite a préféré sur la question des premiers cycles laisser la primeur des informations au ministre de l'Education nationale. En ce qui concerne l'examen validant et classant, il a insisté sur sa nécessité, du fait que les internes auront tous des responsabilités hospitalières. Il importe de vérifier dans l'intérêt des malades, leurs aptitudes diagnostiques et thérapeutiques. En ce sens, l'examen devrait remplacer les examens cliniques actuels.

Le classement résulte ainsi d'une nécessité. Il valorise le savoir et apparaît, en l'état actuel, comme la démarche la plus démocratique, la plus constructive et la plus valorisante.

En ce qui concerne la filière de santé publique, le Ministre a insisté sur la nécessité d'intégrer, dans la formation des médecins, une formation sociale, et d'améliorer leur aptitude à rassembler des acquis médicaux et sociaux. La vraie raison de l'inquiétude actuelle du corps médical réside précisément dans cette irruption de besoins sociaux qui doivent être pris en compte et pour lesquels ils sont mal préparés. La formation de base des médecins en la matière et celle des médecins de santé publique actuels est insuffisante. Mais globalement, c'est le temps de prévention du médecin généraliste qui demeure l'objectif. Il n'y a pas là de contradiction ni d'ouverture vers une fonctionnarisation de la médecine. Il s'agit essentiellement d'améliorer la formation de santé publique tout en prévoyant que tous les étudiants recevront cette formation, quelle que soit la filière choisie.

Pour ce qui est des passerelles, elles sont indispensables pour éviter les cloisonnements. Le projet prévoit des mesures en la matière. L'accès des généralistes aux filières spécialisées se fera sur concours spécial dans la limite d'un quota. Ils auront la possibilité d'acquérir des connaissances tout en continuant leurs activités professionnelles.

Sera prévue également, au bout d'un an, la possibilité pour les internes de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche, de changer de filière et de discipline, de même que la possibilité, pour les médecins étrangers hors contingent, d'accéder à notre troisième cycle.

Sur ce point, sont intervenus MM. Louis Boyer et Jacques Habert. A M. René Touzet qui l'interrogeait sur la raison qui avait conduit à maintenir un concours spécifique pour l'accès aux filières spécialisées, alors que le classement de l'examen validant aurait permis d'opérer une sélection, M. Jack Ralite a réaffirmé qu'il s'agissait là d'une éventualité qui n'avait pas été retenue.

Enfin, il a précisé que l'ordre des médecins n'aura aucun rôle à jouer dans l'application de la loi et que la rémunération des internes serait prévu dans les budgets des établissements. Son montant fait également l'objet d'arbitrages interministériels.

Globalement, a indiqué le Ministre, le coût total de la réforme serait de 0,25 % du budget des hôpitaux.

**b) Audition de M. Alain Savary,
ministre de l'Éducation nationale.**

C'est le jeudi 14 octobre 1982 et sous la présidence de M. Robert Schwint, président, puis de M. Michel Miroudot, vice-président, que la commission spéciale a entendu M. Alain Savary, ministre de l'Éducation nationale. Le Ministre a commencé sa présentation de la réforme du troisième cycle des études médicales et pharmaceutiques par le rappel des points qui constituent à ses yeux les défauts de l'actuel système d'enseignement de la médecine :

— la formation théorique est privilégiée au détriment de la formation pratique qui suppose l'exercice de responsabilités médicales,

— l'accumulation des connaissances prime sur le développement du raisonnement scientifique et critique,

— la dimension collective des problèmes de santé n'est pas prise en compte,

— la spécificité de la formation de médecin généraliste n'est pas reconnue à sa juste valeur,

— les deux voies d'accès aux spécialités médicales (certificats d'études spéciales et internats hospitaliers) doivent être complètement refondues afin de respecter la double exigence d'une formation théorique et pratique indispensable à la reconnaissance réciproque de diplômes dans le cadre de la Communauté européenne,

— l'excessif cloisonnement entre les étudiants des différentes filières, entre les diverses catégories d'hôpitaux, entre les médecins et les autres professions de santé,

— l'absence de « planification des objectifs numériques de formation ».

L'enseignement de la pharmacie souffre, quant à lui, de l'absence d'organisation d'un réel troisième cycle. Le caractère trop limité des enseignements, la rareté des stages dans les hôpitaux, le cloisonnement excessif justifient une réforme.

Le Gouvernement a estimé que la réforme du troisième cycle des études médicales et pharmaceutiques prévue par la loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 ne répondait que partiellement et souvent de manière peu satisfaisante aux problèmes posés.

M. Alain Savary a affirmé que la loi de 1979 :

— ne préparait pas correctement à l'entrée dans la profession médicale par la mise en place du résidanat,

— ne corrigeait en rien les cloisonnements excessifs entre les étudiants, entre les hôpitaux et entre les professions de santé,

— ne prenait que trop peu en compte la formation des médecins dans le domaine de la santé publique,

— ignorait la recherche,

— prévoyait des « passerelles » irréalistes d'une formation à une autre ou d'un exercice à un autre,

— refusait de considérer de façon globale le troisième cycle des études de pharmacie.

Le Ministre a ensuite rappelé que l'actuel projet ne concernait que le troisième cycle puisque les modifications envisagées pour les deux premiers cycles seraient prises par voie réglementaire. Toutefois, il a tenu à indiquer à la commission les principaux objectifs qui seraient poursuivis :

— limiter la prime accordée aux bacheliers de la série C par la sélection en première année,

— mieux adapter l'enseignement scientifique et biologique à la médecine,

— assurer un contact précoce avec l'hôpital,

— aménager des enseignements optionnels,

— amener l'étudiant à concevoir la médecine dans sa globalité au lieu d'en oublier un pan après chaque examen.

La réforme du troisième cycle prévue dans l'actuel projet a pour ambition de donner à tous les étudiants l'accès à ce cycle en qualité d'internes, avec un statut et une rémunération identiques. Ils y recevront une formation à la fois théorique et pratique, dispensée à temps plein sous le contrôle de l'université.

Quatre filières seront mises en place : médecine générale, médecines spécialisées, santé publique et recherche.

— Les médecins généralistes praticiens seront étroitement associés à l'enseignement dans la filière de médecine générale, sans pour autant s'engager dans une carrière universitaire. Cette filière aura pour cadre la région sanitaire et aura une durée de deux à trois ans.

— La filière de médecine spécialisée comportera quatre options : spécialités médicales, spécialités chirurgicales, psychiatrie et biologie médicale. La durée des stages dans la discipline elle-même sera limitée à quatre semestres, voire à six semestres en psychiatrie. Dans la filière de biologie médicale, la formation sera commune aux médecins et aux pharmaciens.

— La filière de santé publique prendra en compte la dimension collective des problèmes de santé en formant un nombre limité de médecins destinés, notamment, à la protection maternelle et infantile, à la médecine scolaire, à la médecine du travail, à l'action sanitaire et sociale...

— La filière recherche formera un nombre limité d'étudiants à la recherche orientée vers le domaine biomédical.

Ces trois dernières filières seront organisées dans un cadre interrégional réunissant au moins trois centres hospitaliers et universitaires (C.H.U.) et auront une durée de quatre à cinq années.

L'accès au troisième cycle se fera selon deux modalités :

1. Un examen validant et classant de fin de deuxième cycle dans le cadre de la région sanitaire. Le classement permettra aux étudiants reçus de choisir des stages de l'internat de médecine générale à l'intérieur de ladite région.

2. Les étudiants reçus pourront aussi passer un concours d'accès aux filières de spécialistes, de santé publique et de recherche dans un cadre interrégional.

Ce système devrait permettre une régulation des flux de formation afin d'adapter le nombre des médecins de chaque filière aux besoins de la population et aux orientations de la politique de santé. Des commissions régionales, interrégionales et nationale faciliteront cette régulation.

Le Ministre a insisté sur le fait que ces filières ne seront pas cloisonnées. Des « passerelles » permettront d'aller de l'une à l'autre soit en cours d'études, soit après quelques années de pratique professionnelle grâce à la formation continue.

De même, dans chacune des filières, les étudiants devront passer d'une discipline à une autre, d'un hôpital à un autre au cours de leur internat.

Un débat très large s'est ensuite engagé au cours duquel M. René Billères a replacé cette réforme dans un plus vaste ensemble. Il a demandé :

— quelles seraient les répercussions sur les deux premiers cycles de la régulation des flux d'étudiants ?

— quelles pourraient être les conséquences sur les carrières universitaires ?

— quels moyens matériels nouveaux devraient être mis en œuvre ?

— quel avenir s'ouvrirait aux étudiants collés à l'examen validant et classant de fin de deuxième cycle ?

— quelles possibilités de formation continue seraient offertes aux médecins actuellement en exercice ?

— à quelle date la durée de l'internat de médecine générale serait portée à trois ans ?

Le Ministre a indiqué dans sa réponse que :

— le *numerus clausus* sera maintenu, mais que le principe d'une présélection à l'entrée de la première année avait été écarté ;

— les étudiants collés pourraient faire fonction d'internes ; des passerelles conduiraient à d'autres professions de santé ;

— la durée de l'internat de médecine générale serait portée à trois ans dès que les ressources budgétaires le permettraient. A cette occasion, il a affirmé que l'exposé des motifs engageait le Gouvernement.

Au surplus, le Ministre a exprimé qu'avait d'abord été envisagé un examen classant national donnant accès aux quatre filières, mais l'organisation d'une telle épreuve aurait créé de nombreuses difficultés pratiques.

Le Président Léon Eeckhoutte a manifesté son peu d'enthousiasme pour le projet. Il a souligné que la revalorisation du généraliste passait par celle de ses honoraires et, qu'à ce titre, le ministre de la Solidarité nationale aurait dû être cosignataire du texte présenté.

A l'aide d'un croquis, il a démontré que la réforme aboutirait à une hiérarchisation entre les médecins au détriment des généralistes.

Il s'est aussi demandé pourquoi un examen classant et un concours coexistaient dans le schéma proposé.

M. Michel Miroudot s'est interrogé sur la possibilité de former effectivement de grands groupes d'internes dans chaque service puisque la réforme prévoit d'octoyer à chacun de larges responsabilités. Il a demandé combien d'interrégions seraient créées et si des facilités d'hébergement seraient accordées aux internes dans leur région d'accueil.

M. Louis Boyer s'est soucié de savoir :

— à quel stade des études aurait lieu le premier contact avec l'hôpital ;

— la nature des options des spécialités ;

— si l'enseignement de l'économie de la médecine était envisagé ;

— si les spécialistes auraient la possibilité de suivre des cours de médecine générale ;

— si la mobilité des étudiants ne risquerait pas de nuire à leur formation ;

— si la fixation annuelle du nombre de places n'empêcherait pas les étudiants d'organiser de manière cohérente leurs études.

M. René Touzet a fait observer que la régulation des flux par région perdait de son intérêt dans la mesure où la liberté d'établissement subsistait.

Répondant aux intervenants, M. Alain Savary a exprimé sa préférence pour le concours, plus impartial que toute autre forme de sélection, et s'est déclaré optimiste quant à l'organisation des stages et les effets de la mobilité sur la qualité de l'enseignement.

Il a insisté sur le fait que les médecins devraient s'adapter aux besoins même si toutes les vocations ne sont pas satisfaites.

Enfin, il a reconnu que la critique formulée par M. René Touzet était pertinente.

M. Adrien Gouteyron, rapporteur, a interrogé le Ministre sur :

- le sort des collés à l'examen de fin du deuxième cycle ;
- les passerelles permettant la réorientation ;
- le découpage des interrégions ;
- les études vétérinaires ;
- les médecins militaires.

Il a ensuite demandé que les décrets envisagés pour les deux premiers cycles soient communiqués à la Commission.

Le Ministre a répondu que :

- les collés pourraient redoubler leur année ;
- la réorientation supposerait de repasser le concours ;
- le découpage des interrégions résulterait d'accords entre les universités concernées, le Ministère n'intervenant qu'en cas de problèmes ;
- la formation des médecins militaires devrait être identique à celle des médecins civils ; les hôpitaux militaires constitueraient des lieux de stages et de formation, au même titre que les hôpitaux civils et les médecins militaires pourraient aller en stage dans des structures civiles.

M. Maurice Lombard a demandé au Ministre si les médecins issus des filières santé publique et recherche pourraient s'établir et prescrire des ordonnances.

M. Alain Savary a souligné que l'omnivalence du titre de docteur en médecine n'était pas remise en cause. Les médecins des

filières considérées ne pourraient s'établir qu'après avoir suivi une formation complémentaire même s'ils ont toujours le pouvoir de délivrer une ordonnance.

c) Conseil national de l'ordre des Médecins.

C'est le *jeudi 14 octobre 1982*, et sous la *présidence de M. Robert Schwint, président*, que la Commission a également procédé à l'audition de M. Villey, président du Conseil national de l'ordre des Médecins et de M. Authain, secrétaire général.

Après avoir souligné que la réforme des études médicales est une entreprise difficile, bien que souhaitée par beaucoup, M. le Président Villey a regretté que le projet de loi ne traite pas des premier et deuxième cycles. Or, pour lui, il est fondamental de sélectionner les étudiants sur une base plus conforme aux exigences humaines du métier de médecin et de leur enseigner dès le départ la rigueur intellectuelle nécessaire.

En ce sens, il a souhaité que puisse être révisée l'organisation du deuxième cycle au cours duquel l'enseignement de la sémiologie et la prise de contact avec l'hôpital devraient intervenir plus précocement.

Pour lui, la généralisation de l'externat a marqué un progrès certain, mais sa capacité à former de bons praticiens est restée subordonnée à la participation des étudiants et à leur réelle prise en charge par le chef de service.

S'agissant de l'examen classant et validant, il a considéré qu'il constituait une des solutions permettant de s'assurer, en fin de deuxième cycle, de l'acquisition réelle des connaissances, jusqu'à maintenant sanctionnée par l'obtention, fractionnée, des certificats.

Mais il s'est interrogé sur le sort réservé à ceux qui y échoueraient, et sur le niveau de l'examen, qui sera difficilement maintenu, sauf à organiser une solide préparation s'appuyant sur un contrôle continu.

M. le Président Villey a regretté que, contrairement à ce qui existe à l'entrée de la fonction publique, ne soit pas organisé un examen de santé mentale obligatoire, pourtant parfois justifié par les futures responsabilités des étudiants.

Abordant la question de l'internat, après avoir évoqué l'école de responsabilité et d'effort qu'il a représenté dans le passé, il a estimé illusoire la conservation de la terminologie d'interne. En effet, alors que ceux se destinant à une spécialité devront passer un concours et seront formés dans les C.H.U., des autres, il ne sera exigé aucune preuve supplémentaire, mais tous bénéficieront du titre.

Dans la mesure où, l'exercice des responsabilités ne sera plus le fruit d'une ambition professionnelle et de l'émulation, la formule de l'internat pour tous n'est, à son sens, qu'une utopie.

Il s'est ensuite inquiété que, dans le projet de loi, ne figure plus la thèse qui constituait pour bon nombre d'étudiants l'unique occasion d'approfondir une question.

Enfin, M. Villey a émis des doutes sur la qualité de l'enseignement théorique qui sera dispensé aux futurs généralistes, dispersés dans les établissements hospitaliers afin d'y recevoir une formation pratique.

Répondant aux questions de MM. Louis Boyer et Pierre Louvot, il a précisé les modalités pratiques permettant la mise en œuvre du contrôle médical des futurs médecins.

Interrogé par MM. Adrien Gouteyron, rapporteur, Bernard Lemarié, Henri Belcour et Michel Moreigne, il a indiqué que le projet de loi introduit un risque quant à l'unicité du diplôme de docteur en médecine et au rôle des commissions régionales, techniques et pédagogiques interrégionales, il crée deux catégories d'internes et n'atteindra vraisemblablement pas l'objectif de revalorisation de la fonction de généraliste que visent les auteurs.

Pour lui la solution consiste à opérer une présélection fondée sur les qualités humaines tout autant que scientifiques et sur un renforcement de l'enseignement des premiers cycles ; une modification du nombre d'années d'internat ne peut avoir que peu d'influence.

d) Conférence des doyens des facultés de médecine.

La Commission a ensuite entendu MM. Gouazé, doyen de la faculté de médecine de Tours, président de la conférence des doyens de facultés de médecine, Houdart, doyen de la faculté Lariboisière, Malvy, doyen de la faculté de Nantes, et Depailleray, doyen de la faculté Bichat.

M. Gouazé a d'abord présenté les deux grandes innovations du projet de loi : d'une part l'organisation d'une médecine de spécialités qui change peu par rapport aux dispositions proposées en 1979, mais vise principalement à harmoniser l'enseignement de la médecine en France avec les directives de Bruxelles ; d'autre part la revalorisation de la médecine générale. Cet aspect de la réforme apparaît très positif dans la mesure où elle donne des responsabilités à tous les futurs médecins.

Il a insisté sur l'évolution pédagogique positive, mais mal connue, qui s'est opérée ces dix dernières années dans l'enseignement du second cycle des études médicales et a constaté que le

projet de loi allait dans le même sens, notamment par l'instauration d'un internat pour les généralistes et d'un examen validant et classant permettant de garantir le niveau des étudiants.

M. Malvy a souligné l'aspect récapitulatif des connaissances que revêtira cet examen, l'instauration d'un concours portant sur un même programme pour l'accès aux filières d'internat — spécialité, santé publique et recherche médicale — améliorant également le niveau général de formation des étudiants.

M. Gouazé a mis l'accent sur un autre aspect positif du projet de loi : la participation du médecin généraliste à l'enseignement du troisième cycle. Répondant au Rapporteur et à M. Louis Boyer, il a exposé comment il concevait cette participation. Le généraliste devrait contribuer à la définition des objectifs des enseignements des deuxième et troisième cycles ainsi qu'à l'enseignement lui-même en complétant l'étude des grandes disciplines par des données, des cas pratiques liés à l'exercice de la médecine de famille. Enfin, les généralistes devraient participer à la formation pratique par l'intermédiaire des stages chez le praticien. Sur ce dernier point, le président de la conférence des doyens de facultés de médecine a fait part des expériences qui se sont multipliées depuis quelques années. Il s'est enfin interrogé sur le sens qu'il fallait donner à la phrase : « une filière universitaire de médecine générale est par ailleurs prévue » introduite par un amendement de l'Assemblée nationale à l'article 52 de la loi du 12 novembre 1968.

En réponse à une question de M. Louis Boyer, M. Gouazé a insisté sur l'intérêt que présente pour l'étudiant un contact précoce avec le malade. Il a indiqué qu'un tel contact se faisait dès la seconde année du premier cycle des études médicales (P.C.E.M. 2) et même au cours de la première année lors de l'enseignement de séméiologie pratique. Cela devrait permettre à l'étudiant un meilleur exercice des responsabilités qui lui seraient confiées au cours du troisième cycle prévu par le projet.

MM. Adrien Gouteyron et Louis Boyer se sont alors inquiétés de la capacité d'accueil des hôpitaux insuffisante, selon certains, pour donner des responsabilités aux internes des quatre filières.

MM. Malvy et Houdart ont indiqué que non seulement cette capacité d'accueil existe, mais encore que la réforme permettra de combler des besoins : en effet, certains hôpitaux, pour des raisons financières, ne disposent pas d'un nombre de stagiaires internés suffisant. L'aspect formateur de l'internat tel que le prévoit le projet de loi ne fait, à leurs yeux, aucun doute.

En réponse aux questions du Rapporteur et de M. Louis Boyer, M. Gouazé a exprimé quelques réserves sur certaines dispositions du projet de loi : il a ainsi regretté que l'examen validant et classant soit prévu au niveau des régions sanitaires et non des facultés car son organisation en aurait été simplifiée. A propos des interrégions, M. Gouazé a estimé qu'une bonne formation de spécialiste nécessi-

tait effectivement de passer dans plusieurs centres hospitaliers universitaires. Il aurait cependant souhaité plus de souplesse dans la définition des interrégions pour tenir compte de la diversité des C.H.U.

A la question de savoir si le projet de loi, dont l'un des objectifs était de revaloriser le médecin généraliste, n'aboutissait pas au résultat inverse, MM. Louis Boyer et Adrien Gouteyron ont craint que les recalés au concours des trois filières ne reviennent à la filière de médecine générale, comme à une voie de repli. Celle-ci serait de ce fait dévaluée. Ils ont en outre évoqué le problème des passerelles entre les diverses filières.

Pour MM. Gouazé et Depailleray, l'examen comme le concours engendreront des frustrations, mais celles-ci sont inéluctables dès lors qu'il est nécessaire de réguler les flux d'étudiants dans les diverses filières. L'examen validant et classant national, qui aurait permis d'éliminer le concours, a été un moment envisagé par le Gouvernement, mais il se serait heurté à de nombreux problèmes d'organisation, notamment parce qu'on ne maîtrise pas encore le logiciel informatique nécessaire à l'organisation et à la correction d'un examen unique national. La sélection à « double détente » dans le cadre des régions sanitaires et des interrégions leur paraît préférable.

M. Houdart a, en outre, souligné qu'un examen national obligerait les étudiants à une mobilité permanente que, bien souvent, leur situation familiale ne leur permettait pas de réaliser.

Aux inquiétudes de MM. Adrien Gouteyron, Louis Boyer, Pierre Louvot et René Touzet sur la valeur d'un examen où, selon le Ministre, il n'y aurait pas de « collés », les doyens ont affirmé que le véritable intérêt de cet examen était d'obliger les étudiants à une révision générale des matières étudiées. En outre, cet examen modifiera le comportement des enseignants et obligera peut-être à une redéfinition des programmes.

En réponse aux questions de MM. Bernard Lemarié, Adrien Gouteyron et Pierre Louvot, MM. Grangé, Houdart et Malvy se sont prononcés pour l'unicité du diplôme de docteur en médecine, ce qui facilitera les reconversions, et pour le maintien de la thèse, occasion unique pour le futur médecin d'étudier à fond une question. Ils ont, en outre, tenu à rectifier l'idée que l'on se faisait généralement du programme de P.C.E.M. 1 qui, depuis plusieurs années, n'est plus constitué en majorité de sciences exactes, constatant cependant que les bacheliers de la série C réussissaient mieux que les autres dans les nouvelles disciplines davantage orientées vers la médecine. Ils ont néanmoins tenu à dire que les critères de sélection des étudiants constituaient un véritable problème, difficile à résoudre, au même titre que la réorientation des étudiants qui se révèlent psychopathes en cours d'études.

II. — EXAMEN DU RAPPORT

C'est le **jeudi 21 octobre 1982** et sous la *présidence de M. Robert Schwint, président*, que la commission spéciale a procédé à l'examen du rapport de M. Adrien Gouteyron sur le projet de loi n° 532 (1981-1982) relatif aux études médicales et pharmaceutiques, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence.

Le Rapporteur a énoncé qu'après un examen attentif du projet et après avoir auditionné de nombreuses personnalités, il avait adopté un certain nombre d'orientations qu'il souhaitait proposer au nom de la commission spéciale.

Il a tout d'abord exposé que pour l'essentiel le texte se bornait à reprendre les grandes lignes de la loi du 6 juillet 1979, qui avait fait l'objet de réflexions, de concertations et de délibérations très approfondies et dont l'application s'est trouvée suspendue par le nouveau Gouvernement.

Le Rapporteur a rappelé que cette loi s'orientait autour de trois axes fondamentaux, qui se retrouvent dans le projet présenté par le Gouvernement :

— la volonté d'*adapter le nombre* des médecins aux besoins de la population, par ce que l'on a appelé la « régulation des flux » non seulement quantitativement à l'issue de la première année de formation, mais aussi en fin de deuxième cycle, s'agissant de la répartition entre généralistes et spécialistes ;

— le souci aussi de *revaloriser la formation du médecin généraliste par la création d'un troisième cycle spécifique* — le résidanat — mettant l'étudiant en situation de responsabilités médicales réelles, tout en lui assurant un enseignement théorique sous la responsabilité de l'Université ;

— la nécessité enfin, pour tenir compte d'une directive européenne de 1975, d'améliorer la formation des spécialistes par l'instauration d'un internat unique et qualifiant, qui supprimerait la filière universitaire des certificats d'études spéciales et fusionnerait les divers types d'internat.

Dans ce nouveau troisième cycle, résidents et internes jouissaient d'un statut égal pour tous et exerçaient les uns et les autres des fonctions hospitalières rémunérées, en même temps qu'ils bénéficiaient d'un enseignement théorique solide.

Le Sénat ne peut que se réjouir de voir ainsi figurer dans le texte qui lui est transmis par l'Assemblée des dispositions semblables à celles qu'il avait votées. C'est la raison pour laquelle il ne paraît pas convenable aux yeux du Rapporteur de voir figurer en tête du projet une disposition qui paraît *abroger purement et simplement* les articles 45 *bis*, 45 *ter* et 45 *quater* de l'ancienne loi, alors que le reste du texte se borne à apporter de simples modifications, dont certaines d'ailleurs sont inacceptables. Le Rapporteur proposera donc la suppression de cet article premier, inutilement « provocateur ».

M. Adrien Gouteyron a ensuite exposé qu'un problème cristallisait actuellement les « passions » : dans le projet du Gouvernement, les futurs généralistes comme les futurs spécialistes prennent la dénomination d'« internes », bien que l'accès aux divers troisièmes cycles demeure d'une nature distincte et que la durée de ces cycles diffère.

Aux yeux du Rapporteur, cette dénomination n'a qu'un caractère accessoire, mais il faut évidemment tenir compte d'un arrière-plan historique, de certains états d'esprit et de droits acquis. Pour l'opinion, une dénomination commune peut contribuer à la revalorisation du généraliste. Mais certains voient là une hypocrisie puisque rien n'est changé au fond et que les réalités demeureront différentes.

Il apparaît d'ailleurs paradoxal de ne penser à la revalorisation du médecin omnipraticien que par référence aux spécialistes. Avant d'aller plus loin dans l'examen de son rapport, M. Adrien Gouteyron a souhaité que la commission soit consultée sur ce premier point qui se résume donc, à savoir si les futurs généralistes et les futurs spécialistes s'appelleront indifféremment des « internes ».

M. René Billères, pour sa part, a estimé que le débat ne devait pas se situer sur ce point, trop secondaire, et qu'il ne pouvait donner son accord à une telle présentation du texte qui ne tient pas compte des innovations apportées par le Gouvernement qui sont très importantes. Ce que semble proposer le rapport, à travers ses divers amendements, c'est, selon M. René Billères, un retour à la loi de 1979. En témoigne la suppression qu'il demande des deux filières de la santé publique et de recherche médicale, qui constituent pourtant un élément fondamental. Le texte du Gouvernement témoigne aussi d'un souci de démocratisation ainsi que d'une volonté d'unification de l'ensemble des études médicales, qui ne peut se confondre avec un retour plus ou moins amendé à la loi antérieure.

M. Robert Schwint a précisé que c'est afin de « déblayer le terrain » et avant d'amorcer le véritable examen de fond du projet que le Rapporteur avait abordé le problème de l'appellation des étudiants.

M. Adrien Gouteyron a confirmé qu'il avait en effet préféré « vider » au préalable cette querelle de vocabulaire. Mme Cécile Goldet a exprimé qu'il y avait là un faux débat et que, derrière la terminologie, seule comptait la nature de la formation qui serait dispensée. M. Pierre Louvot a, quant à lui, remercié le Rapporteur de la présentation qu'il avait faite du projet. La loi de 1979 était une bonne loi alors que le projet du Gouvernement s'accompagne d'une liturgie nouvelle et de proclamations inquiétantes. A ses yeux il n'est pas possible de conserver une même dénomination pour des formations de contenu très différent.

Après cet échange de vues et par sept voix contre cinq, la Commission s'est ralliée à la proposition du Rapporteur en maintenant l'appellation d' « internat » pour la filière de médecine générale.

Après ce premier vote d'orientation, le Rapporteur a indiqué l'essentiel des propositions qu'il comptait faire à la Commission.

Il s'agit tout d'abord de la suppression des deux filières de santé publique et de recherche qui apparaissent comme des ghettos potentiels, étant entendu que le médecin qui souhaiterait devenir médecin du travail, par exemple, devrait recevoir une formation complémentaire. C'est encore plus vrai du chercheur. La recherche ne doit pas être le domaine réservé de quelques-uns, mais la fonction de tous les hospitalo-universitaires ; ceux qui souhaiteraient s'orienter vers des fonctions plus spécifiques devraient recevoir une formation en sus, mais ils devront d'abord être des médecins.

A ce point du débat, Mme Cécile Goldet a insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à développer en France le secteur de la médecine sociale, compte tenu du retard qu'elle a accumulé en ce domaine par rapport aux pays étrangers. M. Pierre-Christian Taittinger lui a répondu que la médecine française était l'une des meilleurs du monde et qu'il ne pouvait laisser passer l'idée selon laquelle elle serait en retard. M. Michel Moreigne a tenu également à rendre hommage à notre médecine mais a considéré que la filière de recherche ne devait pas être supprimée, car il y a tout intérêt à multiplier les vocations dans ce secteur. M. Louis Boyer a exprimé — exemple à l'appui — qu'à son avis la recherche devait passer par les hospitalo-universitaires et que l'on risquait désormais de les mettre en concurrence avec des jeunes médecins issus de la nouvelle filière, sans expérience et sans bonne formation de base. Mme Danielle Bidard a souhaité que la recherche soit une composante constante des études mais qu'il convient de garder l'esprit novateur du projet et par là de ne pas supprimer la nouvelle filière instaurée.

M. Adrien Gouteyron a précisé qu'il était très favorable au développement de la recherche mais que dans l'état du projet, compte tenu du fait que l'orientation des étudiants se ferait suivant leur rang de classement, pourraient se trouver affectés à des fonctions de santé publique et de recherche des candidats qui ne l'auraient pas souhaité et n'auraient aucune vocation particulière. Il est par contre

nécessaire que tous les étudiants reçoivent une formation minimale dans ces secteurs. Mais le Rapporteur se refuse à ce que, dès le début du troisième cycle, on les enferme dans des filières spécifiques.

M. Bernard Lemarié s'est déclaré, quant à lui, gêné qu'un généraliste risque de se trouver ainsi exclu de toute possibilité de recherche.

Sur proposition de son Rapporteur, la Commission a, pour finir, décidé par dix voix pour et quatre contre de supprimer les deux nouvelles filières.

M. Adrien Gouteyron a alors poursuivi l'examen de ses options essentielles. Il a proposé d'allonger à trois ans la durée de formation des généralistes. Le Gouvernement affiche cet objectif dans l'exposé des motifs du projet, mais ne le traduit pas dans son dispositif. Le Rapporteur a proposé pour sa part d'allonger dès maintenant cette formation, en prévoyant par contre des dispositions transitoires jusqu'en 1987. Une objection peut, certes, être faite, à l'encontre de l'allongement global qui en résultera pour l'ensemble des études médicales. Mais, précisément pour le Rapporteur, cette décision de porter à trois ans le troisième cycle de généraliste impose à l'évidence une refonte des cycles précédents.

Elle donne aussi satisfaction à ceux qui réclament que les futurs médecins aient une formation aussi pratique et aussi responsable que possible, puisqu'elle rééquilibre dans le cursus la part des enseignements théoriques et pratiques.

En ce qui concerne l'examen, le Rapporteur a rappelé que la commission spéciale avait proposé en 1979 un examen validant qui a disparu au cours des navettes, et qui n'existait plus dans le texte définitivement adopté.

Cet examen revient dans le présent projet non seulement validant, mais aussi classant ; or le classement risque de faire apparaître que, dans la plupart des cas, les mieux classés deviendront spécialistes et les moins bien classés généralistes. La répartition des postes formateurs devrait plus avantageusement être laissée à l'initiative des responsables d'U.E.R. Le Rapporteur propose donc que le classement soit supprimé. Il souhaite préciser aussi que les internes, à quelque filière qu'ils appartiennent, auront le même statut et la même rémunération.

Il suggère aussi d'élargir aux hôpitaux militaires et aux établissements privés les possibilités de stages hospitaliers, de même qu'à l'ensemble des organismes extra-hospitaliers.

Dans le même souci de souplesse, il propose d'atténuer certaines rigidités concernant le niveau de la régulation des flux et la sanction du troisième cycle.

Après cet exposé général, M. René Billères a manifesté son accord sur le principe de l'allongement à trois ans de la durée de formation du généraliste. Mais ceci ne suffira pas, selon lui, à mettre sur le même plan tous les internes. C'est la raison pour laquelle il reste partisan du « concours pour tous ». Sur les autres points, il a partagé la position du Rapporteur.

Mme Monique Midy a exprimé qu'elle était aussi très préoccupée par le problème du classement et qu'il convenait sans doute effectivement de laisser la répartition des postes à l'autonomie des facultés.

M. Georges Lombard a souligné que l'examen avait l'intérêt d'obliger les étudiants à un effort de récapitulation. S'il est simplement validant, et ne comporte pas d'échecs, il s'est interrogé sur sa valeur réelle. Il semble finalement n'être opportun qu'en raison du classement.

M. Pierre-Christian Taittinger a exprimé son accord de principe sur les positions du Rapporteur, et son souci de ne pas voir négliger, dans la réforme, les médecins militaires.

M. Adrien Gouteyron a répondu qu'il s'était penché sur cette question et que des décrets pourraient résoudre les problèmes qui se posent.

A la suite de cette discussion générale, la Commission a procédé à l'examen des amendements proposés par le Rapporteur aux divers articles du projet.

Outre des modifications rédactionnelles et des amendements de coordination en liaison avec la suppression des deux nouvelles filières, elle a adopté un amendement supprimant l'article premier et modifiant le premier alinéa de l'article 2.

Au texte proposé pour l'article 46 de la loi n° 68-978 du 12 novembre, elle a adopté un amendement portant à trois ans la durée de la filière de médecine générale et supprimant les deux filières de médecine spécialisée et de santé publique ; dans le texte proposé pour l'article 47 de la même loi, à la suite d'un échange de vues entre M. Louis Boyer, Mme Cécile Goldet et M. Pierre Louvot, elle a supprimé la notion de classement dans l'examen validant ; dans le texte proposé pour l'article 48 et relatif au concours, elle a supprimé toute possibilité de dérogation inscrite dans la loi pour force majeure ; dans le texte proposé pour l'article 50, elle a supprimé la mention d'« épreuves » à la fin du troisième cycle ; elle a supprimé au texte proposé pour l'article 52, pour en faire un article additionnel après l'article 53 *bis*, la disposition relative à l'association des praticiens à l'enseignement ; dans le texte prévu pour l'article 55 elle a préféré à la notion de « discipline » celle de « diplôme ou groupe de diplômés » ; dans le texte proposé pour l'article 55, après un débat entre Mme Danielle Bidard, MM. René Billères, Yves Le Cozannet

et M. Pierre Louvot, elle a prévu que les commissions régionales comprendaient au moins pour moitié des membres des professions de santé.

La Commission a enfin adopté deux articles additionnels après l'article 6, relatif l'un au maintien provisoire à deux ans jusqu'en 1987 de la durée de l'internat de médecine générale, l'autre à l'application de la loi aux D.O.M.-T.O.M. Elle a, pour finir, modifié l'article 7 du projet.

Par cinq voix pour, trois contre et une abstention, la Commission a adopté le projet ainsi amendé.

VI. — TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur modifiée par la loi n° 79-565 du 6 juillet 1979.</p> <p>.....</p>	<p>Article premier.</p>	<p>Article premier.</p>	<p>Article premier.</p>
<p><i>Art. 45 bis.</i> — Sous réserve des dispositions prévues par l'article 45 <i>ter</i> ci-après, seuls les étudiants nommés en qualité de résident en médecine des hôpitaux peuvent poursuivre leurs études dans le cycle de formation des généralistes et seuls les étudiants nommés en qualité d'interne en médecine des hôpitaux peuvent poursuivre leurs études en vue d'une des spécialités dont la liste est fixée par les ministres chargés de la Santé et des Universités.</p>	<p>Les articles 45 <i>bis</i>, 45 <i>ter</i> et 45 <i>quater</i> de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur sont abrogés. L'article 46 devient l'article 60.</p>	<p>Sans modification.</p>	<p><i>Supprimé.</i></p>
<p>Les résidents et les internes en médecine sont soumis à un statut. Leur formation s'effectue à temps plein. Ils exercent des fonctions hospitalières salariées, soit dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires, soit dans des établissements liés à ces centres par convention, soit dans les centres hospitaliers nationaux, et reçoivent un enseignement théorique dispensé sous le contrôle des unités d'enseignement et de recherche. Au cours du résidanat, dont la durée est de deux ans, les étudiants effectuent des stages extra-hospitaliers, notamment auprès de praticiens et d'organismes agréés de santé publique ou de recherche. Au cours de l'internat, les étudiants accomplissent une partie de leur formation en exerçant, durant au</p>			

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

moins un semestre, des fonctions hospitalières dans des établissements autres que les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires.

Après avis de commissions instituées dans chaque région d'internat, composées notamment de représentants des administrations, des unités d'enseignement et de recherche de médecine, des établissements hospitaliers, des médecins et, selon le cas, des résidents ou des catégories d'internes concernés, le ministre chargé de la Santé et le ministre des Universités fixent annuellement, compte tenu des besoins de la population et des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires et des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention :

a) Le nombre total des postes de résidents en médecine et leur répartition dans les services ;

b) Le nombre total des postes d'internes en médecine et leur répartition dans les services de chacune des spécialités énumérées dans la liste prévue ci-dessus, que ces services soient dirigés par un médecin ou par un pharmacien ;

c) Le nombre des internes en médecine pouvant être admis à poursuivre leurs études dans chacune de ces spécialités.

Ces nombres sont déterminés de manière à permettre à tous les étudiants ayant terminé avec succès le deuxième cycle des études médicales d'entreprendre un troisième cycle.

Le concours de l'internat est organisé dans chaque région d'internat. Il comporte des

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

épreuves d'admissibilité, écrites et anonymes, fondées sur l'enseignement reçu au cours du deuxième cycle, et des épreuves d'admission.

Des décrets en Conseil d'Etat fixent les conditions d'application du présent article.

Art. 45 ter. — Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'accès aux cycles de formation des généralistes et des spécialistes pour les médecins étrangers, les étudiants du troisième cycle changeant d'orientation, ainsi que les médecins ayant terminé leurs études et exerçant leur profession depuis cinq ans.

Pour ces derniers, les services déjà accomplis dans les fonctions de résident ou d'interne, ainsi que les compétences acquises, sont pris en partie, pour la durée et le déroulement de ces cycles de formation. Les médecins n'ayant pas exercé de fonctions d'interne peuvent poursuivre, dans le cadre d'un contingent spécial, après un concours sur épreuves spécifiques, leurs études en vue d'une des spécialités énumérées dans la liste prévue à l'article 45 bis ci-dessus. Des modalités particulières sont édictées afin de leur permettre de poursuivre leur activité professionnelle parallèlement à l'exercice de fonctions hospitalières rémunérées.

Art. 45 quater. — Les étudiants nommés en qualité d'interne en pharmacie des hôpitaux et affectés dans des centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires ou dans les établissements liés à ces centres par convention peuvent seuls poursuivre leurs

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

études dans l'une des formations spécialisées dont la liste est fixée par les ministres chargés de la Santé et des Universités.

Après avis de commissions instituées dans chaque région d'internat, composées notamment de représentants des administrations, des unités d'enseignement et de recherche de pharmacie, des établissements hospitaliers, des pharmaciens, et des catégories d'internes concernés, le ministre chargé de la Santé et le ministre des Universités fixent annuellement, compte tenu des besoins de la population et des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires et des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention :

a) Le nombre total des postes d'internes en pharmacie et leur répartition dans les services assurant une formation spécialisée ou non, que ces services soient dirigés par des pharmaciens ou par des médecins ;

b) Le nombre des internes en pharmacie pouvant être admis à poursuivre leurs études dans l'une des formations spécialisées dont la liste est prévue ci-dessus.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'accès à l'internat en pharmacie pour les étrangers et les pharmaciens ayant terminé leurs études.

Art. 46. — Les dispositions de la présente loi relatives à la recherche s'appliquent uniquement à la recherche non orientée effectuée dans les universités et dans les autres établissements d'ensei-

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>gnement supérieur en vue de maintenir l'enseignement au niveau le plus élevé des connaissances.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p><i>Il est ajouté à la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée les articles 46 à 59 ci-après :</i></p> <p>« Art. 46. — Le troisième cycle des études médicales comporte quatre filières d'internat ainsi dénommées :</p> <p>« a) la filière de médecine générale ;</p> <p>« b) la filière de médecine spécialisée ;</p> <p>« c) la filière de santé publique ;</p> <p>« d) la filière de recherche médicale.</p> <p>« Art. 47. — Le deuxième cycle des études médicales est sanctionné par un examen organisé dans le cadre de la région sanitaire par les U.E.R. médicales.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p>Il est ajouté...</p> <p>à 59 bis (nouveau) ci-après :</p> <p>« Art. 46. — Sans modification.</p> <p>« Art. 47. — Le deuxième cycle...</p> <p style="text-align: right;">... par les</p> <p>unités d'enseignement et de recherche médicales. Dans la région d'Ile-de-France, un examen commun est organisé au minimum pour trois unités d'enseignement et de recherche médicales.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p><i>Les articles 45 bis, 45 ter et 45 quater de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur sont remplacés par les dispositions suivantes :</i></p> <p>« Art. 46. — Le troisième cycle des études médicales, dont la durée ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans, comporte deux filières : la filière de médecine générale et la filière de médecine spécialisée.</p>
	<p>« Les étudiants reçus à cet examen :</p>	<p>« Alinéa sans modification ;</p>	<p>« Alinéa sans modification ;</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

« a) sont admis dans la filière de médecine générale ; ils choisissent, selon leur rang de classement, leur poste d'interne dans cette filière ;

« b) peuvent se présenter au concours d'accès à la filière de médecine spécialisée, à la filière de santé publique et à la filière de recherche médicale.

« Art. 48. — Les étudiants peuvent se présenter au concours prévu à l'article précédent au cours de l'année où ils ont été reçus à l'examen sanctionnant le deuxième cycle et au cours de l'année suivante. Ils peuvent faire acte de candidature dans trois des circonscriptions mentionnées à l'article 53 ci-après.

« Le programme du concours est le même que celui de l'examen.

« Les étudiants reçus à ce concours choisissent, selon leur rang de classement, la filière et éventuellement la ou les disciplines qu'ils désirent suivre.

« Art. 49. — La durée de l'internat peut être différente selon les filières et, à l'intérieur de celles-ci, selon les disciplines, sans pouvoir être inférieure à deux ans ni supérieure à cinq ans.

« a) alinéa sans modification ;

« b) alinéa sans modification.

« Art. 48. — Les étudiants

... au cours de l'année où ils ont pris leur première inscription en dernière année du deuxième cycle des études médicales et au cours de l'année suivante. Des dérogations pour accouchement, accomplissement du service national et en cas de force majeure empêchant la participation au déroulement des épreuves, sont prévues par décret.

« Alinéa sans modification.

« Alinéa sans modification.

« Art. 49. — Sans modification.

« a) sont admis dans la filière de médecine générale ;

« b) peuvent se présenter au concours d'accès à la filière de médecine spécialisée.

« Art. 48. — Les étudiants...

...prévu au b) de l'article...

...l'année suivante. Des dérogations, notamment pour accouchement et accomplissement du service national, sont prévues par décret.

« Les étudiants peuvent faire acte de candidature dans trois des circonscriptions mentionnées à l'article 53 ci-dessous.

« Alinéa sans modification.

« Alinéa sans modification.

« Art. 49. — Supprimé.

Texte en vigueur

Code de la santé publique

.....

Art. L. 356. — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme en France s'il n'est :

1° titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2 ou bénéficiaire des dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892 ou des dispositions spéciales aux praticiens alsaciens et lorrains ou aux praticiens sarrois ;

2° de nationalité française citoyen andorran ou ressortissant de l'un des Etats membres de la C.E.E., du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées aux alinéas 4 à 9 du présent article, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés à l'alinéa 4 ci-après.

Toutefois, lorsqu'un Etat étranger accorde à des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes nationaux français ou ressortissants français, le droit d'exercer leur profession sur son territoire, le ressortissant de cet Etat peut être autorisé à pratiquer son art en France par arrêté du ministre chargé de la Santé publique et de la population, si des accords ont été passés à cet effet avec l'Etat et si l'équivalence de la valeur scientifique du diplôme est reconnue par le ministre de l'Education nationale. Ces accords, conclus avec l'agrément du ministre chargé de la Santé publique et de la population, devront comporter obligatoirement la parité effective et stipuleront le nombre des praticiens étrangers que chacun des deux pays autorisera à exercer sur son territoire. Les

Texte du projet de loi

—

« Art. 50. — Les étudiants qui ont subi avec succès les épreuves sanctionnant le troisième cycle des études médicales obtiennent le diplôme d'Etat de docteur en médecine qui ouvre droit à l'exercice de la médecine, conformément aux dispositions de l'article L. 356 du Code de la santé publique. Un document annexé à ce diplôme mentionne la qualification obtenue.

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

—

« Art. 50. — Les internes qui...

...la qualification obtenue.

Propositions
de la Commission

—

« Art. 50. — Les internes, dont le troisième cycle d'études médicales a été validé, obtiennent...

...la qualification obtenue.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

autorisations seront données individuellement, après avis des organisations syndicales nationales et des ordres intéressés, aux praticiens ayant satisfait à l'examen de culture générale tel qu'il est prévu dans le décret n° 47-158 du 15 janvier 1947, cet examen comportant en plus une épreuve écrite sur la connaissance des lois médico-sociales affectée d'un coefficient égal à celui de la composition française. Elles pourront être retirées à tout moment.

En outre, le ministre chargé de la Santé publique peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations syndicales nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer :

Des personnes étrangères titulaires d'un diplôme français permettant l'exercice de la profession ;

Des personnes françaises ou étrangères, titulaires d'un diplôme étranger de valeur scientifique reconnue équivalente par le ministre des Universités à celle d'un diplôme français permettant l'exercice de la profession et qui ont subi avec succès des épreuves définie par voie réglementaire.

Le nombre maximum de ces autorisations est fixé chaque année par voie réglementaire, en accord avec la commission prévue ci-dessus et compte tenu du mode d'exercice de la profession.

Lorsqu'un établissement hospitalier, établi sur le territoire français par un organisme étranger, a obtenu la reconnaissance d'utilité publique avant le 10 juin 1949,

Texte en vigueur

le ministre chargé de la Santé publique et de la Population peut autoriser, par arrêté individuel, certains praticiens attachés à cet établissement à exercer leur art en France, par dérogation aux dispositions des paragraphes 1° et 2° du présent article et après avis des organisations nationales intéressées. Ces praticiens devront être inscrits au tableau de l'ordre intéressé. Le nombre maximum par établissement hospitalier de ces praticiens autorisés est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la Santé publique et de la Population et du ministre des Affaires étrangères et l'autorisation n'est valable que pour la période durant laquelle lesdits praticiens sont effectivement attachés à cet établissement.

3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau d'ordre des sages-femmes.

Toutefois, cette dernière condition ne s'applique pas non plus à ceux des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou d'agent titulaire d'une collectivité locale ne sont pas appelés, dans l'exercice de leurs fonctions, à exercer la médecine ou l'art dentaire ou à pratiquer des actes entrant dans la définition de la profession de sage-femme.

Texte du projet de loi

« Art. 51. — Au cours du troisième cycle des études médicales, les étudiants reçoivent une formation théorique et pratique à temps plein sous le contrôle des universités.

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

« Art. 51. — Au cours du troisième cycle des études médicales, les internes reçoivent...

...des universités. Les directeurs d'enseignement s'assurent de la bonne acquisition des connaissances par les internes.

Propositions
de la Commission

« Art. 51. — Alinéa sans modification.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

« Quelle que soit la filière choisie, les internes sont soumis aux mêmes dispositions statutaires. Ils exercent des fonctions rémunérées, hospitalières ou extra-hospitalières, soit dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires, soit dans des établissements hospitaliers liés à ces centres par convention, soit dans des organismes agréés de santé publique ou de recherche, soit sous forme de stages auprès de praticiens agréés.

« Alinéa sans modification.

« Quelle que soit la filière choisie, les internes sont soumis aux mêmes dispositions statutaires et perçoivent la même rémunération. Ils exercent des fonctions hospitalières...

... des établissements hospitaliers, y compris militaires ou privés participant au service public, liés à ces centres par convention, soit dans des organismes agréés extra-hospitaliers ou de recherche médicale, soit sous forme...

agréés.

« La formation des internes de la filière de médecine spécialisée ne pourra être dispensée dans les centres hospitaliers ne faisant pas partie d'un centre hospitalier universitaire qu'à partir de la deuxième année d'internat.

« Les internes de médecine générale et les internes de psychiatrie exercent leurs fonctions durant au moins un semestre dans un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire.

« Les internes du troisième cycle de médecine spécialisée exercent leurs fonctions durant au moins un semestre dans les services d'un établissement autre qu'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire; les internes du troisième cycle de médecine générale exercent leurs fonctions durant au moins un semestre dans les services d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire.

« Les internes de médecine spécialisée exercent leurs fonctions durant au moins un semestre dans un centre hospitalier autre qu'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire.

« Les internes en psychiatrie exercent leurs fonctions en psychiatrie pendant au moins un semestre dans un centre hospitalier universitaire.

Alinéa supprimé.

« Art. 52. — Il est organisé un troisième cycle de médecine générale dans cha-

« Art. 52. — Il est organisé...

« Art. 52. — Alinéa sans modification.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

que région sanitaire. Les étudiants reçoivent la formation théorique et pratique de médecine générale dans la région où ils ont achevé leur deuxième cycle, sauf dérogation accordée par l'autorité administrative

« Art. 53. — Les troisièmes cycles de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche médicale sont organisés dans la circonscription formée par la région d'Île-de-France et dans des circonscriptions géographiques dénommées « inter-régions » comprenant au moins trois centres hospitaliers et universitaires.

... région sanitaire. Les internes reçoivent...

... l'autorité administrative.

« Les médecins praticiens non universitaires sont associés, dans des conditions définies par voie réglementaire, à la formation des internes et à la détermination des objectifs pédagogiques. Une filière universitaire de médecine générale est par ailleurs prévue.

« Art. 53. -- Sans modification.

« Art. 53 bis (nouveau). — Tous les internes auront la possibilité d'acquérir une formation par la recherche à laquelle participeront des enseignants universitaires les disciplines non médicale et des chercheurs statutaires.

« Art. 53 ter (nouveau). — Des enseignements dans le domaine de la santé publique seront dispensés à tous les étudiants en médecine et ouverts aux divers professionnels impliqués dans ce domaine.

[Voir article 52, deuxième alinéa.]

Alinéa supprimé.

(Cf. art 53 quater nouveau.)

« Art. 53. — Le troisième cycle de médecine spécialisée est organisé dans la circonscription...

... et universitaires.

« Art. 53 bis. — Sans modification

« Art. 53 ter. — Sans modification

« Art. 53 quater (nouveau). — Les médecins praticiens non universitaires sont associés, dans des conditions définies par décret, à la for-

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

« Art. 54. — Le nombre total des postes d'internes en médecine est déterminé chaque année de telle façon que tous les étudiants reçus à l'examen sanctionnant le deuxième cycle des études médicales puissent entreprendre un troisième cycle. Compte tenu des besoins de santé de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques ainsi que des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires, des établissements liés à ces centres par convention et des autres établissements de soins et de recherche publics et privés, les ministres de l'Éducation nationale et de la Santé fixent, chaque année, la répartition dans chacune des régions sanitaires des postes d'internes de médecine générale et, pour chacune des circonscriptions mentionnées à l'article 53 et par discipline, le nombre des postes d'internes mis au concours dans les filières de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche médicale.

• Ils fixent également chaque année :

• — la liste des services formateurs ;

• — la répartition des postes d'internes dans les services.

« Art. 55. — Pour évaluer les besoins de santé de la population et décider l'agrément des services formateurs, les ministres de l'Éducation nationale et de la Santé consultent des commissions régionales, des commissions techniques et pédagogiques inter-

« Art. 54. — Sans modification

« Art. 55. — Pour évaluer

mation des internes et à la détermination des objectifs pédagogiques.

« Art. 54. — Le nombre total :

... et universitaires, des établissements hospitaliers, y compris militaires ou privés participant au service public, liés à ces centres par convention et des organismes agréés extra-hospitaliers ou de recherche médicale...

à l'article 53 et par diplôme ou groupe de diplômes le nombre des postes... la filière de médecine spécialisée

• Alinéa sans modification ;

• — Alinéa sans modification ;

• — Alinéa sans modification ;

« Art. 55. — Pour évaluer

... services formateurs, le ministre chargé de l'Éducation et le ministre chargé de la Santé consultent...

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

régionales et une commission nationale. Leur composition, leur rôle et leurs modalités de fonctionnement sont fixés par décret.

« Art. 56. — Des décrets en Conseil d'Etat déterminent :

« — les modalités selon lesquelles les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans une activité professionnelle pourront accéder à l'une des formations du troisième cycle différente de leur formation initiale : les services déjà accomplis dans les fonctions d'interne ainsi que les compétences acquises seront prises en compte pour la durée et le déroulement de ces formations ;

« — les conditions dans lesquelles les étudiants des filières de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche médicale peuvent changer d'orientation ;

« — les règles d'accès aux filières de formation de troisième cycle pour les médecins étrangers.

« Art. 57. — Le troisième cycle des études pharmaceutiques comporte des formations propres à la pharmacie et des formations communes à la pharmacie et à la médecine.

... par décret en Conseil d'Etat.

« La représentation de toutes les filières d'internat et de toutes les spécialités et formations est assurée au sein des commissions techniques et pédagogiques inter-régionales.

« La composition des commissions régionales assure la parité entre l'ensemble des professionnels de santé et les autres représentants.

« Art. 56. — Alinéa sans modification.

« — les modalités...

... seront pris en compte...

... de ces formations ;

« — les conditions dans lesquelles les internes des filières...

... d'orientation ;

« — les règles d'accès hors contingent aux filières de formation de troisième cycle pour les médecins étrangers.

« Art. 57. — Le troisième cycle...

... et à la médecine donnant accès au diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.

... en Conseil d'Etat.

« La représentation des deux filières d'internat et de toutes les disciplines est assurée...

... inter-régionales.

« Les commissions régionales sont composées au moins pour moitié de membres de profession de santé.

« Art. 56. — Alinéa sans modification.

« — les modalités...

... trois ans leur activité...

... de ces formations ;

« — les conditions dans lesquelles les internes de la filière de médecine spécialisée peuvent changer d'orientation ;

« — les règles... aux filières d'internat du troisième cycle pour les médecins étrangers.

« Art. 57. — Le troisième cycle...

... et à la médecine. Il donne accès...

... pharmacie.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

« Sous réserve des dispositions prévues à l'article 58 ci-après, seuls les étudiants nommés à l'issue d'un concours en qualité d'interne en pharmacie peuvent accéder aux formations du troisième cycle communes à la pharmacie et à la médecine et à certaines des formations propres à la pharmacie dont la liste est fixée par les ministres de l'Education nationale et de la Santé.

« Les internes des formations du troisième cycle des études pharmaceutiques sont soumis aux mêmes dispositions statutaires. Leur formation théorique et pratique s'effectue à temps plein sous le contrôle des universités. Ils exercent des fonctions hospitalières ou extra-hospitalières rémunérées, soit dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires, soit dans les établissements hospitaliers liés à ces centres par convention, soit dans des organismes extra-hospitaliers agréés.

« Art. 58. — Les ministres de l'Education nationale et de la Santé fixent chaque année pour chacune des circonscriptions mentionnées à l'article 53 ci-dessus :

« 1° le nombre de postes d'internes en pharmacie mis

« Au cours du troisième cycle qui conduit au doctorat en pharmacie et aux spécialisations, les stages concourant à la formation peuvent être effectués dans des services hospitaliers ou des laboratoires dirigés par des personnels appartenant ou non aux disciplines pharmaceutiques.

« Alinéa sans modification.

« Les internes...

... les établissements hospitaliers, y compris militaires ou privés participant au service public, liés à ces centres par convention, soit dans des organismes extra-hospitaliers agréés

« Art. 58. — Alinéa sans modification

« 1° alinéa sans modification ;

« Alinéa sans modification.

« Sous réserve...

... est fixée par le ministre chargé de l'Education et le ministre chargé de la Santé.

« Les internes...

... des organismes agréés extra-hospitaliers ou de recherche médicale.

« Art. 58. — Le ministre chargé de l'Education et le ministre chargé de la Santé fixent...

... à l'article 53 ci-dessus :

« 1° alinéa sans modification ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

au concours d'une part, dans chaque formation propre à la pharmacie, d'autre part dans chaque formation commune à la pharmacie et à la médecine ;

« 2° la liste des services formateurs ;

« 3° la répartition des postes d'internes dans les services.

« Pour évaluer les besoins de la population et décider l'agrément des services formateurs, les ministres de l'Éducation nationale et de la Santé consultent des commissions régionales, des commissions techniques et pédagogiques interrégionales et une commission nationale. Leur composition, leur rôle et leurs modalités de fonctionnement sont fixés par décret.

« En ce qui concerne les formations accessibles à la fois aux internes en médecine et aux internes en pharmacie, les postes offerts sont affectés dans des services dirigés par des médecins ou des pharmaciens.

« Art. 59. — Des décrets en Conseil d'État fixent :

« — les modalités selon lesquelles les pharmaciens ayant exercé pendant trois ans une activité professionnelle pourront accéder à l'une des formations du troisième cycle, différente de leur formation initiale ;

« — les conditions dans lesquelles les étudiants du troisième cycle en pharmacie peuvent changer d'orientation ;

« 2° alinéa sans modification ;

« 3° alinéa sans modification.

« Pour évaluer...

... de fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'État. Dans les cas de formation commune à la médecine et à la pharmacie, les commissions comportent un nombre égal de médecins et de pharmaciens.

« Alinéa sans modification.

« Art. 59. — Sans modification.

« 2° alinéa sans modification ;

« 3° alinéa sans modification.

« Alinéa sans modification.

... des services dirigés soit par des médecins, soit par des pharmaciens.

« Art. 59. — Sans modification.

« — alinéa sans modification ;

« — alinéa sans modification ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

« — les règles d'accès aux cycles de formation de troisième cycle pour les pharmaciens étrangers. »

« — les règles d'accès hors contingent aux formations de troisième...
...étrangers. »

« Art. 59 bis (nouveau). — Des dispositions spécifiques sont prises par voie réglementaire afin de permettre aux étudiants en sciences vétérinaires de suivre les enseignements qui peuvent être dispensés en commun pour eux et pour les étudiants en médecine et en pharmacie. »

« Art. 59 bis. — Des enseignements peuvent être dispensés en commun aux étudiants en médecine, en pharmacie et en sciences vétérinaires. »

L'article 46 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur devient l'article 60.

Art. 3.

Art. 3.

Art. 3.

Les dispositions de la présente loi sont applicables à compter de l'année universitaire 1983-1984 aux étudiants en médecine inscrits au titre de cette année universitaire en quatrième année du deuxième cycle des études médicales.

Les dispositions...

Sans modification.

Il ne sera plus accepté, postérieurement à l'année universitaire 1983-1984, de première inscription en première année des certificats d'études spéciales ni aux certificats d'études spéciales de médecine et de pharmacie ne comportant qu'une seule année d'études. La première année des certificats d'études spéciales sera organisée pour la dernière fois au cours de l'année universitaire 1984-1985.

...des études médicales et aux étudiants en pharmacie inscrits en quatrième année d'études.

Alinéa sans modification.

Un décret en Conseil d'Etat fixera :

Alinéa sans modification.

1° les conditions dans lesquelles les étudiants qui n'au-

1° les conditions...

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>ront pas épuisé avant l'année universitaire 1983-1984 leurs possibilités de se présenter aux concours d'internat organisés selon le régime applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi pourront accéder aux filières d'internat de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche médicale.</p> <p>2° les conditions dans lesquelles les étudiants en cours d'études de certificats d'études spéciales lors de l'entrée en vigueur de la présente loi continueront à bénéficier du régime applicable avant cette entrée en vigueur.</p>	<p>... et de recherche médicale et aux formations pharmaceutiques ;</p> <p>2° alinéa sans modification.</p>	
Code du service national	Art. 4.	Art. 4.	Art. 4.
<p>Art. L. 10. — Les jeunes gens qui poursuivent un cycle d'études en vue de l'obtention des diplômes requis pour l'exercice de la profession de médecin, de vétérinaire, de pharmacien ou de chirurgien-dentiste peuvent, sur leur demande, bénéficier d'un report spécial d'incorporation destiné à leur permettre d'acquies ces titres.</p>	<p>Peuvent bénéficier d'un report supplémentaire d'incorporation, les jeunes gens bénéficiaires de l'article L. 10 du Code du service national, en qualité d'étudiants en médecine qui :</p>	Sans modification.	Sans modification.
<p>Ce report d'incorporation vient à échéance au plus tard le 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent l'âge de vingt-sept ans.</p>	<p>— ou bien remplissent, à la date prévue au deuxième alinéa de l'article L. 10, les conditions pour se présenter aux concours de l'internat en médecine organisés soit au titre de l'année universitaire 1982-1983, soit en vertu de l'article 3 ci-dessus ;</p>	<p>— ou bien ont, à cette même date, la possibilité de préparer la première année des certificats d'études spéciales de médecine jusqu'à l'année universitaire 1984-1985 comprise, et justifient de leur inscription au titre de ces études.</p>	<p>Ce report supplémentaire d'incorporation vient à terme après la publication des résultats des concours et examens susvisés, pour ceux qui y sont reçus, et au plus tard,</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

Propositions
de la Commission

Loi n° 79-565
du 6 juillet 1979

Art. 4. — A titre transitoire, au cours des deux années universitaires suivant la promulgation de la présente loi, la variation des effectifs globaux des étudiants admis à poursuivre leurs études au-delà de la première année du premier cycle ne pourra excéder 10 % par rapport à l'année antérieure.

Par dérogation aux dispositions de l'article premier ci-dessus, la durée du résidanat pourra être réduite dans des conditions fixées par décret jusqu'à l'année universitaire 1986-1987 incluse.

A titre transitoire, et par mesure d'extinction, un décret fixera, pour les internes et anciens internes des régions sanitaires, les conditions d'équivalence avec l'internat régi par la présente loi.

Art. 5. — Le Gouvernement présentera chaque année au Parlement, lors du dépôt de la loi de finances, un rapport sur l'application de la présente loi durant les cinq premières années de sa mise en œuvre. Ce rapport fera notamment état des conséquences de la présente loi sur le fonctionnement des établissements hospitaliers.

Art. 6. — Des dispositions dérogatoires seront prises en tant que de besoin pour

lors de l'appel de la dernière fraction du contingent incorporable avant la date à laquelle les intéressés atteignent l'âge de 29 ans.

Un décret fixera les conditions d'application du présent article.

Art. 5.

Les deux premiers alinéas de l'article 4, l'article 5 et l'article 6 de la loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques sont abrogés.

Art. 5.

Les articles 4, 5 et 6 de la loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques sont abrogés.

Art. 5.

Sans modification.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
permettre l'application du présent texte aux départements et territoires d'outre-mer.		Art. 6 (nouveau).	Art. 6.
		A titre transitoire, et par mesure d'extinction, un décret fixera, pour les internes et anciens internes des régions sanitaires, les conditions d'équivalence avec l'internat des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers universitaires et avec les internats régis par la présente loi.	Sans modification.
			Art. 6 bis (nouveau).
			<i>A titre transitoire, et par décret en application aux dispositions de l'article 46 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, la durée de l'internat de médecine générale pourra être réduite à deux ans, dans les conditions fixées par décret jusqu'à l'année universitaire 1987-1988.</i>
			Art. 7 A (nouveau.)
			<i>Des dispositions dérogatoires seront prises en tant que de besoin pour permettre l'application de la présente loi aux départements et territoires d'outre-mer.</i>
		Art. 7 (nouveau).	Art. 7 (nouveau).
		Dans les cinq ans suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présentera au Parlement un bilan de l'application de celle-ci. Il examinera notamment les modalités de l'accès au troisième cycle des études médi-	Dans les cinq ans...
			... de celle-ci. <i>Il examinera notamment les conséquences de ladite loi sur le fonctionnement des</i>

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Texte adopté
par l'Assemblée nationale

—

Propositions
de la Commission

—

cales et pharmaceutiques et, entre autres, leur éventuelle adaptation dans le cadre de la poursuite de la revalorisation de la médecine générale. Dans la même perspective, dans un délai de trois ans, le Gouvernement communiquera au Parlement un rapport sur l'allongement éventuel de la durée du troisième cycle de médecine générale.

centres hospitaliers et les modalités d'accès au troisième cycle des études médicales et pharmaceutiques.

VII. — AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

Article premier.

Amendement : Supprimer cet article.

Art. 2.

Amendement : Rédiger comme suit le premier alinéa de cet article :

Les articles 45 bis, 45 ter et 45 quater de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur sont remplacés par les dispositions suivantes.

(Art. 46 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le texte proposé pour l'article 46 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

Art. 46. — Le troisième cycle des études médicales, dont la durée ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans, comporte deux filières : la filière de médecine générale et la filière de médecine spécialisée.

(Art. 47 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Dans le a) du texte proposé pour l'article 47 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, supprimer les mots :

ils choisissent, selon leur rang de classement, leur poste d'interne dans cette filière :

(Art. 47 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le b) du texte proposé pour l'article 47 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

b) peuvent se présenter au concours d'accès à la filière de médecine spécialisée.

(Art. 48 de la loi n° 58-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Dans la première phrase du texte proposé pour l'article 48 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

à l'article précédent

par les mots :

au b) de l'article précédent.

(Art. 48 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article 48 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

Des dérogations, notamment pour accouchement et accomplissement du service national, sont prévues par décret.

(Art. 48 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Après le premier alinéa du texte proposé pour l'article 48 de la loi n° 58-978 du 12 novembre 1968 modifiée, insérer le nouvel alinéa :

Les étudiants peuvent faire acte de candidature dans trois des circonscriptions mentionnées à l'article 53 ci-dessous.

(Art. 49 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Supprimer le texte proposé pour l'article 49 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.

(Art. 50 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le début du texte proposé pour l'article 50 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

Les internes, dont le troisième cycle d'études médicales a été validé, obtiennent...

(Art. 51 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le début du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 51 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

Quelle que soit la filière choisie, les internes sont soumis aux mêmes dispositions statutaires et perçoivent la même rémunération. Ils exercent des fonctions hospitalières...

(Art. 51 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifié.)

Amendement : Dans la seconde phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 51 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, après les mots :

établissements hospitaliers

insérer les mots :

, y compris militaires ou privés participant au service public.

(Art. 51 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Dans la seconde phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 51 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

organismes agréés de santé publique ou de recherche

par les mots :

organismes agréés extra-hospitaliers ou de recherche médicale.

(Art. 51 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Remplacer les trois derniers alinéas du texte proposé pour l'article 51 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, par les dispositions suivantes :

Les internes de médecine générale et les internes de psychiatrie exercent leurs fonctions durant au moins un semestre dans un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire.

Les internes de médecine spécialisée exercent leurs fonctions durant au moins un semestre dans un centre hospitalier autre qu'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire.

(Art. 52 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Supprimer le dernier alinéa du texte proposé pour l'article 52 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.

(Art. 53 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le début du texte proposé pour l'article 53 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

Le troisième cycle de médecine spécialisée est organisé dans la circonscription...

(Article additionnel après l'article 53 *ter* de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Après le texte proposé pour l'article 53 *ter* de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, insérer le nouvel article additionnel suivant :

Art. 53 quater (nouveau). — Les médecins praticiens non universitaires sont associés, dans des conditions définies par décret, à la formation des internes et à la détermination des objets pédagogiques.

(Art. 54 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Dans la deuxième phrase du texte proposé pour l'article 54 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

des établissements liés à ces centres par convention et des autres établissements de soins et de recherche publics et privés

par les mots :

des établissements hospitaliers y compris militaires ou privés participant au service public, liés à ces centres par convention et des organismes agréés extra-hospitaliers ou de recherche médicale,

(Art. 54 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : A la fin du premier alinéa du texte proposé pour l'article 54 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

et par discipline

par les mots :

et par diplôme ou groupe de diplômes

(Art. 54 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit la fin du premier alinéa du texte proposé pour l'article 54 :

dans la filière de médecine spécialisée

(Art. 55 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Dans la première phrase du texte proposé pour l'article 55 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifié, remplacer les mots :

les ministres de l'Education nationale et de la Santé

par les mots :

le ministre chargé de l'Education et le ministre chargé de la Santé

(Art. 55 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 55 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

La représentation des deux filières d'internat et de toutes les disciplines est assurée au sein des commissions techniques et pédagogiques inter-régionales

(Art. 55 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le dernier alinéa du texte proposé pour l'article 55 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

Les commissions régionales sont composées au moins pour moitié de membres de professions de santé

(Art. 56 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Dans le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 56 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

une activité professionnelle

par les mots :

leur activité professionnelle

(Art. 56 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé pour l'article 56 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

- les conditions dans lesquelles les internes de la filière de médecine spécialisée peuvent changer d'orientation ;

(Art. 56 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Dans le dernier alinéa du texte proposé pour l'article 56 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

filères de formation de troisième cycle

par les mots :

filères d'internat du troisième cycle.

(Art. 57 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le premier alinéa du texte proposé pour l'article 57 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

Le troisième cycle des études pharmaceutiques comporte des formations propres à la pharmacie et des formations communes à la pharmacie et à la médecine. Il donne accès au diplôme d'Etat de docteur en pharmacie

(Art. 57 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : A la fin du troisième alinéa du texte proposé pour l'article 57 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

les ministres de l'Education nationale et de la Santé

par les mots :

le ministre chargé de l'Education et le ministre chargé de la Santé

(Art. 57 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : A la fin du dernier alinéa du texte proposé pour l'article 57 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

organismes extra-hospitaliers agréés

par les mots :

organismes agréés extra-hospitaliers ou de recherche médicale.

(Art. 58 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Au début du premier alinéa du texte proposé pour l'article 58 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

Les ministres de l'Education nationale et de la Santé

par les mots :

Le ministre chargé de l'Education et le ministre chargé de la Santé.

(Art. 58 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : A la fin du dernier alinéa du texte proposé pour l'article 58 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

des services dirigés par des médecins ou des pharmaciens

par les mots :

des services dirigés soit par des médecins, soit par des pharmaciens.

(Art. 59 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Dans le dernier alinéa du texte proposé pour l'article 59 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, remplacer les mots :

accès aux cycles de formation

par les mots :

accès hors contingent aux formations

(Art. 59 bis de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée.)

Amendement : Rédiger comme suit le texte proposé pour l'article 59 bis de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée :

Art. 59 bis. — Des enseignements peuvent être dispensés en commun aux étudiants en médecine, en pharmacie et en sciences vétérinaires.

Amendement : Compléter *in fine* l'article 2 par l'alinéa suivant :

L'article 46 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur devient l'article 60.

Article additionnel après l'article 6

Amendement : Après l'article 6, introduire un article additionnel ainsi conçu :

Art. 6 bis (*nouveau*). — A titre transitoire et par dérogation aux dispositions de l'article 46 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée, la durée de l'internat de médecine générale pourra être réduite à deux ans, dans les conditions fixées par décret jusqu'à l'année universitaire 1987-1988.

Article additionnel avant l'article 7.

Amendement : Avant l'article 7, introduire un article additionnel ainsi conçu :

Art. 7 A (*nouveau*). — Des dispositions dérogatoires seront prises en tant que de besoin pour permettre l'application de la présente loi aux départements et territoires d'outre-mer.

Art. 7.

Amendement : Remplacer les deux dernières phrases de cet article par la disposition suivante :

Il examinera notamment les conséquences de ladite loi sur le fonctionnement des centres hospitaliers et les modalités d'accès au troisième cycle des études médicales et pharmaceutiques.

VIII. — ANNEXES

ANNEXE 1

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE FRANÇAISE

1. Le nombre des médecins a pratiquement triplé en France depuis un quart de siècle :

1955 : 39.100 médecins (90 médecins pour 100.000 habitants) ;

1980 : 116.000 médecins (217 médecins pour 100.000 habitants).

Leur accroissement a été de 25 % de 1970 à 1975, de 42 % de 1975 à 1980.

2. Au 1^{er} janvier 1981 :

— 125.981 médecins étaient inscrits à l'Ordre, dont 1.660 pour les départements d'outre-mer ;

— 113.000 avaient une activité professionnelle.

Selon les listes établies par les D.D.A.S.S., 108.000 médecins exerçaient au 1^{er} janvier 1981 soit 201 pour 100.000 habitants ou 1 pour 500 habitants (*Le Monde*, 6 octobre 1982, « Pléthore médicale et coût de la santé »).

3. Les projections de 1980 à 2000 donnent les chiffres suivants (*Bulletin de l'ordre des Médecins*, mai 1980) :

1985 : 142.500 médecins actifs.

1990 : 162.400 médecins actifs.

1995 : 175.100 médecins actifs.

2000 : 186.000 médecins actifs.

4. La répartition de l'effectif suivant le mode d'exercice était, en juillet 1980, la suivante (*Bulletin de l'ordre des Médecins*, mai 1981) :

Exercice libéral exclusif	39 %.
Exercice hospitalier exclusif	14,5 %.
Salariat exclusif	12,9 %.
Hôpital + exercice libéral	14 %.
Hôpital + salariat	3,7 %.
Salariat + exercice libéral	15,9 %.

5. La répartition de l'effectif selon l'orientation technique était à la même date (juillet 1980) (*Bulletin de l'ordre des Médecins*, mars 1981) :

Généralistes	43,9 %.
Spécialistes qualifiés	39,3 %.
Autres spécialistes exclusifs	7,6 %.
Activité « hors soins »	9,2 %.

ANNEXE 2

**LES PROFESSIONS DE SANTÉ ET LE CHOMAGE :
UN PROBLÈME RÉEL.**

Statistiques de l'A.N.P.E.	Demandeurs d'emploi		Offres d'emploi	
	au 31-8-1982	au 31-8-1981	au 31-8-1982	au 31-8-1981
Toutes professions	1.943.876	1.746.090	89.545	»
Secteur santé	43.486	39.603	5.562	2.028
<i>Médical :</i>				
Médecin	865	770	33	47
Pharmacien	1.249	1.257	53	23
Docteur en chirurgie dentaire	230	194	6	6
Sage-femme	152	145	50	30
Paramédical.				
<i>Réajustation-rééducation :</i>				
Masseur-kinésithérapeute	284	266	76	17
Ergothérapeute	131	94	10	4
Orthoptiste	36	46	0	0
Orthophoniste	130	154	26	25
Psychorééducateur	975	898	9	5
<i>Aide-soignant, soignant :</i>				
Agent hospitalier	21.093	17.935	493	126
Aide-soignant	3.460	3.423	602	229
Conducteur ambulancier	1.238	947	173	134
Infirmier du secteur psychiatrique	204	214	176	189
Infirmier diplômé d'Etat	1.540	1.878	1.191	686
Aide-anesthésiste	12	18	19	18
Auxiliaire de puériculture	2.604	2.531	117	45
Puéricultrice	253	272	55	59
Aide-dermatologiste	8	13	0	0
Pédicure	67	61	2	0
<i>Appareillage :</i>				
Technicien de laboratoire dentaire	916	751	58	47
Audio-prothésiste	20	22	4	4
Opticien-lunetier	156	164	55	12
Podo-orthésiste	32	37	2	1
Prothésiste-orthopédiste	92	92	1	1
<i>Technique et autres :</i>				
Manipulatrice électro-radiologie	322	329	56	46
Assistant technique en électro-encéphalographie	29	22	0	1
Laborantin d'analyses médicales	1.946	2.009	73	67
Préparateur en pharmacie	1.788	1.558	146	101
Visiteur médical	1.170	1.124	56	36
Diététicien	160	205	7	5
Assistante dentaire	2.334	2.167	35	32

ANNEXE 3
LES ÉTUDES MÉDICALES EN EUROPE

LA PORTE ÉTROITE

Formation, accès à la profession et rémunération des médecins.

	Nombre de diplômés délivrés pour 100.000 habitants		Durée des études	Spécialisation	Formation spécifique des généralistes	Formalités d'accès à la profession	Revenus annuels des généralistes (1980)		Rapports entre les revenus des praticiens (1973-1974) et		Numerus clausus
	1970 1974	1977 1978					avant impôt	après impôt	le P.I.B. par tête	le gain brut moyen ouvrier	
Allemagne ...	5,4 (1974)	10,6	15 sem.	Formation complémentaire. Formation continue obligatoire.	Oui (4 ans)	4 semestres dans un hôpital. S'inscrire à l'ordre des Médecins et à l'association des médecins de caisse.	474.000	33 à 50 %	8,5	6,1	Oui
Belgique	9,4 (1974)	10,2	*	Existence qu'au regard de l'assurance maladie. Aucun champ d'activité légal.	En cours de réglementation.	Inscription à l'ordre des Médecins.	294.000	*	6,3	5,2	Non
Danemark ...	14 (1973)	14,7	8 ans	Formation complémentaire.	Oui (2 ans)	Etre autorisé à exercer par le service national de santé.	229.500	20 à 50 %	5,7	3,8	Oui
France	11,5 (1974)	17,8	6 ans	Formation complémentaire.	En cours de réglementation (2 ans)	Inscription à l'ordre des Médecins.	200.000	40 à 50 %	7	7	Oui
Irlande	14,6 (1973)	13,1	*	Formation complémentaire. Pas de reconnaissance officielle des spécialistes	En cours de réglementation.	Pas nécessaire d'être diplômé pour exercer. Se faire enregistrer.	300.000	40 à 50 %	7,6	3,5	Oui
Italie	8,8 (1970)	*	6 ans	Formation complémentaire. L'art dentaire entre dans le champ d'activité des médecins.	Non.	S'inscrire à l'ordre des Médecins.	128.400	31.800	9,5	6,8	Non

	Nombre de diplômes délivrés pour 100.000 habitants		Durée des études	Spécialisation	Formation spécifique des généralistes	Formalités d'accès à la profession	Revenus annuels des généralistes (1980)		Rapports entre les revenus des praticiens (1973-1974) et		Numerus clausus
	1970 1974	1977 1978					avant impôt	après impôt	le P.I.B. par tête	le gala brut moyen ouvrier	
Luxembourg.	>	>	>	Formation complémentaire.	Non.	Autorisation d'installation délivrée par le ministre de la Santé.	411.000	40 à 50 %	>	>	Non
Pays-Bas	10,1 (1973)	9,4	6 ans	Formation complémentaire.	Oui (2 ans).	Prêter serment. Autorisation du ministre des Affaires sociales.	324.000	40 à 50 %	10,2	6,3	Oui
Royaume-Uni	4,3 (1970)	5,4	7 ans	Formation complémentaire.	Oui (3 ans).	Se faire enregistrer au General Medical Council. Indemnités versées aux médecins s'installant dans les régions défavorisées. Pas nécessaire d'avoir le diplôme pour exercer.	130.000	33 %	4,5	2,7	Oui

Sources : O.C.D.E., concours médical, économie et santé, compilées pour 30 jours d'Europe, septembre 1982.