

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1976-1977

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 décembre 1976.

RAPPORT

FAIT

au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi,
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE,
modifiant certaines dispositions du Code de la santé publique relatives
à l'exercice des professions médicales.

Par M. Noël BERRIER,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Marcel Souquet, président; Lucien Grand, Jacques Henriot, Bernard Lemarié, Hector Viron, vice-présidents; Mlle Gabrielle Scellier, MM. Charles Cathala, Georges Marie-Anne, Jean Mézard, secrétaires; Jean Amelin, Hubert d'Andigné, André Aubry, Hamadou Barkat Gourat, Noël Berrier, André Bohl, Louis Boyer, Gabriel Calmels, Lionel Cherrier, Georges Dardel, Michel Darras, Jean Desmarests, François Dubanchet, Marcel Gargar, Jean Gravier, Louis Gros, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Michel Moreigne, Jean Natali, André Rabineau, Ernest Reptin, Victor Robini, Eugène Romaine, Pierre Sallenave, Robert Schwint, Albert Sirgue, Bernard Talon, Henri Terré, René Touzet, Jean Varlet, Raymond de Wazières.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (5^e législ.) : 2602, 2637 et in-8° 580.

Sénat : 110 (1976-1977).

Médecins. — Chirurgiens-dentistes - Sages-femmes - Nationalité française - Auxiliaires médicaux - Communauté économique européenne - Andorre - Maroc - Tunisie - Ordres professionnels - Diplômes - Code de la santé publique.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	3
CHAPITRE PREMIER. — Rappel de quelques principes fondamentaux du droit communautaire	5
A. - La notion de directive	5
B. - Le principe de la liberté d'établissement	6
C. - La portée générale du texte	7
CHAPITRE II. — Quelle sera la situation après le 20 décembre 1976 ?	9
A. - Au niveau des principes posés par le Traité de Rome	9
B. - Le champ d'application des directives	11
C. - Les problèmes de qualification : coordination des formations et équivalences de diplômes	13
1. <i>Les dispositions à long terme</i>	13
a) Le médecin généraliste	14
b) Le médecin spécialiste	15
2. <i>Les mesures transitoires</i>	15
3. <i>Le problème des droits acquis</i>	15
4. <i>Le cas des spécialités reconnues dans un seul Etat</i>	16
5. <i>La valeur du contrôle de qualification</i>	16
D. - La discipline professionnelle	17
1. <i>L'accès à la profession</i>	17
2. <i>Le respect de la déontologie</i>	18
3. <i>L'information des médecins</i>	18
CHAPITRE III. — Examen des articles du projet de loi	19
TABLEAU COMPARATIF	31
CONCLUSION	47
AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION	49

Mesdames, Messieurs,

Votre Commission des Affaires sociales a le regret d'ouvrir la discussion du présent projet de loi en élevant une énergique protestation, qui n'est pas la première, contre les méthodes de travail inadmissibles qui sont imposées au Parlement.

Les deux Assemblées devront, avant le 20 décembre prochain — date obligatoire d'entrée en application des nouvelles dispositions — avoir mené à son terme la procédure législative relative à un texte mis, pour la première fois, à la disposition de l'Assemblée Nationale le 3 novembre dernier. Alors qu'il est la simple traduction en législation interne de directives européennes notifiées aux Etats membres de la Communauté, dont la France, depuis le 20 juin 1975, la disproportion entre le temps de dix-huit mois que le Gouvernement s'est attribué à lui-même pour la préparation du projet et les onze jours dont le Sénat aura disposé pour l'étudier fait apparaître un manque d'égards que notre Assemblée ne saurait accepter sans protester.

Faut-il, une nouvelle fois, rappeler qu'elle n'est pas et ne peut admettre d'être considérée comme une chambre d'enregistrement ?

*
**

L'immense majorité des médecins français est bien persuadée que la réalité européenne doit s'inscrire dans les faits et que la décision de la France d'introduire dans son droit les dispositions nécessaires pour l'application, sans heurt, des deux directives communautaires de juin 1975 est la manifestation tangible de l'existence d'une Communauté capable de s'affirmer. C'est la médecine qui, première dans le temps de toutes les professions libérales, ouvre la voie dans laquelle il faut s'engager.

Longues et difficiles ont été les discussions qui ont abouti à l'adoption des directives 75/362/C.E.E. et 75/363/C.E.E.

Qui pourrait s'en étonner ?

Il est bon de rappeler que la mission du médecin est de veiller à la santé de l'homme et qu'il doit exercer cette mission dans la plénitude de son savoir et de sa conscience. L'exercice de la médecine n'est pas un métier comme un autre ; quelle que soit la personnalité du médecin, quels que soient ses choix philosophiques, sociaux ou politiques, le malade doit avoir la certitude que le médecin tient pour ultime valeur la personne humaine.

Mais il faut inscrire cette nécessité dans un cadre socio-économique qui devient de plus en plus contraignant.

Il convient de maintenir une totale indépendance de la profession sur le plan moral et sur le plan technique, dans une concertation permanente entre les Etats et les organisations médicales, en vue d'assurer les meilleurs soins aux meilleurs coûts, car il faut tenir compte de la croissance explosive des dépenses de santé.

Les directives, face à de telles difficultés, ne pouvaient s'élaborer qu'au prix de réflexions prolongées ; les travaux ont duré dix ans.

Certains ont cru pouvoir parfois parler de malthusianisme, de protectionnisme professionnels, voire de corporatisme. La Commission des Affaires sociales pense plus logique d'affirmer que la complexité des problèmes a justifié l'ampleur de la préparation indispensable au plan communautaire pour apporter au Code de la Santé publique les adaptations nécessaires : elles sont d'ailleurs limitées, étant donné que seule la profession de médecin est présentement concernée.

Dans l'attente d'un projet beaucoup plus ambitieux qui devra déboucher sur l'unification complète des conditions de formation, d'accès et d'exercice professionnels, la Commission des Affaires sociales pense que cette unification serait la meilleure des garanties à apporter aux citoyens des Etats membres de la Communauté, face au droit de libre circulation, de libre prestation de services et de libre établissement qui va s'appliquer aux médecins.

*
**

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL DE QUELQUES PRINCIPES FONDAMENTAUX DU DROIT COMMUNAUTAIRE (1)

A. - LA NOTION DE DIRECTIVE

La marge de manœuvre dont peut disposer le Parlement, en particulier par voie d'amendement, vis-à-vis d'un projet de loi tendant à assurer la mise en œuvre d'une directive des Communautés européennes est des plus limitée. Cette constatation découle de la définition même de la directive telle qu'elle figure à l'article 189, alinéa 3, du Traité de Rome ; celui-ci indique que « la directive lie tout Etat membre destinataire quant au résultat à atteindre, tout en laissant aux instances nationales la compétence quant à la forme et aux moyens ». Cette rédaction, ainsi que la pratique à laquelle elle a donné lieu depuis la ratification du Traité et l'interprétation qu'en fait la doctrine, montre clairement que la directive est une norme de droit communautaire dite « dérivée » des traités, qui impose à l'Etat destinataire une *obligation de résultat*. L'Etat destinataire ne dispose, pour atteindre l'objectif qui lui est assigné, *de façon impérative*, par le dispositif de la directive, que d'une *compétence liée* par le texte de cette dernière. On peut dire que le Parlement, lorsqu'il est saisi d'un projet de loi tendant à mettre en œuvre une directive (2), est en quelque sorte dans la même position que celle dans laquelle se trouve, en droit national, le pouvoir réglementaire dérivé (par opposition au pouvoir réglementaire autonome) pour la mise en œuvre d'un texte de nature législative.

La marge de manœuvre du Parlement vis-à-vis d'un projet de loi tendant à assurer la mise en œuvre d'une directive communautaire est

(1) Ce chapitre a été établi avec l'assistance technique du Service des affaires européennes du Sénat.

(2) Ce qui est relativement rare en France tant en raison de l'étendue du domaine réglementaire que de la correspondance assez étroite de ce dernier avec les matières qui font l'objet de la compétence des Communautés européennes.

bien évidemment d'autant plus étroite que le texte de la directive est précis, ce qui est le cas en l'espèce. En résumé donc, le pouvoir d'amendement du Parlement est limité :

1° Par le texte et l'esprit des directives dont le projet de loi ne vise qu'à transcrire dans les dispositions législatives actuellement en vigueur ceux des principes qu'elles énoncent qui ressortissent au domaine législatif. Aucun amendement qui serait contraire au texte des directives ou qui en dénaturerait l'esprit ne peut être déposé. La sanction du non-respect des dispositions des directives pourrait intervenir à deux niveaux :

- a) au niveau communautaire, le déclenchement de la procédure prévue par l'article 169 du Traité (condamnation de la France par la Cour de justice des Communautés) ;
- b) au niveau national, par la saisine du Conseil constitutionnel puisque, acte dérivé d'un traité dûment ratifié, toute directive communautaire a, conformément à l'article 55 de la Constitution, une valeur supralégislative.

2° Par les conséquences de la répartition des matières entre le domaine de la loi et celui du règlement en droit français. En effet, l'essentiel des dispositions des directives dont il est ici question, et partant les réactions que ces dispositions pourront susciter dans les milieux intéressés, ressortit au domaine du règlement et échappe de ce fait à la compétence du Parlement. Le pouvoir réglementaire est au demeurant, lui aussi, tenu de transcrire fidèlement en droit national les dispositions édictées par la directive et dispose donc d'une marge de manœuvre tout aussi étroite que celle qui reste au législateur.

B. - LE PRINCIPE DE LA LIBERTÉ D'ÉTABLISSEMENT

La liberté d'établissement est une application de l'un des « principes » de la Communauté européenne, celui de l'interdiction de toute discrimination entre les États membres qui serait fondée sur la nationalité (art. 7 du Traité de Rome). Ce « principe » est repris et précisé par l'article 52 du Traité, qui lui donne une valeur particulière puisque la jurisprudence de la Cour des Communautés (1) admet qu'il est *self executing*, c'est-à-dire directement contraignant pour les États membres, qui doivent en assurer la mise en œuvre même en l'absence de dispositions communautaires particulières d'application (directive, par exemple). L'article 52 dit pour droit que les restrictions à la liberté d'établissement, c'est-à-dire

(1) Arrêt *Reyners* du 21 juin 1974, rec. 2-74.

à toute installation durable en vue de l'exercice d'une activité professionnelle, doivent être supprimées avant la fin de la période transitoire (1^{er} janvier 1970). Il précise par ailleurs (alinéa 2) que cet impératif concerne également les *activités non salariées*.

Cependant, bien qu'ayant une valeur contraignante et un effet directement applicable pour les Etats membres, le principe de la liberté d'établissement des professions non salariées pose un certain nombre de problèmes particuliers que le Traité résout selon les principes suivants :

- a) Les activités participant, même à titre occasionnel, à l'exercice de l'autorité publique (art. 55) sont exclues de son champ d'application ;
- b) D'une manière générale, le Traité prévoit (art. 57) que l'accès aux activités non salariées et leur exercice, qu'implique directement le principe de la liberté d'établissement, est **facilité** par des *directives visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres*, d'une part, et à la *coordination des dispositions législatives réglementaires et administratives* concernant l'accès aux activités non salariées ainsi que l'exercice de celles-ci, d'autre part. L'alinéa 3 de l'article 57 précise même que — pour ce qui est des professions médicales — la mise en œuvre du principe de la liberté d'établissement est **subordonnée** à la coordination de leurs conditions d'exercice dans les différents Etats membres. C'est cette condition que réalise la directive 75/363, alors que la directive 75/362 facilite la liberté d'établissement des médecins en réalisant l'équivalence des diplômes ainsi qu'en coordonnant certaines dispositions relatives à l'exercice de la profession médicale (1).

C. - LA PORTÉE GÉNÉRALE DU TEXTE

Dix années d'efforts et de préparation ont été nécessaires au plan communautaire pour surmonter certaines réticences et concilier autant que faire se pouvait les divers intérêts concernés par les deux directives tendant à rendre effectif, pour ce qui est des professions médicales, le principe de la liberté d'établissement. Le présent objet de loi a pour objet d'assurer la mise en œuvre de celles de leurs dispositions qui sont, en France, de la compétence du législateur.

(1) On peut dire que les directives citées dans l'exposé des motifs du présent projet de loi sont fondées sur les articles 7, 52, 54, 57, 63 et 66 du Traité de Rome.

En fait, ne serait-ce que pour des raisons linguistiques et sociologiques, il est fort peu probable que l'application du principe de la liberté d'établissement à la médecine provoque d'importants mouvements migratoires dans la population médicale européenne. Elle permettra, semble-t-il, surtout de résoudre des cas personnels et marginaux (1). La Belgique peut cependant poser quelques problèmes particuliers en raison de l'importance relative de sa population médicale, d'une part, et du statut libéral dont bénéficie l'exercice de la médecine dans ce pays, d'autre part. Il est cependant probable que les effets de ces deux circonstances particulières à ce pays s'annuleront quelque peu.

Enfin, aboutissement d'un long travail de conciliation, les deux directives permettant l'application du principe de la liberté d'établissement à la médecine, auxquelles se réfère le présent projet de loi, semblent apporter de sérieuses garanties, en matière de valeur de la formation acquise, d'honorabilité et de moralité (art. 11 et suivants de la directive 75-362) des praticiens ressortissant des Etats membres de la Communauté qui pourraient être amenés à s'installer dans notre pays.

(1) **Exemple** : le cas de conjoints de nationalités différentes dont l'un au moins serait médecin.

CHAPITRE II

QUELLE SERA LA SITUATION APRÈS LE 20 DÉCEMBRE 1976 ?

Quelle sera la situation après le 20 décembre 1976, date inéluctable d'entrée en vigueur des directives du 16 juin 1975 ?

A. - AU NIVEAU DES PRINCIPES DU TRAITÉ DE ROME

Toute discrimination exercée en raison de la nationalité sera désormais interdite, en application du principe de la *libre circulation* des personnes, des services et des capitaux, qui s'applique dans un Etat membre de la Communauté économique européenne, aux ressortissants d'un autre Etat membre.

Parallèlement, le Traité de Rome prévoit la suppression progressive des restrictions à la *liberté d'établissement*, c'est-à-dire, notamment, au libre accès aux activités non salariées et au libre exercice desdites activités. Pour faciliter l'un et l'autre, le Conseil des Communautés, sur proposition de la Commission et après consultation de l'Assemblée, est chargé d'arrêter des directives visant à la *reconnaissance mutuelle des diplômes*, certificats et autres titres, et à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres, concernant l'accès aux activités non salariées et l'exercice de celles-ci.

Bien entendu ces dernières dispositions, complétant les précédentes qui ont une portée plus générale, visent au premier chef les professions libérales ; elles sont appelées à jouer en la matière le rôle essentiel qu'on imagine.

Depuis que la construction européenne a été entreprise, avec les alternances d'espoirs et de déceptions que chacun connaît, de très nombreuses précisions ont été apportées par les différentes instances compétentes

pour définir les discriminations fondées sur la nationalité, les pratiques jugées discriminatoires dans le cadre des articles 48 à 73 du Traité de Rome et sur les moyens de rendre leur maintien, par les Etats membres, très difficile ou impossible.

Des décisions juridictionnelles très importantes ont été prises dans le même domaine par la Cour de justice des Communautés européennes ; il s'agit principalement de l'arrêt *Reyners* du 21 juin 1974 et de l'arrêt *Van Binsbergen* du 3 décembre de la même année.

Dans le même temps, des travaux ont été consacrés à la recherche, en application de l'article 59, de la suppression progressive des restrictions à la *libre prestation de services* à l'intérieur de la Communauté pour les ressortissants des Etats qui en sont membres ; l'article 60 définit comme services « les prestations fournies normalement contre rémunération, dans la mesure où elles ne sont pas régies par les dispositions relatives à la libre circulation des marchandises, des capitaux et des personnes » ; il précise encore expressément que « les activités des professions libérales » sont comprises au nombre des services ainsi définis.

A ces dispositions et à ces orientations de portée très générale ne peuvent être apportées que les quelques limitations ou réserves qui reposeraient :

- soit sur des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique ;
- soit sur des raisons liées à la souveraineté des Etats, la libre circulation des travailleurs n'étant pas applicable aux emplois dans les administrations publiques, le droit d'établissement et la liberté de prestation de services ne visant pas « les activités participant dans cet Etat, même à titre occasionnel, à l'exercice de l'autorité publique » ;
- soit sur les exceptions particulières que croirait devoir adopter le Conseil, statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission ; à ce jour, il n'a été fait aucune application de cette disposition.

B. - LE CHAMP D'APPLICATION DES DIRECTIVES

Il doit être considéré sous le double aspect des personnes et de la matière.

Sur le premier point, il convient d'indiquer que :

- *seules les professions médicales seront concernées* ; plus précisément seule la profession de médecin le sera dans le premier temps qui commencera à courir le 20 décembre prochain ; en effet, si la préparation des directives concernant les professions de chirurgien-dentiste et de sage-femme semble relativement avancée, elles ne sont cependant pas en état.

Il a d'autre part été entendu qu'on ne retarderait pas les travaux et les décisions relatifs aux professions médicales pour traiter le cas des professions paramédicales et pharmaceutiques, qui est cependant à l'étude ; le problème des infirmiers sera ensuite vraisemblablement le premier à être traité.

La Commission s'est également engagée à examiner ultérieurement le dossier des laboratoires d'analyses.

- *Les directives s'appliquent, en principe, à l'ensemble des médecins*, y compris les médecins salariés, qui bénéficieront sans doute des mêmes équivalences de diplômes et seront soumis à la même discipline professionnelle que leurs confrères indépendants. Les seules exceptions sont celles qui découleraient des limitations ou réserves générales évoquées ci-dessus.

Il faut à ce propos préciser le cas des médecins hospitaliers publics : les structures de l'organisation sanitaire en France, en Italie et peut-être en Grande-Bretagne, sont telles qu'ils doivent être considérés comme occupant des « emplois dans l'administration publique » ; à ce titre, ils sont visés par le quatrième et dernier alinéa de l'article 48 du Traité de Rome qui fait exception, dans ce cas, au principe de la libre circulation des travailleurs. Se trouveront dans la même situation les médecins légistes, les médecins experts devant les tribunaux et les médecins contrôleurs des caisses de Sécurité sociale.

- *Une exclusion de droit est donc applicable aux médecins hospitaliers publics.*

Il a cependant été convenu que les institutions européennes qualifiées ouvriraient, dans un délai de trois ans, le cas échéant sous un statut

particulier, l'accès à ce type d'activité aux ressortissants des autres Etats membres ; seront exclus de cette recherche les médecins hospitaliers exerçant dans le cadre d'un poste de direction ou participant, même à titre exceptionnel, à l'autorité publique. C'est là une application normale des principes de base rappelés ci-dessus. La Commission est cependant chargée de présenter, le cas échéant, dans un délai de quatre ans, des suggestions relatives à cette question. Elles ne seraient, en tout état de cause, dotées d'aucune force contraignante ; il est, au surplus, évident que dans l'hypothèse où il serait envisagé de donner une suite à ce qui demeure une simple éventualité, les médecins étrangers seraient tenus de respecter les règles applicables dans le pays concerné et donc, en France par exemple, de subir les mêmes concours que les candidats français.

— Une exclusion de fait semble devoir être ajoutée à l'exclusion de droit qui précède ; elle vise l'exercice de la médecine sous forme de sociétés et celui qui fait l'objet de réglementations particulières. Il faut, sur le premier point, évoquer les *sociétés civiles professionnelles* pour lesquelles aucun statut n'a encore été institué et, sur le second, la *médecine du travail*.

De l'examen, dans un deuxième temps, du problème considéré sous l'angle des activités et non plus des personnes, il ressort que :

- *le champ d'application des directives est, en principe, illimité* : sous les réserves qui découlent nécessairement de ce qui vient d'être précisé à propos des personnes, et des solutions retenues pour régler le problème des équivalences, toutes les activités médicales sont en principe concernées, quelles que soient leur nature ou leurs modalités ; elles peuvent être exercées soit à titre permanent par un médecin ressortissant d'un Etat membre qui s'établit dans un autre Etat membre, soit, à titre exceptionnel, par un médecin qui exécute une prestation de services sur le territoire d'un autre Etat membre que celui dont il est le ressortissant. Le principe d'universalité qui s'attache au diplôme de docteur en médecine conduit à donner la plus large extension à la règle qui vient d'être indiquée ; l'interprétation en sera peut-être, le moment venu, un peu plus restrictive pour les autres professions.

Nous verrons, en procédant à l'examen des articles du projet, que cette extension, en principe totale, du champ d'application de la loi, connaîtra malgré tout des limitations importantes par application des règles, désormais opposables *erga omnes*, qui interdisent d'avoir un double établissement et qui rendent illégal l'exercice habituel des activités médicales sans inscription au conseil départemental de l'Ordre des médecins.

C. - LES PROBLÈMES DE QUALIFICATION : COORDINATION DES FORMATIONS ET ÉQUIVALENCES DE DIPLOMES

1. Dispositions à long terme.

Depuis plusieurs années déjà les dispositions du Code de la santé publique, et notamment son article L. 356, avaient été quelque peu assouplies dans le sens d'une certaine ouverture donnée à des médecins étrangers désireux d'exercer en France ; mais cette « libéralisation » demeurait très relative dans la mesure où de nombreuses conditions étaient mises à l'octroi des autorisations nécessaires, dont le nombre était, en tout état de cause, très limitatif.

L'obstacle principal était, sans aucun doute, l'absence d'équivalence reconnue des diplômes requis pour accéder à la profession.

Les directives de 1975 entraîneront un très substantiel pas en avant dans une évolution qui, au total, a été à peine esquissée au cours de la période précédente : elles affirment le principe de la reconnaissance mutuelle des diplômes sur la base d'une coordination minimale des formations. Prenant appui sur la volonté d'assurer une véritable coordination des actions de formation, elles réalisent un équilibre subtil entre l'institution d'une politique commune de la formation, qui n'était guère réalisable, et la notion, peu satisfaisante, d'équivalence plus ou moins vague et arbitraire entre les diplômes existants.

L'adoption, puis le respect d'un certain nombre de critères communs concernant la formation des médecins, susceptibles de favoriser la mise en œuvre d'une politique de coordination effective, conditionne évidemment la reconnaissance mutuelle des diplômes ; celle-ci est elle-même à la base de la politique commune qui entrera en vigueur à partir du 20 décembre prochain.

Les problèmes d'enseignement et de formation sont assez délicats dans la mesure où, s'il est relativement aisé d'établir des critères quantitatifs, il est beaucoup plus difficile de fixer ceux qui ont un caractère qualitatif. La chose se trouvera cependant relativement facilitée à partir du moment où, dans leurs très grandes lignes tout au moins, les règles en vigueur dans chaque pays ne sont pas fondamentalement dissemblables ou incompatibles.

a) *Le médecin généraliste.*

Bien que les termes de la directive n° 75/363 ne soient pas d'une précision et d'une clarté absolument limpides, il n'en ressort pas moins qu'au cours de sa formation, le candidat à un diplôme de médecin généraliste devra avoir notamment acquis :

- « — une connaissance *adéquate* des sciences sur lesquelles se fonde la médecine ainsi qu'une bonne compréhension des méthodes scientifiques ;
- « — une connaissance *adéquate* de la structure des fonctions et du comportement des êtres humains, en bonne santé et malades, ainsi que des rapports entre l'état de santé de l'homme et son environnement physique et social ;
- « — une connaissance *adéquate* des matières et des pratiques cliniques lui fournissant un aperçu cohérent... de la médecine sous ses aspects préventifs, diagnostique et thérapeutique... ;
- « — une expérience clinique *adéquate* sous surveillance appropriée dans les hôpitaux.

On voit que cet inventaire qualitatif est à la fois précis et vague, en raison notamment de la présence et de la répétition du mot « adéquat » auquel on peut reprocher de prêter à bien des interprétations, mais qui correspond aussi au souci de respecter à la fois une certaine liberté d'action pour les Etats et l'autonomie des universités.

En tout état de cause, un *critère quantitatif précis* a été retenu dans la directive : la formation médicale totale doit comprendre, *au minimum* « six années d'études ou 5.500 heures d'enseignement théorique et pratique, dispensées dans une université ou sous la surveillance d'une université ».

Une disposition de l'article premier de la même directive, qui n'aurait peut-être pas été indispensable, prévoit en outre que l'admission à la formation des médecins « suppose (elle-même) la possession d'un diplôme ou certificat donnant accès, pour les études en cause, aux établissements universitaires d'un Etat membre ».

Il apparaît, à la lumière de ces dispositions, que la coordination sera, pour les généralistes, passablement limitée. Rien de précis n'est notamment prévu pour rendre obligatoire une formation clinique faisant suite aux études purement universitaires.

Le succès de toute l'entreprise européenne dans le domaine de la santé dépendra de la volonté qu'auront les Etats membres de lui donner un contenu commun véritable. Nous souhaitons, quant à nous, qu'elle soit puissante et résolue...

b) *Le médecin spécialiste.*

Le contenu des directives, plus normatif qu'il ne l'est pour l'omnipraticien, prévoit :

- un enseignement théorique et pratique à temps plein d'une durée minimale de trois à cinq ans selon les spécialités, dans un centre universitaire ou dans un établissement assimilé, étant entendu que le spécialiste doit participer personnellement aux responsabilités et à l'activité des services hospitaliers. Si des circonstances impérieuses l'imposent, une formation à temps partiel peut être admise ; la durée totale de la formation doit alors être la même que celle du temps plein, et le niveau de la formation ne doit être compromis sous aucun prétexte ;
- la remise en cause des dispositions qui précèdent, en vue de leur amélioration éventuelle, dans un délai de quatre ans suivant la notification des directives.

2. Les mesures transitoires.

Elles sont destinées à régler certains problèmes particuliers pour lesquels une solution définitive n'a pu être envisagée dès le départ.

- les formations spécialisées à temps partiel pourront être maintenues sans justification spéciale pendant une durée d'au moins quatre ans, qui sera prolongée si le Conseil des Communautés n'a pas pris de décision sur ce sujet ;
- le Luxembourg et le Danemark bénéficieront de dérogations provisoires à la condition de formation générale de six années préalables à la formation spécialisée ;
- enfin, pour l'ensemble des Etats qui déclareront éprouver des difficultés majeures, la commission examinera avec eux la situation, prendra l'avis d'un comité de hauts fonctionnaires de la santé et soumettra s'il y a lieu des propositions au Conseil.

Il est à noter que cette disposition de sauvegarde ne paraît pas uniquement liée aux problèmes de modification des formations mais a, sans doute, une portée plus générale, qui n'est cependant pas parfaitement définie.

3. Le problème des droits acquis.

Il se pose nécessairement à l'occasion des grandes modifications de structure, telles que celle qui entrera en vigueur le 20 décembre.

Il n'était en effet pas concevable que la reconnaissance mutuelle des diplômes soit restreinte au point de ne porter que sur les diplômes acquis conformément aux nouvelles dispositions. Des mesures sont donc prévues pour assurer, très légitimement, la protection des droits acquis ; elles reposent sur la justification d'une durée minimale d'exercice :

- trois années consécutives au cours des cinq ans qui précèdent la délivrance de l'attestation, pour les généralistes ;
- une durée de pratique égale au double de la différence entre la durée de formation dans l'Etat d'origine et la durée exigée par la directive, pour les spécialistes.

4. La question des spécialités reconnues dans un seul Etat :

Il convient de noter que les spécialités n'existant que dans un seul Etat sont, par la force des choses, exclues des dispositions générales relatives aux équivalences et à la reconnaissance mutuelle des diplômes. L'Etat d'accueil dispose alors de la faculté d'exiger qu'il soit satisfait à ses propres conditions de formation, qu'il peut d'ailleurs assouplir de son propre chef.

5. La valeur du contrôle de qualification.

C'est évidemment une question qui peut et doit être posée dès lors qu'on a en vue, d'une façon absolument prioritaire, la protection des malades.

D'une manière générale, et sous réserve bien entendu qu'ils peuvent être sur tel point un peu meilleurs et sur tel autre un peu moins bons, les systèmes de formation médicale à travers les neuf pays européens n'en présentent pas moins assez de similitudes et de points communs ou comparables pour permettre d'espérer que les malades bénéficieront des garanties qu'ils sont en droit d'espérer et d'exiger.

Il faut cependant relever le caractère plus que sommaire des critères qualitatifs de la formation en ce qui concerne la fixation des programmes, et les quelques différences constatées au niveau de la sélection des étudiants ; **voire commission souhaite que les efforts soient poursuivis en vue de résorber dans toute la mesure du possible les disparités les plus criantes dans ces quelques domaines.** On peut espérer que la France, en ce qui la concerne, prendra rapidement les mesures qui s'imposeront après le dépôt du rapport de la Commission présidée par M. Fougère et participera activement, le moment venu, aux travaux du Comité consultatif européen comprenant, par Etat, trois experts représentant l'Etat, l'Université et la profession.

D. - LA DISCIPLINE PROFESSIONNELLE

1. L'accès à la profession.

Il n'est pas prévu, à son propos, de dispositions communautaires particulières, les réglementations internes continuant donc à s'appliquer dans chaque pays. Toutefois, on le verra en procédant à l'examen des articles du projet de loi, certaines dispositions peuvent être prises pour empêcher les médecins passibles de sanctions pénales ou professionnelles dans un des Etats de la Communauté, de se réfugier dans un autre pour échapper à ces sanctions et, à plus forte raison, y reprendre une activité médicale.

- S'agissant de l'absence de *sanction pénale*, les preuves et attestations fournies par le pays d'origine qui les exige lui-même doivent être acceptées aussi par le pays d'accueil ; si le pays d'origine n'exige rien sur ce plan, le pays d'accueil peut imposer au médecin des justifications identiques à celles qu'il demande à ses propres ressortissants (extrait de casier judiciaire, certificat de bonne santé, etc.) ;

- En ce qui concerne les *sanctions professionnelles*, une procédure de communication entre Etats est prévue : l'Etat d'origine doit répondre dans un délai de trois mois à la demande qui lui est présentée par l'Etat d'accueil ; s'il ne répond pas dans ce délai, la procédure d'admission imposée au médecin, et suspendue pendant le temps d'attente, reprend son cours. Tous les documents utilisés dans ces procédures de contrôle d'honorabilité doivent dater de trois mois au plus.

Toutefois, *une incertitude règne sur le point de savoir comment pourrait se régler la situation dans laquelle un médecin aurait encouru une sanction ne le privant pas du droit d'exercice dans son propre pays ; elle n'est pas prévue par les directives mais par une simple déclaration du Conseil, dépourvue de valeur contraignante.*

De même, la situation est peu claire dans le cas où l'Etat d'accueil « a connaissance de faits graves et précis survenus en dehors de son territoire et susceptibles d'avoir des conséquences sur l'exercice de l'activité en cause ». Il est simplement prévu qu'il « peut... en informer l'Etat membre d'origine ou de provenance qui examine la véracité des faits ». Mais les précisions manquent sur la procédure, sur la définition des sources ou autorités chargées de l'information, sur les effets de la communication, etc.

Enfin, il semble que ces dispositions, même si elles sont incomplètes et insuffisantes lorsqu'il s'agit de l'établissement, ne seront même pas applicables en ce qui concerne la prestation de services.

2. Le respect de la déontologie.

Aucune harmonisation des codes de déontologie n'est prévue par les directives. Il est simplement précisé que la réglementation interne de chaque Etat s'applique en matière d'établissement comme de prestation de services. Mais, notamment dans le cas de fautes commises à l'occasion d'une prestation de services, les directives sont peu explicites sur les procédures de communication des sanctions et sur l'extension territoriale dont elles sont susceptibles.

3. L'information des médecins.

Les médecins s'installant ou fournissant des services dans un Etat membre autre que leur Etat d'origine doivent y recevoir une information sur les lois sanitaires et sociales, sur la déontologie ; l'Etat d'accueil doit également leur faciliter, dans leur intérêt et celui de leurs patients, l'acquisition de connaissances linguistiques professionnelles.

*
**

Nous constaterons, en résumé, que les directives comportent un grand nombre de dispositions précises qui permettent d'augurer plutôt bien des perspectives ouvertes pour les prochaines années ; mais des lacunes, des ombres subsistent, notamment au niveau de la coordination.

Certaines solutions sont ébauchées dans d'autres documents communautaires, tels que les Déclarations ; mais si ceux-ci ont quelque valeur incitative, ils sont par contre dépourvus de la force contraignante qui est seule susceptible d'aider à vaincre certaines résistances, réticences ou pesanteurs.

Le Conseil des Communautés, la Commission, le Comité permanent des médecins de la C.E.E. créé en 1959, ainsi que le Comité consultatif pour la formation des médecins et le Comité des hauts fonctionnaires, créés par décision du conseil en juin 1975, devront certainement, chacun à leur niveau, travailler avec persévérance et parfois avec vigilance pour assurer le succès de la nouvelle politique médicale commune.

CHAPITRE III

EXAMEN DES ARTICLES DU PROJET DE LOI

Article premier.

Cet article a pour objet la modification de l'article L 356 du Code de la santé publique, celui auquel nous avons déjà fait rapidement allusion au début de ce rapport en indiquant qu'il définissait les conditions à remplir par quiconque veut exercer, en France, les professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

Nous rappellerons brièvement ces conditions :

- 1° Etre muni d'un diplôme français d'Etat correspondant à la profession concernée ;
- 2° Posséder la nationalité française, marocaine ou tunisienne ;
- 3° Etre inscrit à un tableau (départemental) de l'ordre considéré, cette condition n'étant pas exigible des personnels du service de santé des armées et des fonctionnaires de l'Etat ou des collectivités locales ne pratiquant pas leur art dans l'exercice de leurs fonctions.

Des dispositions spéciales sont prévues, dans la limite de la parité numérique, pour les ressortissants des pays avec lesquels existent des accords de réciprocité, titulaires d'un diplôme dont l'équivalence de la valeur scientifique avec celle du diplôme français est reconnue par le Gouvernement français ; les décisions, toujours révocables, sont prises individuellement après avis des organisations syndicales et ordinaires intéressées et après succès du candidat à un examen de culture générale et de connaissance des lois médico-sociales.

D'autres dispositions particulières permettent au Ministre de la Santé, après consultation d'une commission comprenant des représentants des syndicats et de l'ordre intéressés, d'autoriser individuellement l'exercice de leur art :

- aux étrangers titulaires du diplôme français correspondant à la profession choisie ;

- aux Français ou aux étrangers titulaires d'un diplôme étranger de valeur scientifique reconnue équivalente à celle du diplôme français correspondant et qui ont satisfait à des épreuves de contrôle. Le nombre maximum des bénéficiaires de ces mesures est arrêté chaque année par le Gouvernement en accord avec la commission mentionnée ci-dessus.

L'article premier du projet de loi ne modifie nullement ces dispositions exceptionnelles qui resteront applicables aux ressortissants des pays étrangers à la Communauté ; il a principalement pour objet d'harmoniser celles qui fixent les conditions normales d'exercice avec le contenu des directives.

La *première modification* annonce seulement les quelques dispositions formelles qui, dans un nouvel article L. 356-2, régleront, pour les médecins, seuls concernés actuellement, le problème du diplôme.

La *seconde* aménage le texte relatif à la condition de nationalité, pour le rendre conforme aux décisions européennes qui prescrivent, on l'a vu, *l'abolition dans les Etats membres de toute discrimination reposant sur la nationalité*. Il s'agit évidemment de la disposition la plus fondamentale du texte. L'assentiment de principe de la Commission se perçoit sans aucun doute à travers les commentaires qui, au début de ce rapport, ont été consacrés à un rappel rapide des grands principes et des grandes options sur lesquels repose la construction européenne. Sans, bien entendu, le remettre le moins du monde en cause, votre Commission n'en est pas moins parfaitement consciente du profond changement qui, après avoir affecté les textes, se traduira dans les comportements et dans la réalité quotidienne. Les projections qui ont pu être faites semblent montrer que le flux migratoire des médecins restera limité dans son ampleur. Le problème de la langue, les questions pratiques de la vie quotidienne, le désir d'une certaine sédentarité qui est commun au plus grand nombre des hommes, l'attachement profond des médecins à la région, et donc, sans doute, au pays, dans lesquels ils ont fait leurs études, parce que les hôpitaux destinés à leurs malades sont ceux qu'ils ont eux-mêmes fréquentés comme étudiants, parce qu'ils y restent plus facilement en contact avec leurs « patrons » et que les confrères avec lesquels ils travaillent sont leurs anciens camarades, sont sans doute autant de facteurs qui devraient concourir à maintenir dans des proportions modestes le nombre des médecins qui s'installeront au-delà des frontières de leur pays.

En sens inverse, on peut prévoir les effets, sans doute limités mais difficilement estimables, d'un certain engouement pour les nouvelles possibilités, de l'attrait pour certaines régions ou certains climats privilégiés, et surtout de **l'attraction qu'un pays pourrait exercer sur les ressortissants des Etats voisins si on laissait s'instituer des déséquilibres trop profonds de l'un à l'autre, au niveau du recrutement et du nombre des étudiants, de la qualité des études, des modes et du volume des rémunérations, de la**

fiscallité, des conditions générales d'exercice, etc. C'est la raison pour laquelle votre Commission demandera au Gouvernement de donner au Sénat des indications précises sur ses intentions d'action dans ces différents domaines, en droit interne comme dans les négociations communautaires, et de prendre publiquement les quelques engagements qu'elle souhaite obtenir.

L'occasion s'en présentant, le vote du projet de loi permettra de combler une lacune du texte qui porte un préjudice certain aux citoyens de la Principauté d'Andorre ; même titulaires des diplômes français d'Etat et bien que ressortissants d'un Etat sur lequel la France exerce sa co-suzeraineté, ils sont actuellement, pour l'exercice des professions médicales, considérés comme de purs et simples étrangers et, à ce titre, soumis aux dispositions plus rigoureuses analysées ci-dessus. Ils seront désormais traités comme les nationaux français et les ressortissants des pays membres de la Communauté.

La *troisième modification* a une portée formelle ; elle procède, comme il est traditionnel, à l'actualisation des références aux structures gouvernementales du jour et harmonise la rédaction de la partie du texte qui, au cinquième alinéa du 2^o de l'article L. 356, fait mention du diplôme avec celle qui est proposée pour le paragraphe 1^o du même article.

Cet article a été adopté sans modification.

Article 2.

Cet article, qui tend à ajouter deux articles nouveaux au Code de la santé publique, constitue la seconde pièce maîtresse du dispositif proposé à notre examen.

L'article L. 356-1 vise, non plus comme l'article L. 356, l'établissement possible, en France, d'un médecin ressortissant d'un pays de la Communauté mais la *prestation de service* qu'il peut être amené à y faire. On a vu, en analysant les grands principes mis en œuvre par le droit européen, que la liberté d'établissement et la liberté de prestation de services sont les deux volets professionnels d'un ensemble qui repose lui-même sur le principe de la liberté de circulation. On a dit aussi que la deuxième des notions était nettement plus difficile à cerner avec précision que la première. Sans, pour cette raison, qu'il soit possible d'être absolument garanti contre les difficultés d'interprétation ou d'application qui pourraient survenir et qui, selon les cas, trouveraient leur solution dans des négociations complémentaires ou dans des décisions juridictionnelles, on peut malgré tout tenter d'en donner une définition aussi précise que possible : *aurait, à notre sens, la qualité de prestation de service tout acte médical accompli dans un Etat de la Communauté par un médecin ressortissant d'un autre Etat membre, en conformité avec les législations et réglementations existantes,*

sans être pour autant effectué dans le cadre d'une installation reposant juridiquement sur les règles relatives au droit d'établissement.

Même si, pour les raisons qui viennent d'être dites, il est imparfait, cet essai de définition a au moins le mérite de situer le contexte dans lequel les médecins ressortissants d'un Etat membre de la Communauté non installés dans un autre Etat membre pourront y exercer certaines activités professionnelles. Sans préjudice des dispositions internes que les différents Etats membres seront amenés à prendre pour préciser les nouvelles règles communautaires et qui, pour la France, sont essentiellement d'ordre réglementaire, il est cependant nécessaire d'en introduire certaines dans la partie législative du Code de la santé publique.

Ce sont les suivantes :

- S'il est, par dérogation à une des conditions fondamentales du régime traditionnel, dispensé d'être inscrit à un tableau de l'Ordre, le médecin qui voudra, dans un autre Etat membre que celui dont il est ressortissant, effectuer un acte professionnel répondant à la qualification de prestation de service, devra être établi et exercer légalement les activités de médecin dans un Etat membre de la Communauté.

- Il ne pourra exécuter ledit acte que s'il en a fait la déclaration préalable selon des modalités qui seront fixées par décret.

- En cas d'urgence qui rendrait impossible la déclaration préalable, la régularisation devra être faite dans un délai de quinze jours.

- Dans les deux cas précédents, la déclaration devra être accompagnée d'une attestation établie par l'autorité compétente de l'Etat d'origine, membre de la Communauté, certifiant que l'intéressé justifie bien des titres requis et qu'il exerce *légalement ses activités médicales dans l'Etat membre où il est installé.*

En attendant les mesures qui, sans porter bien entendu atteinte aux principes communautaires, seront prises par la voie réglementaire pour compléter ces garanties, la loi interne institue par ce moyen une protection très solide contre les risques qui découleraient de l'institution de pratiques médicales itinérantes.

- Pour protéger les malades contre le risque d'être amenés à solliciter de la part d'un médecin une prestation de service consistant, par exemple, dans une consultation, une opération, etc., alors que, tout en satisfaisant aux conditions précédentes il n'en serait pas moins sous la menace ou sous le coup d'une sanction pour une infraction commise dans son Etat d'origine ou de provenance et susceptible de conduire à son interdiction définitive ou temporaire d'exercer, on lui demandera de joindre au dossier une déclaration sur l'honneur certifiant précisément qu'aucune instance de cette nature n'est en cours contre lui.

● Enfin, dernière garantie de sérieux et de sécurité dans le texte fixant la procédure relative aux prestations de services, le médecin prestataire est assujéti à la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins.

Amendements proposés par la Commission.

Premier amendement : Bien qu'il s'agisse sans doute d'une vérité d'évidence, il semble préférable de préciser que, si le délai prévu est limité à quinze jours, il serait souhaitable que, dans toute la mesure du possible, il soit inférieur à cette durée, sans que, pour autant, on prenne le risque de voir surgir quelque difficulté d'interprétation de la loi.

Deuxième et troisième amendements : La modification proposée n'a qu'une portée purement philologique conforme, au surplus, à la rédaction retenue, à l'article 10 du projet, en vue de modifier le premier alinéa de l'article L. 414 du Code de la santé.

Quatrième amendement : Le vocabulaire traditionnel européen semble faire assez rarement référence à la notion de « pays » et, d'une manière très générale, porter la marque d'une nette préférence pour le concept d'« Etat ».

Cinquième amendement : Bien que cela aille peut-être sans dire, puisque, aux termes mêmes de cet alinéa, le médecin prestataire de services est déclaré soumis à la juridiction disciplinaire de l'Ordre et qu'une disposition nouvelle de l'article L. 372 (voir 3 de l'art. 5 du projet de loi) vise expressément l'exercice illégal de la médecine, il ne paraît pas inutile à votre Commission de se placer dans un cadre plus général en précisant le cadre éthique et juridique dans lequel doit nécessairement évoluer le médecin prestataire de services.

L'article L. 356-2 apporte le complément indispensable, et déjà annoncé, au paragraphe 1° de l'article L. 356 qui, en se plaçant légitimement au niveau des grands principes applicables en la matière, mentionnera seulement désormais la nécessaire possession d'un diplôme approprié parmi les conditions d'exercice des professions médicales.

Nous nous empressons de remarquer que *rien ne sera, en fait, changé pour l'instant*, sous réserve de la simple réparation d'une omission commise au détriment des premiers, *aux conditions exigées des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes. Rien ne le sera non plus, s'agissant de l'exercice de la médecine, pour les titulaires du diplôme français d'Etat de docteur en médecine.*

Par contre, il y a lieu de procéder aux aménagements nécessaires pour que les ressortissants des Etats membres de la Communauté puissent

bénéficiaire — sans être en porte à faux vis-à-vis de dispositions contraires du droit interne qui, en tout état de cause, perdraient leur validité — des mesures de libéralisation, d'ailleurs contrôlée, qui sont contenues dans les directives de juin 1975.

Pour les ressortissants des autres Etats membres de la Communauté, deux situations peuvent se présenter relativement à la faculté, pour eux, d'exercer la médecine en France :

a) Sans autre formalité, s'ils sont titulaires d'un diplôme, certificat ou titre délivré par un Etat membre et figurant sur une liste dressée, en conformité avec les obligations communautaires, par arrêté du ministre de la Santé et du Ministre chargé des Universités. Cette liste est déjà pratiquement dressée ; il suffit, pour s'en rendre compte, de se reporter aux articles 2 et 3 de la directive 75-362.

b) Sous les réserves suivantes, s'ils ne sont pas titulaires de diplômes, certificats ou titres figurant sur cette liste ; leurs droits acquis seront respectés, même en l'absence de reconnaissance mutuelle des équivalences telle qu'elle est ainsi réalisée si, à l'appui des diplômes, certificats ou autres titres de médecin délivrés antérieurement au 20 décembre 1976 par un Etat membre, ils peuvent joindre une attestation de cet Etat certifiant qu'ils se sont licitement et effectivement consacrés pendant trois ans au moins aux activités médicales au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation.

Il apparaît que le nombre des bénéficiaires de cette dernière disposition de rattrapage sera tout à fait réduit.

Votre Commission a adopté sans modification le texte proposé pour l'article L. 356-2 et l'ensemble de l'article 2 du projet de loi.

Article 3.

Cet article a simplement pour objet l'adaptation de la référence numérique contenue dans l'article L. 357 à la rédaction retenue pour l'article L. 356 et à l'insertion dans le Code de deux articles nouveaux, L. 356-1 et L. 356-2.

Article 4.

Là encore, il s'agit d'une modification purement formelle de l'article L. 367, découlant de la nouvelle rédaction donnée à l'article L. 356 et aux deux articles nouveaux qui le suivent : comme les « docteurs en méde-

« cine » le sont actuellement, les « médecins » de la nouvelle terminologie seront, bien entendu, tenus de déférer aux réquisitions de l'autorité publique.

Les articles 3 et 4 ont été adoptés sans modification.

Article 4 bis (nouveau).

Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée Nationale d'un amendement qui lui a été présenté par sa Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales en vue de mettre le patient en possession d'une information aussi complète que possible sur le médecin auquel il a recours et sur la formation que celui-ci a reçue. Cette disposition est conforme aux possibilités prévues par l'article 10 de la directive n° 75-362.

Votre Commission l'a adopté sans modification.

Article 5.

L'article L. 372 du Code de la santé traite de l'exercice illégal de la médecine. Les dispositions 1 et 2 du texte proposé ont, comme l'article 4, une portée purement rédactionnelle.

La mesure 3 complète le dispositif actuellement en vigueur en y soumettant très normalement le médecin originaire d'un autre Etat de la Communauté et prestataire de services en France.

Cet article a été adopté sans modification.

Article 6.

Cet article a pour objet la simple transposition, au niveau de la définition de l'art dentaire et de son exercice illégal, de la simple réparation d'une omission matérielle à laquelle il est procédé à l'occasion de la modification de structure de l'article L. 356 et du report de certaines de ses dispositions dans un nouvel article L. 356-2.

Votre Commission a adopté cet article sans modification.

Article 7.

Les dispositions sur l'exercice illégal de la pratique des accouchements doivent faire l'objet des mêmes aménagements rédactionnels que celles qui visent l'exercice illégal de la médecine.

Cet article a été adopté sans modification.

Article 8.

Cet article tend à modifier l'article L. 378 du Code de la santé relatif à l'usurpation de titres professionnels. Il convient d'harmoniser sa rédaction avec celle qui sera désormais donnée à l'article L. 356 pour les médecins.

L'article 8 a été adopté sans modification.

Article 9.

Il a pour objet la modification de l'article L. 412 qui fixe l'obligation et les modalités d'inscription au tableau départemental de l'Ordre.

La première disposition est, comme les précédentes, destinée à une simple coordination rédactionnelle des textes.

La deuxième a un contenu plus substantiel, puisqu'elle pose le principe de la non-inscription à un tableau ordinal du médecin déjà inscrit ou enregistré dans un autre Etat. On comprend aisément le souci d'assurer le respect de la règle traditionnelle et absolue du cabinet médical unique, qui s'impose à tout médecin Français exerçant en France et doit donc s'appliquer aux médecins étrangers autorisés à exercer dans notre pays.

Mais votre Commission regrette que l'ordre, la préfecture et le parquet soient peut-être ainsi privés, volontairement, d'un moyen commode de connaissance immédiate de la situation médicale dans un département. N'aurait-il pas été possible d'imaginer une autre rédaction rendant obligatoire une forme, même simplifiée d'inscription, sans que, pour autant, des droits nouveaux se trouvent conférés au médecin concerné ?

L'article 9 a cependant été adopté sans modification.

Article 10.

Cet article tend à modifier les dispositions de l'article L. 414 relatif aux droits et obligations du conseil départemental de l'Ordre en matière d'inscription au tableau.

Mettant à profit la révision de l'article, les rédacteurs du projet de loi initial et l'Assemblée Nationale proposent de porter, dans tous les cas, de deux à trois mois le délai imparti au conseil départemental pour se prononcer sur une demande d'inscription au tableau ; ils précisent, afin d'éviter le retour de certaines difficultés qui ont pu se produire, que, le point de départ du délai étant fixé au moment du dépôt de la demande, celle-ci doit obligatoirement être accompagnée d'un dossier complet.

Les autres dispositions, destinées à adapter l'article L. 414 à la nouvelle situation dans la Communauté européenne sont les suivantes :

- lorsqu'il s'agit d'un ressortissant d'un Etat membre autre que la France, et qu'il convient de consulter cet Etat sur l'existence de faits graves et précis qui, bien que commis hors de France, pourraient avoir des conséquences sur la décision d'inscription au tableau, le délai de trois mois prévu ci-dessus se trouve suspendu par la demande de consultation ;
- cette suspension prend fin soit à réception de la réponse faite par l'Etat consulté, si elle parvient dans un délai fixé lui aussi à trois mois, soit, en l'absence de réponse dans ce délai, à l'expiration de celui-ci ; l'intéressé est tenu avisé ;
- s'il ne s'agit pas d'un citoyen répondant aux conditions de nationalité élargies prévues par le 2° de l'article L. 356 (Français, Andorrans, ressortissants d'un Etat membre de la Communauté, Marocains et Tunisiens) il est imparti à l'Ordre un délai pour statuer ; il est, dans ce cas, fixé à six mois.

Amendements proposés par la Commission.

Le premier amendement proposé par la Commission est identique au premier déjà présenté à l'article 2, afin de modifier le texte proposé pour l'article L. 356-1 du Code de la santé publique. Ses justifications sont les mêmes.

Le second amendement a une portée sensiblement plus importante : l'Assemblée Nationale a examiné, rejetant l'un et adoptant l'autre, deux amendements présentés par sa Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales.

Le premier avait pour objet de transposer dans le domaine de la procédure d'inscription au tableau départemental les dispositions déjà retenues, à l'article L. 356-1, à propos de la déclaration imposée aux prestataires de services et qui doivent garantir aux patients consultant en France qu'ils ne s'adressent pas à un médecin contre lequel une procédure disciplinaire ou pénale serait en cours dans un pays étranger.

Le conseil de l'Ordre aura certes pour obligation, au moins morale, de procéder, sur ce plan, aux vérifications nécessaires ; l'engagement personnel du médecin paraît cependant souhaitable à votre Commission ; il peut constituer, dans le même temps, un moyen de recoupement intéressant sur l'honorabilité du demandeur.

L'Assemblée Nationale a, par contre, adopté un amendement qui obligerait le candidat à faire la preuve, devant le conseil départemental de l'Ordre, d'une connaissance minimale de la langue française.

Outre les difficultés qui ne manqueraient pas de se produire, au niveau de l'harmonisation et de la « standardisation » nécessaires des épreuves, dans près de cent départements différents, votre Commission n'est guère favorable à une procédure, qui serait sans doute, en tout état de cause, destinée à n'être qu'un simulacre ou une cause inutile de vexation.

Ce type d'examen, dont on cerne d'ailleurs assez mal les contours, serait sans doute jugé « discriminatoire » par les autorités européennes et, à ce titre, susceptible de conduire la France à une condamnation regrettable devant la Cour de Justice des Communautés.

Votre Commission considère que le filtrage effectivement nécessaire s'opérera de lui-même, un médecin d'un Etat membre de la Communauté ne prenant les risques et les aléas d'une installation dans un autre pays que si, au moins, l'ignorance de la langue du pays d'accueil ne vient pas constituer un obstacle quasi insurmontable à la réussite de son entreprise.

Votre Commission vous propose en conséquence de substituer une rédaction à une autre, pour l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 414.

Article 11.

Il convient d'aménager les dispositions relatives au recours contre les décisions du conseil départemental, qui font l'objet de l'article L. 415 du Code, en fonction des modifications (par allongement des délais d'instruction et institution de possibilités de suspension de ces délais) apportées par l'article 10 du projet de loi à la procédure d'inscription au tableau départemental de l'Ordre.

Cet article a été adopté sans modification.

Article 12.

L'article 12 constitue en quelque sorte un élément « rapporté » du projet de loi puisque, s'il se situe effectivement dans l'optique européenne, il n'a pas de rapport avec les autres dispositions qui concernent les seuls médecins. L'article 23 de la directive 75-319 C.E.E. du 20 mai 1975 prescrit l'obligation, pour le pharmacien responsable d'un établissement de préparation (c'est-à-dire de fabrication) de médicaments, de justifier d'une expérience pratique. L'article 12 doit permettre la mise en harmonie de notre réglementation interne avec cette stipulation européenne ; des décrets fixeront la durée et les modalités de la formation exigés.

L'article a été adopté sans modification.

Article additionnel 13 (nouveau).

Bien que votre Commission des Affaires sociales ne soit pas favorable à une multiplication systématique du nombre des rapports que le Gouvernement reçoit l'obligation de présenter au Parlement, il lui apparaît indispensable de prévoir, à l'occasion du vote du présent projet de loi, une procédure de ce type. Votre Rapporteur pense avoir suffisamment démontré que la Commission est, à la fois, favorable au développement de la coopération entre les Etats de la Communauté et consciente des difficultés et des risques que, dans le même temps, assume volontairement chaque Etat intéressé. S'agissant de notre pays, il paraît indispensable que le Parlement se trouve régulièrement informé de ces problèmes et des solutions qui leur sont apportées.

TABLEAU COMPARATIF

Texte actuellement en vigueur	Texte du projet de loi	Texte voté par l'Assemblée Nationale	Texte proposé par votre Commission
LIVRE IV			
PROFESSIONS MÉDICALES ET AUXILIAIRES MÉDICAUX			
TITRE PREMIER			
PROFESSIONS DE MÉDECIN, DE CHIRURGIEN-DENTISTE ET DE SAGE-FEMME			
<i>Chapitre premier.</i>			
Exercice de la profession.			
<i>Section I. — Conditions auxquelles est subordonné l'exercice de la profession.</i>			
Art. L. 356. — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme en France s'il n'est :	Article premier.	Article premier.	Article premier.
1 ^o Muni du diplôme français d'Etat de docteur en médecine ou en chirurgie dentaire ou du diplôme français d'Etat de sage-femme 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 ;	L'article L. 356 du Code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :	Alignée sans modification.	Sans modification.
2 ^o De nationalité française ou ressortissant 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.	Au 1 ^o de cet article, les mots : « muni du diplôme français d'Etat de docteur en médecine ou en chirurgie dentaire ou du diplôme français d'Etat de sage-femme » sont remplacés par les mots : « titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.356-2 ».	1. Au 1 ^o de cet article...	
	Au 2 ^o de cet article, les mots : « de nationalité française ou ressortissant du Maroc ou de la Tunisie » sont remplacés par les mots : « de nationalité française, citoyen andorran ou ressortissant de l'un des Etats membres de la Communauté économique européenne, du Maroc ou de la Tunisie ».	... à l'article L. 356-2 ».	
		2. Au 2 ^o de cet article...	
		... la Tunisie ».	

**Texte actuellement
en vigueur**

Texte du projet de loi

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

**Texte proposé
par votre Commission**

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 ... du Ministre de la Santé publique et de la Population, si des accords ont été passés à cet effet avec cet 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 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 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 du 15 janvier 1947, ces examens 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 :

**Texte actuellement
en vigueur**

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

Des personnes françaises ou étrangères, titulaires d'un diplôme étranger de valeur scientifique reconnue équivalente, par le Ministre de l'Education nationale, à celle d'un des diplômes prévus au 1° ci-dessus et qui ont subi avec succès des épreuves définies 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, le Ministre 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 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 ;

Texte du projet de loi

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

**Texte proposé
par votre Commission**

3. Au cinquième alinéa du 2° de cet article, les mots « de valeur scientifique reconnue équivalente par le Ministre chargé de l'Education nationale à celle d'un des diplômes prévus au 1° ci-dessus » sont remplacés par les mots : « de valeur scientifique reconnue équivalente par le Ministre chargé des Universités à celle d'un diplôme français permettant l'exercice de la profession.

Texte actuellement
en vigueur

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

Toutefois, cette dernière condition ne s'applique pas aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées. Elle 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'exercer la médecine ou l'art cice de leurs fonctions, à dentaire ou à pratiquer des accouchements.

Texte du projet de loi

Art. 2.

Il est inséré, après l'article L. 356 du Code de la santé publique, un article L. 356-1 et un article L. 356-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 356-1. — Le médecin ressortissant d'un des Etats membres de la Communauté économique européenne qui est établi et exercer légalement les activités de médecin dans un Etat membre autre que la France peut exécuter en France des actes professionnels sans être inscrit à un tableau de l'Ordre des médecins. L'exécution de ces actes est toutefois subordonnée à une déclaration préalable dont les modalités sont fixées par un décret en Conseil d'Etat. Si l'urgence ne permet pas de faire cette déclaration préalablement à

Texte voté
par l'Assemblée Nationale

Art. 2.

Alinéa sans modification.

« Art. L. 356-1. — Alinéa sans modification.

Texte proposé
par votre Commission

Art. 2.

Alinéa sans modification.

« Art. L. 356-1. — Le médecin...

**Texte actuellement
en vigueur**

Texte du projet de loi

l'acte, elle doit être faite postérieurement dans un délai de quinze jours.

« La déclaration est assortie d'une attestation de l'Etat membre certifiant que l'intéressé possède les diplômes, certificats ou autres titres requis et qu'il exerce légalement les activités de médecin dans l'Etat membre où il est établi.

« Le médecin prestataire de services est soumis à la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins.

« Art. L. 356-2. — Les diplômes, certificats et titres exigés en application du 1^o de l'article L. 356 sont :

« 1^o Pour l'exercice de la profession de médecin :

« — soit le diplôme français d'Etat de docteur en médecine,

« — soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de la Communauté économique européenne, un diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par l'un de ces Etats et figurant sur une liste établie conformément aux obligations communautaires, par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et du Ministre chargé des Universités ou tout autre diplôme,

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

« La déclaration... attestation de l'autorité compétente de l'Etat membre...

... où il est établi. Elle est également assortie d'une déclaration sur l'honneur attestant qu'aucune instance pouvant entraîner l'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de la médecine dans le pays d'origine ou de provenance n'est en cours à son rencontre.

Alinéa sans modification.

« Art. L. 356-2. — Sans modification.

**Texte proposé
par votre Commission**

... dans un délai maximum de quinze jours.

La déclaration est accompagnée d'une attestation...

... Elle est également accompagnée d'une déclaration...

... dans l'Etat d'origine...

... son rencontre.

Le médecin prestataire de services est tenu de respecter les règles professionnelles en vigueur dans l'Etat où il effectue sa prestation et soumis...

... des médecins.

Art. L. 356-2. — Sans modification.

**Texte actuellement
en vigueur**

Texte du projet de loi

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

**Texte proposé
par votre Commission**

certificat ou autre titre de médecin délivré par l'un des Etats membres avant le 20 décembre 1976, à la condition qu'il soit accompagné d'une attestation de cet Etat certifiant que le titulaire du diplôme, certificat ou titre, s'est consacré de façon effective et licite aux activités de médecin pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation ;

« 2° Pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, le diplôme français d'Etat de docteur en chirurgie dentaire ou le diplôme français d'Etat de chirurgien-dentiste ;

« 3° Pour l'exercice de la profession de sage-femme, le diplôme français d'Etat de sage-femme. »

Art. 3.

Art. L. 357. — Par dérogation aux dispositions des paragraphes premier et 2 de l'article précédent et sous réserve des dispositions transitoires prévues à l'article L. 360 ci-après, les médecins et chirurgiens-dentistes étrangers exerçant légalement leur profession en France à la date du 3 septembre 1939 et les sages-femmes étrangères exerçant également leur profession en France au 24 septembre 1945 sont autorisés à continuer la pratique de leur art.

A l'article L. 357 du Code de la santé publique, les mots : « par dérogation aux dispositions des paragraphes premier et deuxième de l'article précédent » sont remplacés par les mots : « par dérogation aux dispositions des 1° et 2° de l'article L. 356 ».

Art. 3.

Sans modification.

Art. 3.

Sans modification.

**Texte actuellement
en vigueur**

Texte du projet de loi

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

**Texte proposé
par votre Commission**

Section II. — Règles

d'exercice de la profession.

Paragraphe 2. — Règles
propres à l'exercice de la
profession de médecin.

Art. L. 367. — Tout doc-
teur en médecine est tenu de
déférer aux réquisitions de
l'autorité publique.

Art. 4.

A l'article L. 367 du Code
de la santé publique, les
mots : « tout docteur en mé-
decine » sont remplacés par
les mots : « tout médecin ».

Art. 4.

Sans modification.

Art. 4.

Sans modification.

Art. 4 bis (nouveau).

Après l'article L. 367 du
Code de la santé publique, il
est inséré un article L. 367-1
ainsi rédigé :

« Art. L. 367-1. — Tout mé-
decin non titulaire du diplôme
français d'Etat de docteur en
médecine est tenu dans tous
les cas où il fait état de son
titre ou de sa qualité de mé-
decin de faire figurer le lieu
et l'établissement universitaire
où il a obtenu le diplôme,
titre ou certificat lui permet-
tant d'exercer la médecine. »

Art. 4 bis (nouveau).

Sans modification.

Section III. — Exercice illégal
des professions de médecin,
de chirurgien-dentiste
et de sage-femme.

Art. 5.

L'article L. 372 du Code
de la santé publique est mo-
difié ainsi qu'il suit :

Art. 5.

Alinéa sans modification.

Art. 5.

Sans modification.

Art. L. 372. — Exerce illé-
galement la médecine :

1° Toute personne qui
prend part habituellement ou
par direction suivie, même en
présence d'un médecin, à l'éta-
blissement d'un diagnostic ou
au traitement de maladies
ou d'affections chirurgicales,
congénitales ou acquises,
réelles ou supposées, par
actes personnels, consulta-

Au 1° de cet article, les

1. Au 1° de cet article...

**Texte actuellement
en vigueur**

tions verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du Ministre de la Santé publique pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales visées « aux articles L. 356, L. 357, L. 357-1, L. 359 et L. 360 ».

2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 356 du présent titre compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent Code et notamment par ses articles L. 357 et L. 357-1.

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées aux paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre.

4° Tout docteur en médecine qui exerce la médecine sans être inscrit à un tableau de l'Ordre des médecins institué conformément au chapitre II du présent titre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 423, à l'exception des personnes visées à l'article L. 356, dernier alinéa, du présent titre.

Texte du projet de loi

mots : « sans être titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine » sont remplacés par les mots : « sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin ».

Au 4° de cet article, les mots : « tout docteur en médecine qui exerce la médecine sans être inscrit » sont remplacés par les mots : « toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite ».

Il est inséré après le 4° un 5° rédigé ainsi qu'il suit :

« 5° Tout médecin mentionné à l'article L. 356-1 du

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

... de médecin. »

2. Au 4° de cet article...

... sans être inscrite. »

3. Il est inséré...

... ainsi qu'il suit :

Alinéa sans modification.

**Texte proposé
par votre Commission**

**Texte actuellement
en vigueur**

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux infirmières ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un docteur en médecine ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. L. 373. — La pratique de l'art dentaire comporte le diagnostic et le traitement des maladies de la bouche, des dents et des maxillaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, dans les conditions prévues par le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

Exerce illégalement l'art dentaire :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire, par consultation, acte personnel ou tous autres procédés, quels qu'ils soient, notamment prothétiques.

Sans être titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou en chirurgie dentaire ou du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, alors qu'elle n'est pas régulièrement dispensée de la possession de l'un de ces diplômes par application du présent Code.

Ou sans remplir les autres conditions fixées à l'article L. 356, compte tenu, le cas

Texte du projet de loi

présent Code qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article. »

Art. 6.

L'article L. 373 du Code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

Au 1° de cet article, les mots : « sans être titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou en chirurgie dentaire ou du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste » sont remplacés par les mots : « sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin ou de chirurgien-dentiste » et les mots : « possession de l'un de ces diplômes » sont remplacés par les mots : « possession de l'un de ces diplômes, certificats ou titres ».

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

Art. 6.

Alinéa sans modification.

1. Au 1° de cet article...

... certificats ou titres. »

**Texte proposé
par votre Commission**

Art. 6.

Sans modification.

Texte actuellement en vigueur	Texte du projet de loi	Texte voté par l'Assemblée Nationale	Texte proposé par votre Commission
<p>échéant, des exceptions apportées à celles-ci par le présent Code et, notamment, par son article L. 357, ainsi que par l'article 8 de la loi n° 71-1026 du 24 décembre 1971.</p>	<p>Au 2° de cet article, les mots : « titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou en chirurgie dentaire ou du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste » sont supprimés.</p>	<p>2. Au 2° de cet article...</p>	
<p>2° Toute personne titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou en chirurgie dentaire ou du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées au 1° ci-dessus, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre.</p>	<p>Le 3° de cet article est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>... sont supprimés.</p>	
<p>3° Toute personne titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou en chirurgie dentaire ou du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste qui exerce l'art dentaire tel qu'il est défini au présent article, alors qu'elle est sous le coup d'une peine d'interdiction temporaire prononcée en application des articles L. 423 et L. 442.</p>	<p>« 3° Tout médecin, tout chirurgien-dentiste qui exerce l'art dentaire tel qu'il est défini au présent article pendant la durée d'une peine d'interdiction temporaire prononcée en application des articles L. 423 et L. 442. »</p>	<p>3. Le 3° de cet article... ... dispositions suivantes :</p>	
<p>Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en art dentaire visés au dernier alinéa de l'article L. 359.</p>		<p>Alinéa sans modification.</p>	
<p>Art. L. 374. — Exerce illégalement la pratique des accouchements :</p>	<p>Art. 7.</p>	<p>Art. 7.</p>	<p>Art. 7.</p>
<p>1° Toute personne qui, non munie du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de sage-femme et n'étant pas bénéficiaire des dispositions transitoires ou spéciales, comme il est dit à l'article L. 372 ci-dessus, pratique</p>	<p>Au 1° de l'article L. 374 du Code de la santé publique, les mots : « du diplôme d'Etat de docteur en médecine, ou de sage-femme » sont remplacés par les mots : « d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2</p>	<p>Sans modification.</p>	<p>Sans modification.</p>

**Texte actuellement
en vigueur**

Texte du projet de loi

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

**Texte proposé
par votre Commission**

habituellement des accouche-
ments.

et exigé pour l'exercice de la
profession de médecin ou de
sage-femme ».

2° Toute sage-femme qui
pratique habituellement des
accouchements sans satisfaire
à la condition posée au 2° de
l'article L. 356, compte tenu,
le cas échéant, des excep-
tions apportées à celle-ci par
le présent Code, et notam-
ment par ses articles L. 357
et L. 357-1.

3° Toute sage-femme qui
pratique habituellement des
accouchements sans être ins-
crite au tableau de l'Ordre
des sages-femmes, lorsque
cette inscription est obliga-
toire ou alors qu'elle est sous
le coup d'une peine d'inter-
diction temporaire d'exercer
prononcée en vertu des
articles L. 423 et L. 454 ci-
après.

Art. 8.

Art. 8.

Art. 8.

Section IV.

Dispositions pénales.

Sans modification.

Sans modification.

Le premier alinéa de l'ar-
ticle L. 378 du Code de la
santé publique est modifié
ainsi qu'il suit :

« L'usurpation du titre de
docteur en médecine ou en
chirurgie dentaire ou du titre
de sage-femme ainsi que
l'usurpation de tout autre titre
donnant accès en France à
l'exercice de la profession de
médecin, de chirurgien-den-
tiste ou de sage-femme sont
punies des peines prévues à
l'article 259 du Code pénal. »

Art. 378. — L'usurpation du
titre de docteur en médecine
ou en chirurgie dentaire ou
du titre de sage-femme est
punie des peines prévues à
l'article 259 du Code pénal.

« L'usurpation du titre de
docteur en médecine ou en
chirurgie dentaire ou du titre
de sage-femme ainsi que
l'usurpation de tout autre titre
donnant accès en France à
l'exercice de la profession de
médecin, de chirurgien-den-
tiste ou de sage-femme sont
punies des peines prévues à
l'article 259 du Code pénal. »

Est considéré comme ayant
usurpé le titre français de

**Texte actuellement
en vigueur**

docteur en médecine ou en chirurgie dentaire quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine ou de la chirurgie dentaire sans être titulaire du diplôme français d'Etat de docteur en médecine ou en chirurgie dentaire, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur sans en indiquer la nature ou sans préciser qu'il s'agit d'un titre étranger ou d'un diplôme français d'université.

Chapitre II.

**Organisation de la profession
des médecins.**

**Section III. — Inscription
aux tableaux départementaux
de l'Ordre.**

Art. L. 412. — Les docteurs en médecine qui exercent dans un département sont inscrits, dans les formes indiquées ci-après, sur un tableau établi et tenu à jour par le conseil départemental de l'Ordre visé à l'article L. 383 du présent titre. Ce tableau est déposé à la préfecture ainsi qu'au parquet du tribunal. Dans le courant du mois de janvier de chaque année, il est publié conformément à l'article 362 ci-dessus.

Nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il ne remplit pas les conditions requises par le présent titre.

Un médecin ne peut être inscrit que sur un seul tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle sauf dérogation prévue par le Code de déontologie.

Texte du projet de loi

Art. 9.

L'article L. 412 du Code de la santé publique est modifié et complété ainsi qu'il suit :

Au premier alinéa de cet article, les mots : « les docteurs en médecine » sont remplacés par les mots : « les médecins. »

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

Art. 9.

Alinéa sans modification.

1. Au premier alinéa...

...« les
médecins. »

**Texte proposé
par votre Commission**

Art. 9.

Sans modification.

Texte actuellement
en vigueur

Texte du projet de loi

Texte voté
par l'Assemblée Nationale

Texte proposé
par votre Commission

A la fin de l'article, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un médecin inscrit ou enregistré en qualité de médecin dans un Etat étranger ne peut être inscrit à un tableau de l'Ordre des médecins. »

2. A la fin de l'article...
... ainsi rédigé :

Alinéa sans modification.

Art. 10.

Les deux premiers alinéas de l'article L. 414 du Code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le conseil départemental de l'Ordre statue sur la demande d'inscription au tableau dans un délai de trois mois à compter de la réception de la demande, accompagnée d'un dossier complet.

« En ce qui concerne les ressortissants des Etats membres de la Communauté économique européenne autres que la France, lorsqu'il y a lieu de consulter un Etat membre sur l'existence de faits graves et précis commis hors de France et susceptibles d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau, le délai fixé à l'alinéa premier est suspendu par la demande de consultation soit jusqu'à la réception de la réponse de l'Etat consulté si celle-ci intervient dans un délai de trois mois, soit, dans le cas contraire, pendant trois mois.

Art. 10.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

En ce qui concerne...

... de consultation jusqu'à la réception de la réponse de l'Etat consulté si celle-ci intervient dans un délai de trois mois. Si la réponse n'est pas parvenue dans ce délai, la suspension prend fin à l'expiration dudit délai. L'intéressé en est avisé.

« En outre, l'intéressé devra faire la preuve devant le Conseil départemental de l'Ordre d'une connaissance minimale de la langue française.

Art. 10.

Alinéa sans modification.

Le Conseil départemental...
... dans un délai *maximum* de trois mois...

...
dossier complet.

Alinéa sans modification.

En ce qui concerne les ressortissants des Etats membres de la Communauté économique européenne autres que la France, la demande d'inscription au tableau de l'Ordre

Art. L. 414. — Le conseil départemental de l'Ordre doit statuer dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la demande.

Le délai de deux mois est prolongé lorsqu'il est indispensable de procéder à une enquête hors de la France continentale. L'intéressé en sera, dans ce cas, avisé.

Texte actuellement
en vigueur

Texte du projet de loi

Texte voté
par l'Assemblée Nationale

Texte proposé
par votre Commission

Dans la semaine qui suit la décision du conseil, celle-ci est notifiée par lettre recommandée à l'intéressé. En cas de refus d'inscription, la décision doit être motivée.

Chaque inscription au tableau est notifiée sans délai au préfet du département, au procureur de la République et au Conseil national de l'Ordre.

Art. L. 415. — Les décisions du conseil départemental rendues sur les demandes d'inscription au tableau peuvent être frappées d'appel devant le conseil régional, par le médecin demandeur, s'il s'agit d'un refus d'inscription, par le Conseil national s'il s'agit d'une décision d'inscription. Le silence gardé pendant deux mois à compter de la demande, par le conseil départemental, constitue une décision implicite de rejet susceptible d'appel.

Les décisions du conseil régional en matière d'inscription au tableau sont notifiées

« En ce qui concerne les personnes autres que celles mentionnées à l'alinéa précédent, le délai prévu à l'alinéa premier est porté à six mois lorsqu'il y a lieu de procéder à une enquête hors de la France métropolitaine. L'intéressé en est, dans ce cas, avisé. »

Art. 11

L'article L. 415 du Code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

Au premier alinéa de cet article, les mots : « le silence gardé pendant deux mois à compter de la demande par le conseil départemental constitue une décision implicite de rejet susceptible d'appel » sont remplacés par les mots : « A l'expiration du délai imparti pour statuer au conseil départemental, le silence gardé par celui-ci constitue une décision implicite de rejet susceptible de recours. »

« En ce qui concerne les personnes autres que celles mentionnées aux alinéas précédents, le délai prévu à l'alinéa premier est porté à six mois lorsqu'il y a lieu de procéder à une enquête hors de la France métropolitaine. L'intéressé en est avisé. »

Art. 11.

Sans modification.

doit être accompagnée d'une déclaration sur l'honneur attestant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau de l'Ordre n'est en cours à son encontre dans l'un des Etats de la Communauté.

Alinéa sans modification.

Art. 11.

Sans modification.

**Texte actuellement
en vigueur**

Texte du projet de loi

**Texte voté
par l'Assemblée Nationale**

**Texte proposé
par votre Commission**

sans délai au président du conseil départemental qui les notifie lui-même dans les dix jours au médecin qui en a été l'objet. Elles sont également notifiées sans délai au préfet du département, au procureur de la République et au Conseil national de l'Ordre. Elles peuvent être frappées d'appel devant la section disciplinaire du Conseil national par le médecin intéressé, le conseil départemental ou le Conseil national.

Le délai d'appel tant devant le conseil régional que devant la section disciplinaire du Conseil national est de trente jours à compter, soit de la notification de la décision expresse frappée d'appel, soit de l'expiration du délai de deux mois constituant décision implicite de rejet du conseil départemental.

Au dernier alinéa de cet article, les mots : « soit de l'expiration du délai de deux mois constituant décision implicite de rejet du conseil départemental » sont remplacés par les mots : « soit du jour où est acquise la décision implicite de rejet du conseil départemental ».

LIVRE V

PHARMACIE

Titre II

**DISPOSITIONS
PARTICULIÈRES
AU DIVERS MODES
D'EXERCICE
DE LA PHARMACIE**

Chapitre II.

**Préparation et vente en gros
des produits pharmaceutiques.**

Section I.

**Des établissements
de préparation
et de vente en gros.**

Art. 12.

L'article L. 596 du Code de la santé publique est complété

Art. 12.

Sans modification.

Art. 12.

Sans modification.

**Texte actuellement
en vigueur**

Texte du projet de loi

**Texte adopté
par l'Assemblée Nationale**

**Texte proposé
par votre Commission**

par un deuxième alinéa ainsi rédigé :

Art. L. 596. — Tout établissement de préparation, de vente en gros ou de distribution en gros des médicaments produits et objets visés aux articles L. 511 et L. 512 doit être la propriété d'un pharmacien ou d'une société à la gestion ou à la direction générale de laquelle participe un pharmacien dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Dans l'un et l'autre cas, ce pharmacien est personnellement responsable de l'application des règles édictées dans l'intérêt de la santé publique, sans préjudice, le cas échéant, de la responsabilité solidaire de la société.

« Le pharmacien responsable d'un établissement de préparation doit, en outre, justifier d'une expérience pratique dont la durée et les modalités sont définies par voie réglementaire. »

Art. additionnel 13 (nouveau).

Tous les deux ans, sera présenté au Parlement un rapport qui, s'agissant des médecins :

— retracera les flux migratoires constatés depuis l'entrée en vigueur des Directives 75/362 C.E.E. et 75/363 C.E.E. du 16 juin 1975 ;

— permettra d'apprécier le volume des prestations de services effectuées au titre des mêmes textes ;

— exposera les conditions d'application de la présente loi.

CONCLUSION

Respectueuse du principe selon lequel « donner et retenir ne vaut », votre Commission des Affaires sociales n'entend pas marchander son assentiment à un projet de loi qui matérialise et traduit en droit interne l'accord exemplaire conclu par les neuf pays de la Communauté. Celui-ci constitue certainement ce que nous nous permettrons d'appeler une « grande première ».

C'est pour elle une raison supplémentaire d'inviter très instamment le Gouvernement à donner au Sénat l'assurance qu'il a d'ores et déjà pris, et continuera à prendre, toutes les garanties nécessaires pour que le pari — car c'en est un malgré tout — ait toutes chances d'être gagné.

Elle lui demande donc de bien vouloir s'engager :

- à prendre l'initiative de poursuivre avec nos partenaires, jusqu'à l'obtention d'un résultat pleinement satisfaisant, les recherches en vue de la clarification de quelques définitions qui demeurent imparfaites, comme celle de la prestation de services ou de certaines dérogations ou exceptions ;
- à préparer avec le plus grand soin et avec la plus grande diligence les textes qui conditionnent l'entrée en application rapide de dispositions novatrices et audacieuses ; nous sommes devant un type d'action qu'il vaudrait mieux ne jamais entreprendre que de ne pas mener d'emblée avec une ferme résolution... ;
- à prévoir, en législation et en réglementation internes, toutes mesures susceptibles de nous permettre de reprendre puis de conserver la maîtrise de l'évolution de notre situation sanitaire, notamment au niveau de la démographie médicale, de l'équilibrage entre généralistes et spécialistes, d'une répartition des médecins sur le territoire national qui soient conformes aux besoins réels du pays ; dans cette hypothèse, le coût de la santé ne doit pas non plus être négligé. On sait que des problèmes se posent dans ces différents domaines. Il ne faudrait pas que la mise en œuvre des directives vienne accroître leur acuité ;
- à observer avec clairvoyance et lucidité les premiers effets des législations et des réglementations presque révolutionnaires qui

vont entrer en vigueur et les comportements tout à fait nouveaux qu'elles détermineront, pour procéder, s'il y a lieu, en accord avec nos partenaires, aux ajustements qui pourraient s'avérer souhaitables ou nécessaires ;

- à associer le Parlement et les organisations représentatives concernées à l'effort d'observation et de réflexion qui s'imposera à chaque instant ;
- à faire respecter scrupuleusement sur le territoire national les engagements librement consentis en 1975 ;
- à agir, s'il y avait lieu, avec toute la fermeté nécessaire, auprès des autres pays de la Communauté qui viendraient à ne pas tenir les leurs ou à leur donner des interprétations non conformes à la volonté générale ou encore à utiliser ou tolérer des pratiques contraires à l'esprit des accords intervenus.

Sous réserve des précisions et des apaisements qui seront officiellement fournis par le Gouvernement au Sénat, à l'occasion de la discussion du texte en séance publique et des engagements qu'il voudra bien prendre sur les différents points évoqués, votre Commission des Affaires sociales vous demande de modifier le projet de loi voté en première lecture, le 2 décembre 1976, par l'Assemblée Nationale, en adoptant les amendements qui vous sont présentés d'autre part.

AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

Art. 2.

Amendement : Dans le texte proposé pour l'article L. 356-I du Code de la de la santé publique, à la fin du premier alinéa, ajouter, après les mots :

« ... dans un délai... »

le mot :

« ...maximum... »

Amendement : Dans le texte proposé pour l'article L. 356-I du Code de la santé publique, au début du deuxième alinéa, remplacer le mot :

« ... assortie... »

par le mot :

« ... accompagnée... »

Amendement : Dans le texte proposé pour l'article L. 356-I du Code de la santé publique, au début de la deuxième phrase du deuxième alinéa, remplacer le mot :

« ... assortie... »

par le mot :

« ... accompagnée... »

Amendement : Dans le texte proposé pour l'article L. 356-I du Code de la santé publique, à la fin du deuxième alinéa, remplacer les mots :

« ... le pays... »

par les mots :

« ... l'Etat... »

Amendement : Dans le texte proposé pour l'article L. 356-I du Code de la santé publique, au dernier alinéa, après les mots :

« Le médecin prestataire de services est... »

ajouter les mots :

« ... tenu de respecter les règles professionnelles en vigueur dans l'Etat où il effectue sa prestation et... »

Art. 10

Amendement : Au premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 414 du Code de la santé publique, après le mot :

« ... délai... »

ajouter le mot :

« ... maximum... »

Amendement : Rédiger comme suit l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 414 du Code de la santé publique :

« En ce qui concerne les ressortissants des Etats membres de la Communauté économique européenne autres que la France, la demande d'inscription au tableau de l'Ordre doit être accompagnée d'une déclaration sur l'honneur attestant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau de l'Ordre n'est en cours à son encontre dans l'un des Etats de la Communauté. »

Art. additionnel après l'article 12 (nouveau)

Amendement : Insérer, après l'article 12, un article additionnel ainsi rédigé :

- Tous les deux ans, sera présenté au Parlement un rapport qui, s'agissant des médecins :
- retracera les flux migratoires constatés depuis l'entrée en vigueur des directives 75/362 C.E.E. et 75/363 C.E.E. du 16 juin 1975 ;
 - permettra d'apprécier le volume des prestations de services effectuées au titre des mêmes textes ;
 - exposera les conditions d'application de la présente loi.