

N° 423

# SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1978-1979

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 juin 1979.

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission spéciale (1) sur le projet de loi.*

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, relatif aux **études médicales**,

Par M. Adrien GOUTEYRON.

Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; Jean Taittinger, Michel Labèguerie, vice-présidents ; Jacques Habert, secrétaire ; Jean Ameli., Jean de Bagneux, Jean Béranger, Noël Berrier, Mme Danielle Bidard, MM. René Billières, Michel Caldaguès, Jean David, Léon Eeckhoutte, Mme Cécile Goldet, MM. Adrien Gouteyron, Jacques Henriot, Bernard Lemarié, Pierre Louvot, Jean Mézard, André Robineau, Victor Robini, Jean Sauvage, Maurice Vérillon, Hector Viron.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (6<sup>e</sup> législ.) : 1033, 1070 et in-8° 166.

Sénat : 353 (1978-1979).

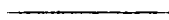
---

Médecine. — Enseignement médical - Examens et diplômes - Professions médicales.

## SOMMAIRE

	Pages.
INTRODUCTION :	
1° Pourquoi une commission spéciale.....	5
2° Election du bureau et désignation du rapporteur.....	5
PREMIERE PARTIE. — Autopsie d'une réforme.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Aux origines de la réforme.....	7
A. — La spécificité de l'enseignement de la médecine.....	7
1° Une longue histoire .....	7
2° La réforme de 1958.....	8
B. — Les réformes de 1968 et 1971.....	9
1° La loi d'orientation et l'enseignement supérieur.....	9
2° Première étape de la sélection.....	10
C. — La situation actuelle des études médicales.....	10
1° L'échec de la réforme de 1971 sur la régulation des flux....	10
2° Les études médicales ne sont pas adaptées aux exigences du monde actuel .....	12
D. — Les travaux préparatoires de la réforme.....	14
1° De nombreuses études .....	14
2° Le rapport de la Commission Fougère .....	15
CHAPITRE II. — Radioscopie du projet de loi.....	18
A. — La régulation des flux .....	18
B. — Le résidanat .....	21
C. — L'internat .....	22
DEUXIEME PARTIE. — Diagnostic de la commission.....	25
CHAPITRE III. — Quelques doutes.....	25
A. — L'adaptation du nombre des médecins aux besoins du pays : un exercice périlleux ?.....	25
B. — Quelle valorisation du généraliste ?.....	28
C. — La réforme de l'internat : un contenu indéterminé.....	32

	Pages.
CHAPITRE IV. — <i>Quelques inquiétudes</i> .....	35
A. — Les incidences de la réforme sur le fonctionnement des hôpitaux .....	35
B. -- Le coût de la réforme .....	37
C. — Les silences du projet de loi sur le contenu des premier et deuxième cycles .....	38
CHAPITRE V. — <i>Une hésitation à propos d'un problème subsidiaire :           l'internat en pharmacie</i> .....	41
<b>TROISIEME PARTIE.   Analyse des articles</b> .....	43
Article premier. — Organisation du résidanat et de l'internat qualifiant.	43
Article 2. — Modification de la loi portant réforme hospitalière .....	50
Article 3. -- Renforcement de la sélection à l'issue de la première année du premier cycle .....	51
Article 4. — Dispositions transitoires .....	52
Article 5. — Informations du Parlement sur l'application de la loi.....	52
Article additionnel <i>in fine</i> (nouveau). — Internat en pharmacie.....	53
<b>QUATRIEME PARTIE. — Travaux de la commission</b> .....	55
A. -- Les auditions :	
Auditions en commission .....	55
Auditions du rapporteur .....	63
B. — L'examen du projet de loi en commission.....	64
<b>Tableau comparatif</b> .....	69
<b>Conclusion : la commission donne un avis favorable à l'adopter</b> .....	77
<b>Amendements présentés par la commission</b> .....	79
<b>Annexes</b> .....	83



## EXPOSE DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Il est rare qu'un projet de loi quel qu'il soit ne fasse pas aujourd'hui l'objet d'études approfondies avant son examen par le Parlement. Celui qui vous est soumis n'échappe pas à cette règle. Il constitue même une manière d'exemple, tant les études, rapports et travaux de toute nature qui l'ont précédé ont été nombreux et cela depuis plus de dix ans.

Cette lente maturation n'est sans doute pas étrangère aux prises de positions multiples venues de tous les horizons qui accompagnent son élaboration.

Il était prévisible que le Sénat apportât, dans ces conditions, une attention toute particulière à un texte qui ne concerne formellement que la formation des étudiants de médecine, mais qui ne peut être dissocié — comme on le verra — du fonctionnement du système hospitalier dans son ensemble, et plus généralement de la santé publique de notre pays.

La répartition des compétences entre les commissions permanentes de la Haute Assemblée rendait délicate la saisine au fond et la saisine pour avis de la Commission des Affaires culturelles ou de la Commission des Affaires sociales. Le Sénat a donc décidé de constituer, dans sa séance du 31 mai 1979, conformément à l'article 10 de son règlement, une commission spéciale chargée d'étudier ce projet de loi, et composée de vingt-quatre membres appartenant pour moitié à l'une et l'autre commission permanente.

Réunie le jeudi 31 mai 1979, sous la présidence de M. Jean Mézard, président d'âge, la commission spéciale a procédé à l'élection de son bureau.

Elle a désigné M. Robert Schwint, président, MM. Pierre-Christian Taittinger et Michel Labèguerie, vice-présidents, et M. Jacques Habert, secrétaire. Elle a nommé M. Adrien Gouteyron, rapporteur.

## PREMIERE PARTIE

### AUTOPSIE D'UNE REFORME

#### CHAPITRE PREMIER

##### Aux origines de la réforme.

###### A. — LA SPÉCIFICITÉ DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE

###### 1° *Une longue histoire.*

Dès l'origine, la liaison avec la finalité professionnelle a marqué l'enseignement de la médecine : le souci de préserver les droits du patient par la qualité du thérapeute apparaît dans le texte du serment d'Hippocrate.

La tradition du maître de Cos et ses enrichissements successifs furent préservés au temps des invasions, notamment dans certains monastères. Au ix<sup>e</sup> siècle, on connaît l'existence, à Salerne, d'un centre d'études médicales fréquenté par des chrétiens et des juifs, des laïcs et des clercs.

A partir du xi<sup>e</sup> siècle, interviennent les apports de la médecine arabe et de sa riche pharmacopée. Salerne était alors une école de médecine dont Frédéric II voulut faire un des fleurons de l'université de Naples en ses débuts difficiles ; ses élèves furent des messagers du savoir médical.

Mais c'est à Montpellier que l'essor de cet enseignement participa le plus intensément au développement de l'Université : les écoles y sont devenues facultés avant 1220, restant subordonnées à l'évêché comme au Saint-Siège.

L'exigence d'un stage pratique de six mois préalable à l'autorisation d'exercice de l'art sera la source du renom des maîtres de Montpellier donnant à leur cité, dans l'histoire, « le privilège de la formation de la médecine académique ».

Au cours des siècles suivants, l'enseignement ou l'exercice opposeront maintes fois, en rivalités acharnées et parfois sordides, médecins et chirurgiens. Ces derniers, les « barbiers », surent prendre de brillants avantages avec Ambroise Paré, par exemple.

Aux Pays-Bas, l'université de Leyde, fondée en 1574, avait organisé l'enseignement clinique en affectant aux étudiants la responsabilité de lits d'hôpitaux. On y connaissait aussi des spécialités comme la pédiatrie, l'oto-rhino-laryngologie... Le prestige des maîtres attire les étudiants : Boerhave, en 1709, est entouré d'un auditoire énorme. Van Swieten, son élève, est invité à Vienne et son autorité lui vaut de jouer un rôle majeur dans la réforme des études médicales selon un plan que mettent en œuvre les médecins de Marie-Thérèse et dont s'inspireront les législateurs français.

Ceux-ci trouvèrent en effet une situation condamnée par Vicq-d'Azyr en des termes bien plus sévères que ceux de Diderot : « Il n'y a point d'études ou de pratiques où se soient introduits autant d'abus. » Après une fermeture généralisée des universités le 14 frimaire, an III, Fourcroy fit adopter, devant l'évident péril de la pénurie de médecins, le décret instituant trois écoles de médecine à Paris, Montpellier et Strasbourg, remplaçant les anciennes facultés. On unifiait les enseignements de médecine et chirurgie ; les programmes étaient remaniés. Un décret ultérieur distinguait docteurs et officiers de santé, ceux-ci ne recevant qu'une formation réduite. Elle était présumée suffire, dans les campagnes, aux « besoins plus modestes de gens aux mœurs plus pures » (*sic*) ; ce grade, aboli en France, est comparable à celui des « feldscher » qui désigne en U. R. S. S. un personnel médical dont le nombre et la compétence ont joué un grand rôle pour assurer l'efficacité de la protection sanitaire d'un immense territoire et à celui des « médecins aux pieds nus » des communes de la Chine nouvelle.

L'institution de l'université impériale comporta l'ouverture d'écoles nouvelles et le retour des plus anciennes à la dénomination de facultés.

Des modalités successivement aménagées visèrent à la formation pratique des étudiants en médecine. L'éclat de l'école clinique française du XIX<sup>e</sup> siècle — Freud est venu s'instruire chez Charcot — a nourri une relative dépréciation des sciences dites fondamentales.

Au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, le partage entre la formation théorique et la formation clinique connaîtra bien des vicissitudes et il faudra attendre la réforme fondamentale de 1958 et ses modifications ultérieures pour qu'un équilibre soit réalisé, non sans mal.

## 2° La réforme de 1958.

L'ordonnance n° 58-1873 du 30 décembre 1958 « relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médi-

cale » avait pour objectif selon les propos de son inspirateur, le professeur Robert Debré, « de changer le mode d'existence des maîtres, des assistants, des étudiants et de réformer l'enseignement ».

Le rapprochement dans un même espace géographique — le C. H. U. — de la formation théorique et de la formation pratique et la création d'un corps unique de maîtres hospitaliers et universitaires à temps plein ayant vocation conjointement à l'enseignement, à la recherche et aux soins devaient répondre aux données d'une médecine rénovée, adaptée aux exigences de son environnement.

La nouvelle organisation des études allait entraîner une série de conséquences, au niveau de l'externat et de la pédagogie notamment, qui se font encore sentir dans la détermination du régime actuel des études médicales.

## B. — LES RÉFORMES DE 1968 ET DE 1971

### 1° *La loi d'orientation de l'enseignement supérieur.*

La loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur allait modifier quelque peu « la loi Robert Debré ».

Deux mesures essentielles furent prises alors :

— le certificat préparatoire aux études médicales (C.P.E.M.) était porté à deux ans. Préparé dans les unités d'enseignement et de recherche de sciences, son contenu allait être « médicalisé » par l'introduction d'une série de matières distinctes des sciences fondamentales ;

— l'accès aux fonctions hospitalières était désormais ouvert à tous les étudiants dès leur troisième année, c'est-à-dire au moment de leur entrée dans le deuxième cycle. Celui-ci était divisé en deux parties. La première partie, d'une durée d'un an, comportait une initiation aux fonctions hospitalières, la seconde partie, d'une durée de trois ans, était consacrée à l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique et à la formation pratique.

Un « stage interne » d'un an, qui devait comporter l'exercice de responsabilités thérapeutiques effectives, sanctionnait la fin des études médicales dont la durée totale restait de sept ans minimum.

L'internat n'était guère modifié. Il était ouvert par concours aux étudiants à la fin du deuxième cycle, pour leur assurer une formation clinique poussée.

Par ailleurs, les certificats d'études spéciales (C. E. S.), préparés après le stage interné, continuaient d'offrir aux étudiants qui n'avaient pu passer l'internat, le moyen de recevoir une formation de spécialiste.

## 2° Première étape de la sélection.

Cette organisation des études médicales, qui résulte de la loi d'orientation de 1968, complétée par les arrêtés subséquents des 23 et 24 juillet 1970, fut modifiée par la loi du 12 juillet 1971.

Elle instituait à l'issue de la première année du premier cycle (P. C. E. M. 1) un *numerus clausus* fondé sur les capacités de formation des structures hospitalières. L'article 15 disposait : « les Ministres chargés de la Santé et des Universités fixeront chaque année le nombre d'étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des C. H. U. que des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention... Les unités d'enseignement et de recherche devront fixer en conséquence le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales au-delà de la première année. »

Ce système à double détente qui fait intervenir successivement les Ministres puis les universités entraîna une série de déviations qui ne sont pas étrangères à la réforme proposée aujourd'hui.

## C. — LA SITUATION ACTUELLE DES ÉTUDES MÉDICALES

### 1° L'échec de la réforme de 1971 sur la régulation des flux.

La loi n° 71-557 du 12 juillet 1971 a donc institué le principe d'une limitation du nombre des étudiants admis à poursuivre des études médicales et dentaires au-delà de la première année.

Les arrêtés du 8 octobre 1971, puis du 22 octobre 1973, modifiant l'arrêté du 23 juillet 1970 portant organisation du premier cycle d'études médicales et pris en application de la loi précitée, ont organisé cette sélection dès l'année universitaire 1971-1972.

Cette mesure se justifiait par la nécessité d'assurer de façon satisfaisante, la formation clinique et pratique des étudiants en médecine en tenant compte des capacités d'accueil des services hospitaliers et rendait possible une meilleure application du décret n° 70-931 du 8 octobre 1970 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine.

Cependant, l'article 15 de la loi du 12 juillet 1971 précitée avait voulu concilier le principe de la centralisation avec celui de l'autonomie des universités. Les Ministres fixaient chaque année le nom-



bre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et thérapeutique dans les services hospitaliers, tandis que les U. E. R. fixaient en conséquence le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales au-delà de la première.

Cette procédure à double échelon allait entraîner des déviations dont les conséquences sont aujourd'hui durement ressenties et que le projet de loi cherche à obvier.

Le nombre d'étudiants inscrits en première année de médecine n'a cessé d'augmenter. En 1970-1971, on comptait ainsi 15 540 étudiants inscrits et l'attrait de la profession de médecin laissait prévoir, à court terme, une augmentation très importante du nombre d'étudiants en médecine, qui s'est vérifiée puisque en 1975-1976, on dénombrait 35 885 étudiants. Un renforcement de la sélection s'est donc avéré indispensable pour faire face à cet accroissement excessif du nombre des étudiants en médecine par rapport aux possibilités de formation.

Ce fut l'objet de l'arrêté interministériel du 8 septembre 1977 qui procéda à une première réduction uniforme de 5 % des effectifs, applicable pour l'année universitaire 1977-1978. Cette première réduction des effectifs faisait suite à la suppression en 1976 de la tolérance qu'avaient les universités de prendre 5 % d'étudiants en surnombre.

Parallèlement une enquête fut entreprise en décembre 1977 par le Ministère de la Santé et de la Famille afin d'actualiser les possibilités de formation dont disposent les divers services hospitaliers (centres hospitaliers régionaux, hôpitaux périphériques, services divers, etc.). Cette enquête devait permettre un affinage des données déjà connues afin de mieux tenir compte du caractère plus ou moins formateur des postes, de l'évolution des techniques, des extensions futures...

Les résultats ont fait apparaître une capacité d'accueil dans des services hospitaliers formateurs nettement inférieure au nombre de postes attribués chaque année pour la formation clinique et pratique des étudiants.

Pour des raisons essentiellement psychologiques et politiques, les Ministres n'ont pas cherché, alors qu'ils le pouvaient parfaitement par la voie réglementaire, à réduire de façon réaliste les effectifs d'étudiants pour les adapter à l'appareil formateur.

L'arrêté interministériel du 13 septembre 1978 a fixé le nombre d'étudiants en médecine et en odontologie susceptibles d'être accueillis dans les services hospitaliers en 1981-1982. La réduction globale est de 5 % par rapport à l'année précédente et elle est modulée selon les universités entre 2 et 8 %.

Indépendamment de l'adaptation aux capacités de formation, la réduction des effectifs s'impose — toutes les études sur ce point coïncident — si l'on veut éviter à terme une croissance excessive du nombre de médecins en exercice. Sans aborder maintenant les problèmes posés par la démographie médicale et par la sélection qui seront analysées plus avant dans le rapport, cela traduit l'échec de la réforme de 1971 et conduit votre rapporteur à une certaine humilité alors que l'on réforme les études médicales pour la troisième fois en dix ans...

*2° Les études médicales ne sont pas adaptées  
aux exigences du monde actuel.*

Sans qu'il soit dans les intentions de votre rapporteur d'entrer dans une analyse approfondie de l'organisation des études médicales, il souhaite présenter les observations et les critiques que la situation commande.

*a) Le premier cycle.*

Malgré de nombreuses prises de position et autant de vœux restés pieux, la médicalisation du premier cycle est loin d'être réalisée. Le transfert de la faculté de sciences à la faculté de médecine n'a pas produit les heureux effets qu'on pouvait attendre. L'enseignement dispensé aux étudiants demeure le fait de professeurs de médecines fondamentalistes, et le plus souvent encore de professeurs des facultés de sciences, mathématiciens, chimistes, physiciens.

L'examen de sélection passé à l'issue de la première année départage encore trop souvent les candidats sur des connaissances mathématiques et scientifiques. Sans sous-estimer l'importance de ces disciplines dans la formation du médecin, votre rapporteur s'interroge — et il n'est pas le seul — sur la place prépondérante qu'elles occupent alors que d'autres disciplines, comme les sciences humaines ou les sciences sociales, devraient également être prises en compte quand il s'agit de choisir les futurs médecins.

Cette situation a pour effet de ne retenir que certaines catégories de bacheliers : seuls les titulaires du baccalauréat C et D ont des chances réelles de succès. Ceux des autres séries, qui représentent parfois encore 15 à 20 % des effectifs n'en ont presque aucune.

La formation qui est donnée aux étudiants au cours du premier cycle des études médicales pêche donc par son inadaptation. Votre rapporteur ne se dissimule pas que le problème est délicat : la sélection à l'Université n'est que l'aboutissement d'un processus qui commence en amont, dans les lycées, voire les collèges. Il ne peut s'empêcher de relever cependant que l'autonomie conférée à juste titre par la loi d'orientation de l'enseignement supérieur de 1968 aux universités a accentué certains travers.

Des U. E. R. n'ont pas hésité à privilégier des disciplines scientifiques sans aucun rapport avec l'exercice médical. Des expériences ont été tentées — on y reviendra plus loin — dont les résultats encourageants dans l'ensemble, devraient conduire les responsables de nos universités à tempérer les excès que l'on a pu connaître.

b) *Le second cycle.*

L'organisation actuelle du second cycle soulève également des critiques. Une première tient dans la très grande spécialisation des services des C. H. U., qui deviennent, sous l'effet des progrès de la médecine, des services de pointe. Les étudiants abordent des cas sophistiqués que peu d'entre eux retrouveront au cours de leur carrière.

Cette situation explique en partie pourquoi de nombreux étudiants s'orientent de préférence vers les spécialités. Les stages dans des services de médecine générale sont le plus souvent réduits à la portion congrue, ces étudiants ne peuvent dès lors éprouver d'attirance pour un domaine qu'ils ne connaissent guère.

L'on peut ajouter pour compléter ce descriptif que les stages hospitaliers ne donnent pas satisfaction. Ils sont variables dans la durée, insuffisants dans les contenus et les objectifs, leur organisation appelle de justes critiques.

Cette situation se prolonge malheureusement dans le troisième cycle.

c) *Le troisième cycle.*

Le stage interné qui constitue la dernière année des études médicales connaît lui aussi des vicissitudes. L'étudiant qui devrait normalement suivre ce stage pour y exercer des responsabilités médicales en milieu contrôlé est le plus souvent cantonné dans des tâches subalternes, parfois même ancillaires. Partagés entre la faculté et l'hôpital, certains étudiants ne vont ni dans l'une ni dans l'autre. Quelques-uns exercent des remplacements chez des praticiens, d'autres, dans le meilleur des cas, occupent des fonctions d'interne, sur les nombreux postes restant vacants dans les hôpitaux.

L'internat des C. H. U. (1) n'offre pas, lui non plus, de motifs de satisfaction. Si le concours opère une sélection draconienne — dans des conditions pas toujours satisfaisantes, comme on le verra plus loin — la formation reçue appelle certaines critiques. Durant les

---

(1) Il existe trois internats différents : l'internat de C. H. U., l'internat des régions sanitaires et l'internat en psychiatrie. Le concours de l'internat des régions sanitaires est organisé pour l'ensemble des hôpitaux — non C. H. U. — de chaque région sanitaire. L'internat dure trois ans. Les fonctions sont comparables à celles de l'interne de C. H. U. Les internes des hôpitaux psychiatriques sont recrutés parmi les étudiants admis en deuxième année du certificat d'études spéciales de psychiatrie. Les concours sont organisés dans chaque circonscription d'action régionale. La durée de cet internat est de trois ans.

quatre années où ils exercent des fonctions cliniques de responsabilité que chacun s'accorde à reconnaître de très bon niveau, les internes ne reçoivent pas le complément théorique pourtant indispensable à un *cursus* complet. L'internat leur permet d'obtenir, sans passer d'examen, un certificat d'études spéciales (C. E. S.), à condition d'accomplir un nombre minimum de stages dans les services de la spécialité dont ils postulent le C. E. S. Cette situation a pour travers de privilégier la formation pratique et de laisser quelque peu de côté la formation théorique.

Les certificats d'études spéciales pèchent par l'excès inverse. Ils sont ouverts aux étudiants n'ayant pas passé le concours de l'internat, et qui désirent acquérir une spécialité. D'une durée variable de un à quatre ans, ils dispensent un enseignement théorique de haut niveau, mais l'absence de stage clinique fait cruellement défaut.

#### D. — LES TRAVAUX PRÉPARATOIRES DE LA RÉFORME

##### 1° De nombreuses études.

La nécessité de remédier aux défauts et insuffisances du système actuel de formation s'est fait sentir depuis longtemps.

D'abord, les médecins généralistes ne sont pas — comme on l'a vu — correctement préparés à l'exercice de la médecine. Si leur formation théorique est d'un bon niveau, il n'en est pas de même de leur formation clinique et pratique.

Ensuite, il est nécessaire d'adapter aux besoins de la santé publique et aux besoins propres à chaque spécialité le nombre de spécialistes dont l'augmentation régulière depuis plusieurs années ne laisse pas d'être inquiétante.

Enfin, les récentes directives européennes concernant la formation des médecins obligent notre pays à adapter son système de formation. Si l'organisation du premier et deuxième cycle des études médicales est en harmonie avec ces directives, le système de formation des spécialistes ne l'est pas.

Parmi les nombreux travaux d'études conduits au cours des dernières années, il convient de mentionner le rapport élaboré en mai 1975 par le professeur Rapin, suivi un an après par le rapport de la Commission de Santé et Assurance maladie dirigée par le professeur Etienne dans le cadre de la préparation du VII<sup>e</sup> Plan ; enfin, le rapport déposé en mars 1977 par M. Louis Fougère, président de la Commission de Réforme des Etudes médicales. Dans la mesure où ce rapport a largement inspiré l'actuel projet de loi, il n'est pas inutile d'en rappeler l'économie.

2° *Le rapport de la commission « Fougère ».*

Deux préoccupations ont dominé les travaux de la commission : d'une part, le renouveau de la médecine générale, qui implique une meilleure formation du futur généraliste ; d'autre part, la formation de spécialistes de haut niveau, qui doit être assurée par un enseignement à la fois théorique et pratique. D'où le projet de voie de formation unique, hospitalière et universitaire.

La commission a écarté tout projet de réforme qui tendrait à rompre l'unicité de la formation médicale. Elle a préconisé le maintien, conformément aux directives européennes, de la durée totale actuelle des premier et deuxième cycles des études médicales — au moins six années d'études ou 5 500 heures d'enseignement — ainsi que les principes et les règles essentielles de la formation qui y est donnée. Par ailleurs, elle s'est prononcée en faveur du maintien du caractère plus scientifique donné à la formation médicale et des stages hospitaliers actifs du deuxième cycle. Elle a suggéré, pour y parvenir, un ensemble d'aménagements et de réformes du système actuel des premier et deuxième cycles allant de la composition des programmes à la répartition des enseignements entre les années d'études.

Mais c'est sur la **formation du généraliste** que la commission a fait les propositions les plus hardies. La création d'un troisième cycle de formation spécifique d'une durée de deux ans s'impose pour trois raisons essentielles :

— un tel cycle est indispensable pour former des médecins à l'exercice pratique de la médecine générale. Son exercice exige aujourd'hui des connaissances nombreuses, un savoir-faire et une expérience que les étudiants ne peuvent acquérir complètement au cours des premier et deuxième cycles, ni pendant le stage pratique de fin d'études actuel ;

— un stage pratique d'une durée de deux ans permettrait aux futurs généralistes, s'ils le souhaitent, de compléter leurs connaissances d'une ou de plusieurs « orientations » particulières ;

— l'institution de ce troisième cycle rétablirait enfin une certaine parité entre leur formation et celle des spécialistes et contribuerait au renouveau de la médecine générale.

De caractère pratique et par conséquent actif, ce cycle aurait une durée de deux ans qui inclurait le stage pratique de fin d'études actuel. Les trois quarts de ce cycle terminal seraient accomplis en milieu hospitalier et, en principe, de façon continue dans le même établissement, où le stagiaire aurait toutes les fonctions et assumerait toutes les responsabilités qui sont aujourd'hui

celles de l'interne. Il le ferait dans des postes réputés formateurs et agréés comme tels. L'obligation du temps plein implique que les stagiaires reçoivent une rémunération comparable à celle des étudiants futurs spécialistes. Les six mois restants pourraient être accomplis auprès de praticiens, de médecins du travail, de médecins de la santé scolaire et de médecins-conseils de la sécurité sociale, dans des centres de santé ou de P. M. I.

Le second volet de la réforme proposée par la commission Fougère concerne le **cycle terminal de formation spécifique des spécialistes**.

La commission a pris pour point de départ de son étude du problème de la formation des spécialistes un projet désigné par les termes « internat qualifiant », dont elle a retenu les dispositions essentielles.

Une filière unique, hospitalière et universitaire serait créée pour la formation des spécialistes. Cette filière emprunterait pour leur formation pratique le cadre hospitalier des internats actuels, alors que leur formation théorique serait assurée par l'Université — ce qui est conforme aux directives européennes ;

— l'accès à la filière de formation des spécialistes se ferait par la voie d'une épreuve de classement au terme de laquelle les étudiants choisiraient, par ordre de classement et en fonction des places disponibles, la région de leur formation et l'une des spécialités ou groupes des spécialités suivantes : médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, O. R. L., stomatologie, radiologie, anesthésiologie, psychiatrie ;

— la durée de la formation varierait selon le nombre d'années de formation exigé pour chaque spécialité par les directives européennes ;

— les futurs spécialistes ne devraient être placés qu'à des postes formateurs ;

— l'enseignement théorique serait organisé par les U. E. R. de chaque région. Il pourrait prendre la forme de séminaires, éventuellement communs à plusieurs spécialités. Cet enseignement serait réparti en unités de valeur qui devraient être validées ;

— au vu des stages effectués et des unités de valeur validées, l'étudiant postule sa qualification dans l'une des spécialités reconnues par les autorités de tutelle. La qualification resterait prononcée par l'Ordre des médecins.

Une des conditions de la mise en œuvre de cette réforme réside dans l'adéquation entre le nombre de postes formateurs et le nombre de médecins à former dans chaque spécialité.

Le cycle de formation des spécialistes serait différent des internats actuels qui n'auraient plus de raison d'être. Sa durée varierait en fonction des spécialités et comporterait un enseignement théorique. Les candidats admis à ce cycle seraient moins nombreux que ceux qui sont actuellement reçus aux divers concours de l'internat. La sélection, sévère à l'entrée, et l'existence d'un quota pour l'accès aux spécialités obligeraient les étudiants à réussir dans un bon rang l'examen de classement pour exercer telle ou telle spécialité.

Toutes les parties du corps médical intéressées à la formation des futurs généralistes et spécialistes devraient être nécessairement associées aux décisions concernant « la gestion » des cycles spécifiques : fixation des quotas ; ajustement des options de formation aux possibilités et aux particularités de chaque région, etc. Il pourrait ainsi être créé des organes de participation, du type des collèges qui réuniraient à l'échelon national et régional des universités, des médecins hospitaliers, des praticiens libéraux, des étudiants en formation.

Une voie secondaire d'accès aux spécialités serait ouverte aux généralistes qui comptent au moins cinq années d'exercice : ces généralistes pourraient entrer dans la filière du cycle spécifique des spécialistes, en se présentant à un concours ouvert à leur intention chaque année, pour un nombre de places variable selon les disciplines. Reçus à ce concours, ils accompliraient le cycle de formation des spécialistes dans les mêmes conditions que ces derniers, avec cependant des possibilités de dérogation.

Les spécialistes qui voudraient exercer en qualité de généralistes devraient accomplir et valider le cycle terminal de formation spécifique de généraliste — mais cette obligation serait allégée dans certains cas.

Les propositions formulées par la commission rendent indispensable la **régulation des effectifs**. En effet, le bon fonctionnement des cycles de formation du généraliste comme du spécialiste, et à un moindre degré, l'amélioration des premier et deuxième cycles, imposent la réduction de près d'un tiers du nombre des médecins formés chaque année — de 9 000 aux environs de 6 000 — qui devrait être obtenue par le renforcement de la sélection à la fin de la première année du premier cycle.

## CHAPITRE II

### **Radioscopie du projet de loi.**

Le projet de loi soumis au Parlement définit le cadre d'une réforme des études qui vise à adapter la médecine, en quantité et en qualité, aux besoins de la population. Par rapport à l'ensemble de la réforme, le législateur n'est appelé à statuer que sur la partie émergée de l'iceberg, le reste relevant du domaine réglementaire, ou même de l'autonomie des universités. Ainsi, le projet de loi ne traite pas du contenu des premier et deuxième cycles des études. Son objet est limité au troisième cycle et au problème de la sélection au début du cursus universitaire. Le dispositif proposé est directement inspiré des travaux de la commission « Fougère », dont, cependant, ne sont pas reprises toutes les conclusions.

Le projet de loi s'articule autour de trois thèmes :

— la régulation des flux d'étudiants, compte tenu des besoins de la population ;

— la création d'un cycle de formation spécifique pour le généraliste, autrement dit le résidanat ;

— l'institution d'un internat qualifiant unique pour l'accès aux spécialités.

L'Assemblée Nationale a examiné le texte dans sa séance du mardi 22 mai 1979. Sans en modifier profondément l'économie, les députés y ont apporté un certain nombre de modifications, dont certaines sont importantes, qui en précisent la portée en limitant d'autant la marge de manœuvre du pouvoir réglementaire.

#### A. — LA RÉGULATION DES FLUX

La crainte de la pléthore médicale n'est pas une préoccupation nouvelle puisqu'un *numerus clausus* a été introduit à la fin de la première année des études de médecine et d'odontologie (P. C. E. M. 1), par le Parlement, dès 1971.

Il s'agissait alors de maintenir le nombre des étudiants dans des limites compatibles avec les capacités de formation. Celle-ci comportant pour tous, depuis la suppression du concours de l'externat, des stages hospitaliers au cours des quatre années de deuxième cycle des études de médecine, le critère retenu fut le nombre de lits formateurs dans les services des hôpitaux universitaires.



La réforme de 1971, ainsi qu'on l'a vu, n'a pas eu l'efficacité escomptée. Des promotions nombreuses ont encore franchi avec succès le cap de la première année. Ont, en effet, été admis en deuxième année (P.C. E. M. 2) :

1972 .....	11 335 étudiants ;
1973 .....	11 218 étudiants ;
1974 .....	10 732 étudiants ;
1975 .....	10 680 étudiants ;
1976 .....	10 486 étudiants ;
1977 .....	10 188 étudiants ;

On assiste certes à un fléchissement progressif notable par rapport aux chiffres records de 1968 (14 731 étudiants) et de 1969 (15 801 étudiants). Mais la réduction du nombre des étudiants en médecine, quoique sensible, est restée inférieure aux objectifs. Les effectifs auraient dû se stabiliser autour de 8 600 étudiants si les arrêtés pris en application de la réforme de 1971 par les Ministres de la Santé et des Universités avaient été strictement suivis d'effet.

Ce nombre même est aujourd'hui considéré comme trop élevé et l'on voudrait fixer à 6 000 les effectifs de médecins formés annuellement.

Sans nous interroger, pour le moment, sur le bien-fondé de cet objectif, notons tout d'abord, que la sélection serait effectuée, comme auparavant, à la fin de la première année d'études.

La Commission « Fougère » aurait estimé préférable de l'avancer dès l'entrée dans les études, aussitôt après le baccalauréat. Cette solution, usitée dans la plupart des pays européens et aux Etats-Unis, aurait eu l'avantage d'éviter à un trop grand nombre de jeunes de perdre une année d'études, voire deux lorsqu'ils redoublent le P. C. E. M. 1, sans succès pour autant. En outre, elle eût facilité l'organisation et accru la qualité des études de première année compromises par le très grand nombre d'étudiants tentés par les carrières médicales. Ils sont en effet près de 40 000, dont plus de 16 000 redoublants.

Mais, pour des raisons de principe, la sélection dès l'entrée des études n'a pas été retenue par le Gouvernement. Elle n'aurait pas été compatible avec le caractère du baccalauréat qui est sensé ouvrir l'accès aux carrières universitaires ; même si ce principe reste plus théorique que réel, puisqu'il est déjà transgressé en fait pour l'accès aux grandes écoles et aux écoles professionnelles, il n'a pas paru possible d'y apporter une exception supplémentaire pour l'accès aux études médicales.

La première innovation du projet de loi consiste à **donner toutes compétences aux Ministres de la Santé et des Universités** pour fixer le nombre d'étudiants admis à poursuivre chaque année leurs études en P. C. E. M. 2. Le pouvoir d'appréciation que la loi de 1971 laissait aux universités est donc supprimé.

La deuxième innovation réside dans la prise en compte, non seulement des capacités de formation, mais encore des **besoins de la population** : ce critère a, en fait, déjà été retenu pour la sélection au début des études de pharmacie dans le cadre de la loi n° 79-4 du 2 janvier 1979 adoptée par le Parlement au cours de la dernière session budgétaire. Ainsi apparaît clairement l'objectif de la sélection qui est d'adapter le nombre de médecins formés aux besoins de la santé.

Enfin, le texte prévoit également que sera déterminée par les ministres la **proportion d'étudiants pouvant accéder, soit aux spécialités, soit à la médecine générale**, ce qui n'existait pas auparavant. Cette disposition a pour objet de freiner la tendance des étudiants à se diriger vers l'exercice des spécialités.

Comment seront appréciés les besoins par les ministres ? Ils devront s'entourer d'un certain nombre d'avis : celui des comités de coordination hospitalo-universitaires pour la sélection en fin de première année, celui de commissions régionales *ad hoc* pour la fixation du nombre d'internes et de généralistes. C'est l'Assemblée Nationale qui a pris l'initiative de mentionner expressément l'intervention de ces commissions dans le projet de loi, avec l'accord du Gouvernement, lequel s'est opposé toutefois à ce que la loi en précise la composition.

Bien qu'aucun chiffre n'apparaisse dans le texte même du projet de loi, le Gouvernement voudrait, comme nous l'avons déjà signalé, limiter à 6 000 le nombre de médecins formés chaque année, dont 2 000 spécialistes et 4 000 généralistes. La notion de médecin généraliste retenue par le texte recouvre en fait tous les médecins non spécialistes, c'est-à-dire les omni-praticiens à proprement parler et l'ensemble des médecins salariés ou exerçant d'autres activités.

L'Assemblée Nationale a introduit dans le texte une disposition qui a pour effet d'étaler sur trois ans la réduction à 6 000 du nombre d'étudiants admis en deuxième année, qui sont actuellement plus de 9 000. Cette disposition revient à reporter à l'année universitaire 1987-1988 l'application intégrale du projet de loi. L'organisation du cycle spécifique du généraliste institué par ailleurs ne sera effectuée convenablement que s'il concerne, au plus, 4 000 étudiants.

## B. — LE RÉSIDANAT

Chacun, dans le monde médical, s'accorde à reconnaître la nécessité d'améliorer la formation des médecins généralistes qui sont trop souvent appelés à s'installer sans avoir l'expérience de la pratique réelle de leur futur métier.

Il semble que la formation clinique acquise à l'hôpital universitaire au cours du deuxième cycle ne soit pas suffisante. Les étudiants, nous a-t-on dit, y passent beaucoup de temps à des tâches d'ordre administratif et n'ont pas souvent l'occasion d'y rencontrer le type de malades qu'ils verront en clientèle courante.

Il ne faudrait pas regretter à l'excès la suppression du concours de l'externat qui a eu pour effet, certes, de multiplier le nombre d'étudiants présents à l'hôpital et rendu, de ce fait, moins intéressant leur stage. Mais il ne faut pas oublier ceux qui n'accédaient pas à l'externat et n'avaient donc aucune connaissance du milieu hospitalier.

La pratique du remplacement effectué au cours du troisième cycle peut être une bonne préparation à l'exercice de la médecine praticienne mais elle tend à diminuer avec l'augmentation des effectifs médicaux et sous l'effet de l'extension de l'exercice en groupe.

Le stage interné auquel sont astreints tous les étudiants du troisième cycle qui n'ont pas passé le concours de l'internat s'effectue dans des conditions telles que, de l'avis général, il n'a pas le caractère formateur escompté.

Pour ces raisons, la **création d'un cycle de formation spécifique pour les futurs généralistes**, demandée par la profession unanime, paraît une réforme intéressante.

Le projet de loi présenté par le Gouvernement était sur ce point fort succinct. Il prévoyait simplement que le futur généraliste exercerait, au cours de son troisième cycle, des fonctions hospitalières en qualité de résident, notion nouvelle.

L'Assemblée Nationale a apporté un certain nombre de précisions sur le **résidanat**. Le troisième cycle de généraliste devrait durer deux ans et comporter, hormis les fonctions hospitalières salariées, des stages chez les praticiens ou dans divers organismes de santé. Le stage chez le praticien, comme on le sait, est déjà prévu par l'article L. 359-I du Code de la Santé (loi du 13 juillet 1972). Mais, les décrets n'étant jamais parus, seules des expériences isolées ont été tentées dans un certain nombre de facultés, telles Créteil ou Bobigny. Le projet de loi reste muet en ce qui concerne une éventuelle rémunération du maître de stage que le Gouvernement, pour l'instant, ne souhaite pas voir instaurée.

Cette réforme aura pour effet d'allonger d'un an les études du médecin généraliste, qui se trouveront portées au total à huit années. Tous les étudiants qui ne font pas l'internat passeraient par le résidanat même s'ils doivent, ultérieurement, exercer des fonctions salariées telles que, par exemple, la médecine du travail.

Les stages hospitaliers auraient lieu de préférence dans les hôpitaux mais le recours au centre hospitalier universitaire n'est pas exclu. C'est, en fait, dans les hôpitaux non universitaires que le futur généraliste a le plus de chances d'être confronté aux types de cas cliniques qu'il aura, par la suite, à traiter en clientèle.

Nous aurons l'occasion plus loin de nous interroger sur le caractère formateur du résidanat et sur la portée réelle de la réforme proposée en ce qui concerne la valorisation de la médecine omnipraticienne.

### C. — L'INTERNAT

**L'accès aux différentes spécialités ne pourrait désormais avoir lieu que par une seule filière : l'internat qualifiant**, assurant aux étudiants une formation à la fois théorique et pratique. L'accès par la filière des certificats d'études spéciales, l'internat des régions sanitaires et l'internat en psychiatrie seraient donc supprimés, au profit d'un internat unique nouveau, voisin mais différent de l'internat de C. H. U.

Cette réforme tient donc compte de l'insuffisance des formations actuelles et, comme nous l'avons souligné, de la nécessité de s'aligner sur les Directives européennes.

Le projet de loi, qui n'a guère été modifié sur ce point par l'Assemblée Nationale, ne donne pas de précisions sur la nature et la durée de l'internat. On sait cependant que cette durée serait de trois à cinq ans selon les spécialités et de quatre ans en moyenne. On y accéderait, comme actuellement, par voie de concours, ce qui est une des originalités des études françaises que le monde médical ne paraît pas disposé à abandonner. Le concours de l'internat serait organisé, non dans le cadre de chacune des universités, mais dans celui de sept ou huit grandes régions sanitaires regroupant plusieurs U. E. R.

Le problème de l'organisation des épreuves de l'internat n'était pas traité dans le projet de loi déposé sur le bureau des assemblées.

Dans un avant-projet, le Gouvernement avait repris les suggestions de la Commission Fougère qui tendaient à établir l'admissibilité au concours de l'internat sur la base des notes obtenues par

les étudiants au cours du deuxième cycle. Ce dispositif, qui supposait un classement des étudiants, a finalement été abandonné par le Gouvernement, sous la pression des étudiants et des syndicats médicaux. Les étudiants redoutaient que cette formule ait pour effet de les contraindre à une tension permanente tout au long de leurs études. Ils craignaient également, comme les syndicats médicaux, que les étudiants les mieux classés à la fin du deuxième cycle puissent seuls accéder aux spécialités, ce qui eût été contradictoire avec la volonté de revaloriser la condition des médecins généralistes.

L'Assemblée Nationale, on y reviendra, a retenu un amendement présenté par M. Comiti, qui réintroduit dans le projet de loi la notion de classement, en obligeant tous les étudiants du deuxième cycle à passer, avant l'entrée dans le troisième cycle, un examen avec classement dont les résultats seraient pris en compte pour l'admissibilité à l'internat. En outre, les étudiants désirant devenir spécialistes seraient astreints à passer des épreuves supplémentaires pour l'admissibilité à l'internat.

A ce stade de l'exposé, il convient de préciser la notion de spécialité employée par le projet de loi.

En effet, il appartiendra aux ministres de fixer la liste des spécialités pour lesquelles la seule filière d'accès sera l'internat : en d'autres termes, pour un certain nombre de disciplines, telles que la médecine légale ou la médecine du travail, la formation continuerait d'être prodiguée, comme actuellement, par la voie des certificats d'études spéciales maintenus en l'espèce. L'acquisition des connaissances nécessaires à l'exercice de ces disciplines ne peut se faire utilement dans les services hospitaliers hautement spécialisés. Toutefois, comme nous l'avons déjà signalé, le passage par le résidanat sera obligatoire.

En outre, le Gouvernement a l'intention de laisser aux médecins qui ne suivent pas la filière de l'internat, donc aux futurs généralistes, la possibilité d'acquérir des compétences particulières dans des domaines tels que la pédiatrie, la gériatrie ou la médecine contraceptive, utiles pour l'exercice de la médecine omni-praticienne.

Selon le projet de loi, l'interne exercerait des fonctions hospitalières, soit dans les C. H. U., soit dans d'autres hôpitaux. L'Assemblée Nationale a adopté une disposition d'après laquelle la présence à l'hôpital du résident est liée à celle de l'interne, afin d'éviter aux inconvénients que pourrait entraîner la suppression de l'internat des régions sanitaires pour le fonctionnement des hôpitaux généraux.

En fondant en un seul internat qualifiant les trois sortes d'internats existant actuellement, la réforme a un caractère unificateur indiscutable mais elle a également pour effet de créer une rigidité certaine dans les modes d'accès aux spécialités. Elle serait cependant tempérée par l'institution de « passerelles » ouvrant la formation de spécialiste aux généralistes déjà en exercice. Ces « passerelles » étaient prévues dans le projet de loi mais l'Assemblée Nationale en a précisé les modalités dans des conditions que nous examinerons dans la suite du présent rapport.

\* \*

Telle est, très brièvement exposée, l'économie du projet de loi ainsi qu'il a été modifié par l'Assemblée Nationale et dont il faut maintenant tenter de mesurer la portée.

## DEUXIEME PARTIE

### DIAGNOSTIC DE LA COMMISSION

Tel qu'il résulte des délibérations de l'Assemblée Nationale, le texte du projet de loi commande un certain nombre d'observations que votre rapporteur a cru devoir résumer pour expliciter clairement sa pensée et celle de la commission, par quelques doutes, auxquels s'ajoutent quelques inquiétudes, avec pour finir une hésitation

#### CHAPITRE III

##### **Quelques doutes.**

Les multiples études qui ont précédé l'élaboration du présent projet de loi ont toutes cherché à projeter, en termes démographiques, les besoins de notre pays en médecins. Qu'en est-il vraiment ? Saura-t-on les apprécier convenablement ?

Par ailleurs, votre commission s'interroge sur la portée réelle de la réforme en ce qui concerne le renouveau de la médecine générale.

Enfin, troisième incertitude, le texte étant fort laconique sur ce point, en quoi consistera l'internat ?

#### A. — L'ADAPTATION DU NOMBRE DES MÉDECINS AUX BESOINS DU PAYS : UN EXERCICE PÉRILLEUX ?

La France comptait, en 1959, 45 000 médecins, soit un médecin pour 1 000 habitants. Ce nombre a pratiquement doublé en 1977 pour atteindre 86 000 médecins et nous aurons, en France, en 1985, compte tenu des effectifs d'étudiants actuels, plus de 135 000 médecins (un médecin pour 500 habitants), soit trois fois plus de médecins qu'en 1959. Ces chiffres sont en eux-mêmes suffisamment significatifs pour ne pas nourrir de controverse.

**Plusieurs raisons militent en faveur de la maîtrise de l'évolution de la démographie médicale :**

— la crainte du chômage tout d'abord : les jeunes médecins rencontreront de plus en plus de difficultés à s'installer ou à utiliser leurs diplômes dans des conditions leur assurant un revenu décent. La pléthore est particulièrement sensible dans un certain nombre de régions et pour certaines spécialités, telles que la chirurgie, l'obstétrique et la pédiatrie.

— en second lieu, des motifs d'ordre économique interviennent. On connaît, au cours des dernières années, l'augmentation considérable des dépenses de santé qui pèsent sur les budgets des caisses d'assurance maladie et sur l'ensemble de la collectivité. Limiter l'offre de soins apparaît, à cet égard, comme le moyen le plus efficace de freiner la hausse continue des dépenses de santé.

— une troisième série de motifs qui inquiète particulièrement certains membres de la profession réside dans la crainte que l'accroissement sans limite de la démographie médicale n'ait pour conséquence, à plus ou moins long terme, d'abolir l'exercice libéral.

Il paraît donc indispensable de chercher le moyen d'adapter le nombre des médecins en général et le nombre des spécialistes en particulier aux besoins au pays.

**Mais l'appréciation des besoins n'est pas chose aisée.** Elle suppose d'évaluer convenablement quels seront les débouchés de la profession au cours des années à venir pour la médecine libérale et dans chaque spécialité, pour la médecine hospitalière et pour la médecine préventive, en tenant compte des différences de densité médicale constatées sur l'ensemble du territoire.

Les besoins ne doivent pas être évalués idéalement. A cet égard, il serait illusoire de croire que les débouchés offerts par la médecine salariée resteront appréciables. Certes, si l'on en croit certaines normes établies jusqu'à présent, il serait souhaitable que la France dispose d'un plus grand nombre de médecins du travail, de médecins de santé scolaire et de médecins hospitaliers. Mais il faut aussi tenir compte des possibilités financières des collectivités concernées qui sont, pour l'instant, relativement réduites.

Il faut également savoir que les modalités d'exercice de la médecine libérale sont en train d'évoluer sous la pression du nombre. La médecine lente est à l'ordre du jour. Certains jeunes médecins acceptent de travailler un peu moins même si leurs gains doivent être moins élevés que ceux de leurs aînés.

Il importe dès lors que les ministres de la santé et des universités s'entourent de tous les conseils et de toutes les informations



pour fixer les effectifs des promotions d'étudiants. Il faut que soient effectuées des études sérieuses, continuellement remises à jour, sur la base des niveaux d'activité moyens des praticiens.

Le système souple que propose le projet de loi doit permettre les adaptations nécessaires et éviter les erreurs d'appréciation des besoins d'autant plus probables qu'une longue durée s'écoulera entre le début et la fin des études. Il faut d'ailleurs noter à ce propos que l'adaptation du nombre de spécialistes aux besoins sera moins aléatoire que la fixation globale du nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études au-delà de la première année, puisque le nombre d'internes dans chaque spécialité sera déterminé quatre ans en moyenne avant le terme de la formation.

En outre, les possibilités de « passerelles » vers les spécialités qui seront offertes aux médecins déjà installés constituent une voie parallèle d'adaptation dont l'intérêt est évident.

Il faut également savoir que, de plus en plus souvent, les jeunes médecins tendent à exercer leur profession dans la région dans laquelle ils ont fait leurs études. Cet aspect doit être pris en considération pour déterminer le nombre d'étudiants de chaque U. E. R., afin de corriger convenablement les disparités actuelles dans les densités médicales (cf. carte en annexe).

Pour cet ensemble de raisons, **il ne saurait être question de considérer comme définitifs les chiffres les plus souvent avancés jusqu'à présent : 6 000 médecins à former par an, dont 4 000 généralistes et 2 000 spécialistes.** Indiquons à ce propos que certains des interlocuteurs de votre rapporteur ont d'ores et déjà contesté le nombre de 2 000 spécialistes, qu'ils considèrent comme trop faible.

Ajoutons qu'une réduction spontanée du nombre de bacheliers s'orientant vers la filière médicale pourrait avoir lieu. Certains candidats seront découragés par la perspective du chômage, tout comme d'une activité moins bien rémunérée qu'auparavant. Certains seront rebutés par la difficulté d'accéder aux spécialités par la voie particulièrement rigoureuse de l'internat qualifiant. On constate d'ailleurs, depuis deux ans, une certaine diminution du nombre d'étudiants de première année de médecine à laquelle ces causes ne sont pas étrangères.

Il faut également noter que l'allongement des études prévu par le projet de loi aura pour effet de retarder d'un an l'entrée des docteurs en médecine dans la vie active et pourrait temporairement amener une certaine détente sur le « marché du travail ».

## B. — QUELLE VALORISATION DU GÉNÉRALISTE ?

**La réhabilitation du rôle du médecin généraliste apparaît indispensable pour plusieurs raisons, certaines d'ordre sanitaire, d'autres, il faut le reconnaître, de nature économique.**

On constate actuellement une tendance croissante des malades à s'adresser directement aux médecins exerçant une spécialité. Cette évolution est la conséquence de l'augmentation du nombre des spécialistes. Mais elle présente le risque d'une mauvaise orientation du malade qui n'est pas toujours en mesure de détecter lui-même ses affections. Cette évolution, aussi regrettable qu'elle puisse paraître à certains, est rendue inévitable avec l'élévation du niveau moyen de culture médicale de la population. Il serait donc illusoire et peu conforme à notre environnement moderne d'obliger le malade à passer, dans tous les cas, par l'intermédiaire de l'omnipraticien pour s'adresser ensuite au spécialiste. Pourtant, il serait excellent que le médecin de famille reprenne la place qu'il a quelque peu perdue. Il remplit en effet un rôle irremplaçable à la fois de thérapeute et de conseiller pour l'hygiène de vie de la cellule familiale dans son ensemble. Il peut seul connaître les antécédents du malade dans tous les domaines. Il est seul en mesure de considérer son patient comme un « tout ». Chacun s'accorde d'ailleurs à reconnaître la fonction non seulement sanitaire mais sociale du médecin qui, dans nos sociétés parcellisées, urbanisées, remplace quelquefois celle que jouaient certains notables d'autrefois comme les prêtres ou les instituteurs. Cela étant, il est important que les médecins généralistes soient, non seulement de fins psychologues, mais aussi de bons cliniciens capables d'établir des diagnostics convenables sans avoir besoin de recourir excessivement aux moyens techniques, radiologie et examens de laboratoires, que l'évolution des sciences met à leur disposition. On aborde là un aspect économique qui sous-tend la volonté de valoriser la fonction du généraliste. Mais il faut être également conscient, les médecins s'en plaignent, de ce que leurs responsabilités se trouvent de plus en plus souvent engagées devant les tribunaux, ce qui les amène à s'entourer, dans leur diagnostic, de multiples garanties. On sait que le problème de la responsabilité médicale fait l'objet des travaux d'une commission d'étude placée sous l'égide du ministère de la justice.

**Ces prémisses étant posées, il faut tenter de mesurer si le projet de loi va contribuer effectivement à valoriser la médecine générale.**

Le texte comporte des aspects positifs, en ce qui concerne d'abord l'amélioration de la formation, grâce à la création du résidanat. Mais, dans une large mesure, les résultats de la réforme dépendront de la manière dont elle sera appliquée.

On peut, à ce propos, émettre un certain nombre de craintes.

Pour que les *fonctions hospitalières* du résident aient un caractère réellement formateur, plusieurs conditions doivent être remplies. Il faut que le résident rende un service réel à l'hôpital, que lui soient confiées des responsabilités effectives, mais aussi qu'il soit bien encadré. Il faut aussi que le résidanat ait lieu dans des types de services où le futur généraliste sera en contact avec le genre de malades qu'il sera appelé à traiter.

Telle semble être l'intention du gouvernement qui entend affecter les résidents de préférence dans les hôpitaux généraux. Mais l'on sait que trop souvent, dans ces hôpitaux, les services de médecine générale sont dirigés par des médecins spécialistes et prennent en conséquence une orientation en fonction de la discipline du médecin chef. Cette tendance ne pourra être inversée que si la médecine interne se développe sur des bases nouvelles.

La médecine interne, spécialité à laquelle on accédera par l'internat, devrait permettre précisément de former les futurs cadres hospitaliers des services de médecine générale des hôpitaux non universitaires. Pour que ce résultat soit atteint, il faut que la qualification d'interne ne s'acquière pas, comme actuellement, par la seule accumulation d'un certain nombre de spécialités mais soit obtenue à l'issue d'une formation spécifique suffisamment longue et aussi générale et approfondie que possible.

Il convient d'aborder les questions soulevées par *le stage chez le praticien*.

Ce stage ne peut être efficace que s'il est organisé convenablement et si, tout d'abord, il est possible de recruter des maîtres de stage en nombre suffisant. A ce propos, il est à craindre que le recrutement soit compromis dès lors que les maîtres de stage ne seront pas rémunérés, ce qui semble être l'intention du Gouvernement. Mais en l'espèce, hélas, le Parlement ne dispose d'aucun pouvoir formel pour le faire changer d'avis.

Les stages seraient discontinus, à raison de quelques après-midis par semaine, de façon à rester compatibles avec l'exercice des fonctions hospitalières qui, seul permettra au résident de demeurer salarié de l'hôpital. Il ne nous apparaît pas, *a priori*, que cette solution soit moins bonne que si le stage était continu. Il faudra également organiser les relations entre le praticien et le stagiaire, ce qui nécessitera la mise au point de conventions d'une nature délicate.

Sous ces réserves, le projet de loi apporte indiscutablement une amélioration de la formation du généraliste.

Il contribue, en outre, à la valorisation de la médecine omni-praticienne, dans la mesure où il tend à **rapprocher le statut de l'étudiant qui se destine à la médecine générale du statut de l'interne**. Ils exerceront l'un et l'autre des fonctions hospitalières rémunérées de nature voisine, moins longues, certes, pour le résident, mais moyennant cependant une prolongation d'un an des études.

Ce rapprochement sera d'autant plus significatif si un certain nombre de conditions sont réunies. *Tout d'abord, la rémunération du résident devrait être aussi proche que possible de celle de l'interne.*

Il est dans les intentions du Gouvernement de fixer la rémunération du résident au niveau de celle que perçoivent actuellement les internes des régions sanitaires, soit 37 000 F par an (3 000 F par mois) alors que l'interne de spécialité percevrait, comme l'interne de C. H. U. actuel, 57 000 F par an (4 500 F par mois).

Il s'agit donc d'un progrès par rapport à la situation actuelle puisque le stagiaire interné de fin d'études ne perçoit que 7 000 F par an (environ 600 F par mois). Mais il serait préférable que l'écart entre les salaires versés respectivement à l'interne et au résident soit encore réduit. Peut-être pourrait-on envisager une rémunération à l'identique pour le résident et pour l'interne au cours des deux premières années de l'internat, le salaire de l'interne étant revalorisé par la suite.

*Il est indispensable, en second lieu, que l'orientation des étudiants en médecine vers le résidanat ne résulte pas d'une sélection par l'échec.*

*Enfin, il convient que, dans l'exercice de ses fonctions hospitalières, le résident ne soit pas subordonné à l'interne.*

Ces différentes observations amèneront votre commission à proposer un certain nombre de modifications au projet de loi.

Nous proposerons tout d'abord que soit mis en place un statut unique pour les résidents, comme pour les internes, tenant compte, bien entendu, des différences existant entre les deux fonctions.

En second lieu, nous chercherons à éviter toutes dispositions de nature à fonder l'admissibilité à l'internat sur un classement établi, soit à partir des notes obtenues au cours du deuxième cycle, soit à partir d'un examen classant subi à la fin de ce cycle. Autrement dit, nous préférons un internat ouvert à l'ensemble des étudiants, seul moyen d'éviter, formellement du moins, la sélection des généralistes par l'échec.

Cette option n'exclut pas pour autant l'organisation d'épreuves de validation de la fin du deuxième cycle pour l'ensemble des étudiants. Elle emporte une conséquence en ce qui concerne le choix des postes formateurs par les futurs résidents. Ce choix pourrait s'effectuer en fonction des résultats des études puisqu'il n'y aurait pas de classement. On pourrait subsidiairement utiliser le tirage au sort par ordre alphabétique. Ainsi, les étudiants les moins bons ne seraient pas nécessairement affectés dans des services moins formateurs, ce qui, finalement, devrait permettre d'assurer un meilleur niveau de formation.

En troisième lieu, nous serons amenés à remettre en cause une des dispositions introduites par l'Assemblée Nationale à l'initiative de sa commission, qui rend obligatoire la présence d'un interne, au moins dans tous les établissements accueillant des résidents.

Enfin, nous proposerons que la durée du résidanat ne soit pas plafonnée à deux ans mais puisse éventuellement être allongée pour tenir compte de l'évolution de la médecine sans qu'il soit nécessaire pour autant de faire intervenir à nouveau le législateur.

Malgré ces diverses précautions, l'instauration d'un troisième cycle de formation spécifique du généraliste paraît encore insuffisante pour valoriser la médecine omni-praticienne par rapport aux spécialités. **Le problème de la rémunération en cours d'exercice reste en effet un élément fondamental de cette valorisation, dont le projet de loi, bien entendu, ne traite pas.** Il faut cependant l'évoquer.

On a assisté, depuis quelques années, à un rapprochement entre la valeur des actes effectués par le généraliste (C, V) et celle des actes du spécialiste (CS, VS, K). Au début des années 60, le « C » était égal à la moitié du « CS » et il en était de même pour le « V » par rapport au « VS ». Aujourd'hui, le « C » (40 F) représente les deux tiers du « CS » (60 F).

On sait que la valeur des actes relève de la responsabilité des syndicats médicaux lorsqu'ils en débattent dans le cadre de la convention avec les organismes de sécurité sociale.

L'évolution du « C » et du « CS » ne suffit pas à donner une indication significative des différences entre le revenu du généraliste et celui du spécialiste, car le spécialiste effectue moins d'actes et, en général, supporte des frais professionnels plus élevés. Cependant, on peut considérer sans grand risque d'erreur qu'en moyenne le généraliste travaille davantage et gagne moins d'argent.

La justification du coût plus élevé de l'acte du spécialiste réside dans la plus grande technicité et dans la plus longue durée des études du médecin spécialiste.

A ce propos, il faut noter que le projet de loi porte en germe la possibilité d'augmenter relativement la valeur du « C » puisqu'il allonge les études du généraliste.

### C. — LA RÉFORME DE L'INTERNAT : UN CONTENU INDÉTERMINÉ

Dans le texte initial du projet de loi, l'internat ne figurait pas explicitement. Cette absence qui pourrait trouver sa justification dans les règles constitutionnelles actuelles n'en est pas moins significative. Le Gouvernement entend demander au législateur de poser quelques principes, se réservant le soin d'organiser par la voie réglementaire cette réforme. C'est oublier que la loi et les travaux qui accompagnent son élaboration demeurent toujours la référence pour l'intervention ultérieure des règlements et que ceux-ci doivent en toutes circonstances obéir à la volonté exprimée par le législateur à peine de nullité.

Ce rappel n'est pas inutile s'agissant de la mise en place d'une pièce essentielle de la réforme et c'est pourquoi votre commission entend définir quelques orientations précises.

#### 1° *Le concours de l'internat doit être réformé en profondeur.*

A l'heure actuelle, le concours de l'internat est fondé sur l'exploration des connaissances par des épreuves rédactionnelles, des « questions », qui se décomposent pour l'admissibilité en quatre questions de pathologie médicale, trois de pathologie chirurgicale et de deux de biologie à rédiger en 1 h 30 après une heure de réflexion.

L'admission comporte une question d'anatomie, une de pathologie médicale et une de pathologie chirurgicale, rédigées chacune en une heure après quarante-cinq minutes de réflexion.

Pour préparer un tel concours, il existe une préparation spécifique : les conférences d'internat qui sont dispensées au cours du deuxième cycle des études médicales en dehors des études universitaires. Les étudiants qui les suivent doivent parfois payer — fort cher — les conférenciers. Dans d'autres cas, les conférenciers « choisissent » les étudiants qui participeront à leurs conférences selon des critères qui laissent une place à l'arbitraire. Indépendamment du fait que cet enseignement double celui dispensé dans les universités, ce qui est anormal, il nécessite une préparation très spécifique fondée sur la mémorisation d'un texte qui sera reproduit avec plus ou moins de fidélité au moment du concours. On ne peut prétendre que ce type d'apprentissage est dépourvu

d'intérêt, la médecine est une science naturelle qui ne peut être construite comme une démonstration mathématique et c'est l'accumulation des connaissances qui permet d'avoir une attitude adaptée à une situation pathologique. Cependant, le mode d'épreuve présente une série d'inconvénients non négligeables :

— les questions sont apprises pour elles-mêmes. L'accumulation des détails prouve sans conteste l'érudition de l'étudiant, elle n'apporte rien sur la forme d'esprit que l'on attend d'eux pour la formation à laquelle ils se destinent ;

— le programme des questions de pathologie est limitatif. Il regroupe des affections bien individualisées se prêtant à la rédaction de questions. Les différences qui séparent ce programme de celui des enseignements du second cycle explique la préparation en dehors du cursus des études médicales ;

— l'aptitude des candidats à utiliser leurs connaissances dans des situations réelles n'est absolument pas explorée par le concours dans sa forme actuelle.

Le système est, au demeurant, condamnable dans la mesure où il permet à l'étudiant de faire des impasses considérables et surtout n'offre pas les garanties d'une correction objective. Une commission de docimologie dirigée par M. le professeur Saindelle de l'université de Tours a fait, sur ce point précis, une série d'expériences édifiantes. Après avoir fait corriger cinquante copies de l'épreuve de biologie du concours de l'internat par deux correcteurs différents, puis par le même correcteur à dix-huit mois d'intervalle, on a pu constater que les résultats varient d'un correcteur à l'autre, mais qu'un même correcteur est incapable de reproduire son propre jugement à un an et demi d'intervalle.

Le concours, dans sa forme actuelle, n'a que la vertu de sélectionner et de classer les candidats à l'internat.

L'Assemblée Nationale a adopté, à l'initiative de M. Comiti, un amendement qui associe l'examen de fin de deuxième cycle à l'admissibilité à l'internat.

**Votre commission suggère que le futur concours de l'internat soit dissocié de l'examen terminal de fin de deuxième cycle, ceci pour deux raisons principales :**

— cet examen se déroule au niveau de chaque U. E. R. Or, prendre les résultats obtenus conduirait à des inégalités et des injustices dues aux différences qui peuvent exister en des facultés, puisque le concours lui-même doit être désormais organisé dans le cadre de sept ou huit grandes régions *ad hoc* regroupant plusieurs U. E. R. ;

— un tel classement traduirait avec éclat une sélection par l'échec des généralistes, ce que nous avons déjà souligné.

Il convient donc d'envisager la création d'un concours distinct, ouvert à tous les étudiants ayant terminé avec succès leurs études de deuxième cycle, qui devra comporter :

— une admissibilité sur des épreuves de connaissance. Le programme serait constitué par les programmes des enseignements de P. C. E. M. 2 et du deuxième cycle. Il n'y aura pas de liste limitative de questions, mais, pour chaque type d'enseignement, les objectifs pédagogiques devront être clairement définis. Les épreuves pourraient prendre la forme des Q. C. M. ou de Q. R. O. C., ou les deux associés :

— une admission sur des épreuves rédactionnelles qui exploiteront l'utilisation pratique des connaissances par l'association d'études de cas concrets sous la forme de « conduite à tenir en présence d'une situation donnée » et d'analyses critiques de textes, articles médicaux, rapports d'observations.

Ces dispositions devraient mettre un terme au bachotage que l'on dénonce souvent. Il devrait conduire les universités à mettre en place des préparations au concours gratuites et ouvertes à tous.

## 2° *Le contenu de l'internat doit être clairement défini.*

Un des buts assignés par la réforme est de refondre les internats actuels — C. H. U., régions sanitaires et psychiatrie — en une seule et unique filière. On sait que la formation se déroulera dans des centres hospitaliers régionaux faisant partie des C. H. U. ou dans des établissements liés à ces centres par convention.

Votre rapporteur, d'après les indications qui lui ont été fournies, croit pouvoir indiquer que la durée de l'internat qualifiant variera selon les spécialités de deux à cinq ans, la durée moyenne s'établissant à quatre ans. Le cursus se décomposera en huit stages de six mois au cours desquels les étudiants suivront une formation dans la spécialité à laquelle ils se destinent mais aussi dans les spécialités voisines. Votre commission est en effet très attachée à ce que les nouveaux internes reçoivent une formation polymorphe, seule garante d'un haut niveau de culture et de technicité.

Sur ce point, votre rapporteur estime qu'un statut s'impose pour définir le contenu des formations. Il devra préciser la répartition entre la formation pratique et la formation théorique, les conditions d'exercice des fonctions de soin, la rémunération, la responsabilité des internes.

Comme pour les résidents, le statut devra assurer à leur bénéficiaire des garanties à l'intérieur des services hospitaliers et résoudre — au-delà de certains problèmes psychologiques — une série de situations complexes qui placent l'interne en position d'infériorité avec toutes les conséquences que cela peut comporter.



## CHAPITRE IV

### Quelques inquiétudes.

Au sein de votre commission se sont exprimées de vives craintes sur les conséquences fâcheuses que pourrait avoir la réduction du nombre d'internes sur le fonctionnement des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques.

Votre rapporteur, par ailleurs, s'est interrogé sur les incidences financières du projet de loi.

Enfin, le législateur ne peut manquer de se préoccuper des nécessaires réformes à promouvoir dans l'organisation des premier et deuxième cycles des études, bien que cette question ne relève pas de sa compétence, mais du pouvoir réglementaire et, surtout, de l'autonomie des universités.

#### A. — LES INCIDENCES DE LA RÉFORME SUR LE FONCTIONNEMENT DES HÔPITAUX

La suppression de l'internat des régions sanitaires, inéluctable dans la perspective d'une simplification des filières de formation, entraînera-t-elle des difficultés dans le fonctionnement des hôpitaux non universitaires ? On peut craindre qu'ils se trouveront privés de la collaboration de cadres hospitaliers de bon niveau, motivés, et qui séjournent suffisamment longtemps dans un même service pour y être efficaces.

Certes, les résidents viendront remplacer les internes, et il n'y a pas *a priori* de raison pour qu'ils rendent moins de services. Toutefois, la durée de leurs fonctions sera moins longue ; une partie de leur temps sera occupée par des stages extra-hospitaliers et par la formation théorique ; on peut, en outre, redouter que, n'ayant pas passé les épreuves d'un concours, certains d'entre eux seront un peu moins motivés par leur travail.

En tout état de cause, la suppression de l'internat des régions sanitaires se fera cruellement ressentir dans certains services spécialisés, tels les services de chirurgie, qui ne présentent pas de caractère formateur pour les résidents et où, de surcroît, ils ne seraient pas d'une grande utilité.

Les problèmes engendrés par la réforme dans les hôpitaux généraux, ne paraissent pas cependant de nature à justifier le maintien de l'internat des régions sanitaires. Cette filière certes, n'est sans intérêt ni pour les hôpitaux ni pour les étudiants qui la suivent, mais elle ne leur offre que peu de garanties pour l'accès aux spécialités, puisque, leurs stages n'étant que parcimonieusement validés par l'Ordre des médecins, ces internes sont souvent contraints de passer ensuite un certificat d'études spéciales, à la différence des internes de C. H. U. Par ailleurs, les intéressés reconnaissent eux-mêmes que cet internat recrute de plus en plus difficilement (1), et que, même en l'absence de réforme, les hôpitaux généraux sont d'ores et déjà confrontés à des problèmes d'encadrement qui ne peuvent que s'aggraver dans l'avenir. Enfin, il faut souligner, comme le Ministre de la Santé l'a fait devant la commission spéciale, que les études ne doivent pas être organisées en fonction des besoins en personnel des hôpitaux, mais conformément aux nécessités de la formation des futurs médecins ; le maintien à tout prix de l'internat des régions sanitaires ne serait donc pas une bonne solution.

Votre rapporteur partage cependant les préoccupations de M. Sourdille, rapporteur du projet de loi à l'Assemblée Nationale. **Il est hautement souhaitable que les nouveaux internes ne soient pas systématiquement cantonnés dans les hôpitaux universitaires.** De telles pratiques seraient préjudiciables aux hôpitaux généraux, totalement privés d'internes, mais aussi aux futurs spécialistes qui trouveront certainement à exercer en dehors du C. H. U. des fonctions plus intéressantes et plus formatrices.

Pour éviter cet écueil, il importe de faire figurer expressément dans la loi — comme cela vous sera proposé — des dispositions qui garantissent qu'elle ne sera pas ainsi appliquée.

A cet égard, la solution préconisée par l'Assemblée Nationale, ne paraît pas satisfaisante.

L'idée de subordonner la présence de résidents dans un établissement hospitalier à celle d'internes, peut paraître séduisante de prime abord. Mais cette formule présenterait divers inconvénients qui seront analysés à l'occasion de l'examen des articles. Retenons dès maintenant qu'elle serait difficilement applicable dans les petits établissements hospitaliers où les internes n'ont guère de raison de séjourner, ainsi que dans certains établissements très spécialisés, tels que le Centre national des Quinze-Vingts, où au contraire les résidents ne trouveraient pas leur place, sauf à sacrifier partiellement l'efficacité de la formation des uns ou des autres.

---

(1) Un certain nombre de postes d'internes des régions sanitaires sont occupés par des « faisant fonction », autrement dit des stagiaires internés en dernière année d'études.

Nous proposerons donc d'autres modalités qui devront permettre d'aboutir à l'objectif recherché fort justement par M. Sourdille, *en obligeant les internes à exercer une partie de leurs fonctions hospitalières en dehors des C. H. U.*

A vrai dire, *il importera surtout que les représentants des hôpitaux non universitaires puissent faire valoir opportunément leur point de vue au sein des commissions consultatives qui seconderont les ministres pour définir les postes formateurs.* C'est une des raisons pour lesquelles nous souhaitons, comme la Commission de l'Assemblée Nationale, que la composition de ces commissions soit fixée, du moins dans ses grandes lignes, par le législateur.

Mme le Ministre de la Santé a affirmé devant la Commission spéciale que le meilleur moyen d'assurer l'encadrement des hôpitaux généraux serait pour eux de **recourir à l'emploi de médecins diplômés.** Il s'agit là sans doute, en effet, de la solution la plus rationnelle. Mais n'est-elle pas illusoire ? Certes, il est probable que sous la pression de la démographie médicale des candidatures se présenteront pour occuper des postes à temps partiel ou des postes d'attaché. Encore faudrait-il être certain que ces postes seront effectivement ouverts. Or il est permis d'en douter lorsqu'on sait que les pouvoirs publics mettent tout en œuvre pour tenter de contenir les dépenses de santé afin de limiter le déficit des régimes d'assurance maladie. Les intentions exprimées par Mme Veil ne paraissent guère compatibles, à première vue, avec les circulaires récentes émanant de ses services et qui tendent à plafonner tant l'évolution des prix de journée hospitaliers que l'augmentation des effectifs hospitaliers. **Aussi, quoique la commission spéciale ne méconnaisse pas la gravité des difficultés actuelles et à venir de la Sécurité sociale, nous souhaiterions obtenir de la part du Gouvernement, lors de la discussion du présent projet de loi, des assurances formelles que le bon fonctionnement des hôpitaux généraux ne sera pas compromis par des préoccupations d'ordre financier.**

Les réflexions exprimées ci-dessus peuvent tout aussi bien s'appliquer aux hôpitaux psychiatriques, qui seront inéluctablement gênés par la suppression de l'internat en psychiatrie.

## B. — LE COÛT DE LA RÉFORME

Votre rapporteur a tenté d'évaluer le coût de la réforme et a recueilli certaines informations.

Au niveau du budget des universités, les dépenses supplémentaires engendrées par l'allongement des études et par le recours à des médecins praticiens vacataires pour contribuer à la formation

théorique des résidents seraient compensées par l'allégement des charges résultant de la diminution des effectifs d'étudiants en médecine. Les incidences financières de la réforme seraient donc nulles, dans l'hypothèse où les maîtres de stage accueillant des résidents pour le stage chez le praticien ne seraient pas rémunérés.

En ce qui concerne les dépenses afférentes à la rémunération des résidents et des internes, supportées par les hôpitaux d'accueil, la charge globale resterait inchangée par rapport à la situation actuelle, dans l'hypothèse d'un résidanat de deux ans effectué par 4 000 futurs généralistes et d'un internat qualifiant d'une durée moyenne de quatre ans formant 2 000 spécialistes, sur la base des rémunérations suivantes : 57 000 F par an pour l'interne (salaire actuel de l'interne de C. H. U.) et 57 000 F par an pour le résident (salaire actuel de l'interne des régions sanitaires).

Cette charge s'établirait aux alentours de 720 millions de francs par an, ce qui correspond approximativement à la somme des salaires versés en 1979 aux internes de C. H. U. (5 500 postes), aux internes des régions sanitaires (5 500 postes), aux internes en psychiatrie (2 500 postes hors C. H. U.) et aux stagiaires internés de fin d'études (9 000 postes). Si les gardes qu'effectueraient les internes et les résidents devaient être indemnisées, cela représenterait, bien entendu, une dépense supplémentaire. Enfin, dans l'hypothèse où la rémunération du résident était portée au niveau de celle de l'interne, le coût supplémentaire peut être évalué à 160 millions de francs.

La plus grande incertitude plane, en revanche, sur les dépenses qui devront être exposées pour compenser la réduction globale du nombre d'internes affectés dans les hôpitaux généraux par l'emploi de médecins diplômés, à temps plein, à temps partiel ou à la vacation, lorsque la seule présence des résidents sera insuffisante à assurer convenablement la marche des services.

#### C. — LES SILENCES DU PROJET DE LOI SUR LE CONTENU DES PREMIER ET DEUXIÈME CYCLES

D'aucuns ont écrit que le P. C. E. M. 1 était le talon d'Achille du système. Il est pour s'en convaincre de reprendre le débat qui a eu lieu à l'Assemblée Nationale ou relire les observations pertinentes du rapporteur, M. Sourdille.

Une majorité d'enseignants contactés par votre rapporteur souhaitent, comme les auteurs du rapport Fougère, que la sélection s'opère avant l'entrée en première année, ce qui aurait l'avantage économique, pédagogique et humain de faire de cette année une année de formation réelle avec au sortir, pour ceux des étudiants

qui ne sont pas reçus à l'examen, la possibilité de continuer des études supérieures dans d'autres filières. On peut regretter à cette occasion que le diplôme universitaire de biologie créé par la loi n° 71-557 du 12 juillet 1971 n'ait pas été mis en œuvre alors qu'il avait précisément pour vocation de ne pas laisser les étudiants recalés livrés à leur sort.

Sans doute tout mécanisme de présélection aurait pour conséquence de remettre en cause le baccalauréat, le premier grade de l'enseignement supérieur, et par conséquent porte d'accès à l'université. L'histoire commande d'agir sur ce point avec une grande circonspection...

**Le problème de la sélection demeure en l'état.** Il sera rendu encore plus délicat avec le texte actuel puisque aussi bien le nombre d'étudiants admis en P. C. E. M. 2 sera inférieur d'un tiers et peut-être davantage si la situation l'exige dans les prochaines années.

On a déjà vu que les conditions actuelles de la sélection laissent à désirer. Votre rapporteur, sans vouloir s'immiscer dans des questions qui relèvent pour partie du pouvoir réglementaire et pour une autre de l'autonomie des universités, estime de son devoir d'appeler solennellement l'attention des responsables sur la gravité du problème de la sélection.

La situation actuelle se caractérise par l'aggravation de l'inégalité des chances entre les candidats suivant leur origine, et en particulier le choix des séries du baccalauréat. Ce faisant, des étudiants de valeur sont irrémédiablement exclus alors que, par leurs aptitudes et leur formation, ils pourraient faire d'excellents médecins. Il y a donc une nécessité absolue de réviser en profondeur les modalités de l'examen de P. C. E. M. afin de réserver à tous les bacheliers des chances égales de succès. Un tel résultat pourrait être atteint — en partie — par l'introduction d'épreuves alternatives des disciplines autres que purement scientifiques. Par ailleurs, des modulations par l'affectation de coefficients pourraient être obtenues en fonction du cursus suivi par l'élève au cours de ses études secondaires. Il ne s'agit pas de supprimer la sélection, mais de la rendre acceptable par l'introduction de mécanismes de régulation faisant place à l'intelligence.

Le législateur qui a fait confiance aux universitaires en 1968 en leur accordant l'autonomie se doit de faire ce rappel en indiquant qu'il se réserve ultérieurement le droit de révoquer ce qu'il a en son temps accordé si ses appels et ses invites restent constamment lettre morte.

**Le second cycle des études médicales fait l'objet de critiques sérieuses.** Votre rapporteur convient que la situation n'est pas facilitée par les arrêtés successifs du Ministère des Universités — dont

on trouvera le texte en annexe — qui font encore une trop grande part aux sciences fondamentales dans le cursus des études du deuxième cycle. *L'actuelle réforme devrait être l'occasion d'une mise à jour pour celles des U. E. R. sur lesquelles l'innovation pédagogique n'a guère soufflé. A cet égard, une mention toute particulière doit être faite à la mise en place « d'une pédagogie d'objectif » menée à bien par certaines universités novatrices (Tours, Créteil, Le Kremlin-Bicêtre notamment). L'expérience mériterait d'être étendue.*

Le principe en est simple : on ne peut juger de l'efficacité d'un enseignement que si des objectifs ont été clairement définis en terme de comportements observables. Il faut donc commencer par décrire ce que les diplômés doivent être capables de faire à la fin de la période de formation. La méthode la plus souvent utilisée consiste à analyser en détail les tâches que les diverses catégories de médecins exécutent réellement et les comportements qui leur sont utiles. Après quoi l'on dispense le savoir nécessaire à leur acquisition.

On établit d'abord des « objectifs institutionnels » assez vagues, correspondant aux buts généraux que se fixe l'université, puis des « objectifs intermédiaires » qui doivent être atteints au cours d'un cycle d'études d'une année ou d'un stage ; et enfin des « objectifs spécifiques » sur lesquels porteront les contrôles : ceux-ci doivent être définis en termes très précis dans chaque discipline.

Les enseignants opèrent à l'intérieur des objectifs spécifiques un classement en trois catégories, qui doivent indiquer aux étudiants l'importance respective des divers éléments de leur programme et les principes de leur contrôle.

Les objectifs dits de « rang A » correspondent aux compétences absolument indispensables à l'exercice de la médecine générale dont l'absence ferait courir un risque vital aux malades.

Les objectifs de « rang B » recouvrent des compétences qui, sans être d'incidence vitale, sont nécessaires à l'exercice quotidien de la médecine. Enfin, les objectifs de « rang C », qui correspondent à une pratique de haut niveau et aux capacités d'autoperfectionnement permanent du médecin, relèvent seulement du contrôle continu.

Cette pédagogie, qui remet en question tout le système actuel d'examens régissant les études médicales, devrait permettre à tous les étudiants d'atteindre les objectifs et permettre une appréciation plus satisfaisante des résultats obtenus par les étudiants.

La réforme des premier et deuxième cycles doit nécessairement s'accompagner d'un renforcement de la formation pratique. Le pre-

mier cycle devrait, comme c'est déjà le cas, donner une formation scientifique de base, mais les sciences de la vie doivent être privilégiées par rapport aux sciences exactes. De plus, le contact avec le malade pourrait s'effectuer dès la deuxième année par l'organisation de stages de séméiologie. Au cours du deuxième cycle, la formation pratique devrait être renforcée. Sur ce point, un terme devrait être mis aux stages dans leur forme actuelle dont chacun s'accordera à reconnaître qu'ils sont peu formateurs et notoirement insuffisants.

## CHAPITRE V

### **Une hésitation à propos d'une question subsidiaire : l'internat en pharmacie.**

Une seconde omission dans le projet risque d'entraîner des conséquences assez sérieuses dans l'avenir. Elle concerne l'internat en pharmacie.

Il convient de rappeler que la loi n° 79-4 du 2 janvier 1979 — adoptée par le Sénat au cours de la dernière session d'automne — a modifié de façon approfondie le régime des études pharmaceutiques. Ce texte institue au profit des étudiants l'accomplissement de stages pratiques dans les laboratoires hospitaliers de biologie, sous la responsabilité d'enseignants d'une U.E.R. de pharmacie exerçant conjointement des fonctions de résident ou de biologiste des hôpitaux.

Au cours de l'examen de ce texte par le Sénat, une divergence s'était fait jour entre les deux commissions saisies, sur l'opportunité de permettre aux étudiants en pharmacie — en particulier ceux ayant choisi l'option de biologie — de pouvoir effectuer leur stage dans des laboratoires dirigés par des médecins biologistes.

Il n'est pas question, dans ce rapport, de reprendre les arguments échangés alors (1).

Notons seulement que l'alinéa 5 de l'article premier limite l'accès des étudiants de deuxième cycle de pharmacie aux laboratoires dirigés par des biologistes hospitalo-universitaires pour une durée qui n'excédera pas cinq ans à compter de la promulgation de la loi, c'est-à-dire janvier 1984.

---

(1) On peut se reporter, pour plus de précision, aux débats du Sénat du 26 octobre 1978 ainsi qu'aux rapports présentés par M. Léon Eeckhoutte, rapporteur, au nom de la Commission des Affaires culturelles (n° 19, 1978-1979) et par M. Georges Treille, rapporteur pour avis de la Commission des Affaires sociales (n° 17, 1978-1979).

Cette disposition, votre rapporteur ne la commentera pas puisque aussi bien elle fut adoptée par le Sénat il y a six mois à peine. Observons cependant qu'elle crée une scission parmi les étudiants de biologie suivant qu'ils appartiennent à la faculté de pharmacie ou la faculté de médecine.

C'est à la lumière de ce passé récent qu'il faut examiner le problème posé par le projet de loi, non dans les dispositions qu'il contient mais plutôt dans les conséquences qu'il induit pour les internes en pharmacie.

Rappelons que cet internat, institué par le décret n° 73-848 du 22 août 1973, est ouvert par concours aux étudiants ayant accompli les quatre premières années d'études pharmaceutiques. Les 1 300 postes actuellement ouverts ne sont pas tous pourvus, les étudiants n'éprouvant pas d'attrance particulière pour une filière difficile. Le cursus s'effectue de façon comparable avec l'internat des C.H.U. des étudiants en médecine : les étudiants valident les stages qu'ils accomplissent pour obtenir leurs certificats d'études spéciales.

La répartition des internes en pharmacie entre les laboratoires de biologie et la pharmacie hospitalière s'opère dans une proportion variable de 75 % pour les premiers et de 25 % pour la seconde. Il faut ajouter que 80 % des internes en pharmacie se destinent, à l'issue de leur formation, à la biologie privée, où leurs compétences sont recherchées.

Le projet de loi, en instaurant un internat en médecine, concerne, *ipso facto*, la spécialité de la biologie. Or, si des dispositions particulières ne sont pas prises, il est à craindre que les internes en pharmacie soient progressivement exclus de la spécialité biologique.

On peut ajouter, pour être complet, que l'internat, tel qu'il est envisagé, risque de créer des difficultés pour les étudiants titulaires de diplôme de vétérinaire et qui s'engagent eux aussi, mais en plus faible nombre, dans la voie des spécialités biologiques.

Il a donc semblé opportun à la commission d'adopter un amendement tendant à demander au Gouvernement de déposer, avant le 1<sup>er</sup> juin 1980, un projet de loi qui aura pour objet de régler ces problèmes. Pendant ce temps, le Gouvernement devra approfondir sa réflexion sur ces questions délicates, et veiller à ce que tous les partenaires soient d'accord sur un texte homogène, cohérent et précis.



## TROISIEME PARTIE

### ANALYSE DES ARTICLES

#### *Article premier.*

##### **Organisation du résidanat et de l'internat qualifiant.**

*Commentaire.* — Cet article complète la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur par un article additionnel 45 bis, qui définit les principes d'organisation des cycles terminaux des études médicales, la régulation du flux des étudiants du troisième cycle, ainsi que des modalités spécifiques d'accès à ces cycles pour certaines catégories.

1. — Le premier alinéa instaure un cycle spécifique de formation des généralistes : le résidanat. D'après ce système, les futurs omnipraticiens — et eux seuls — devront passer par cette filière pour exercer leur art. Leur formation sera à la fois théorique et pratique. La formation pratique s'effectuera soit dans les centres hospitaliers et universitaires, soit dans des établissements liés à des centres par convention.

Il semble cependant que cette dernière catégorie recevra davantage les résidents que les C. H. U. dans la mesure où le contenu de leur formation devra se rapprocher, autant que faire se peut, de la médecine générale.

A l'initiative de l'Assemblée Nationale, une série de précisions ont été apportées :

— l'affectation des résidents dans les C. H. R. ou dans les établissements conventionnés devra comporter celle d'au moins un interne. Cette disposition a pour principal objectif de garantir aux hôpitaux généraux un minimum d'encadrement :

— la formation des résidents s'effectue à temps plein. Elle est d'une durée de deux ans, sous réserve de mesures transitoires jusqu'à l'année universitaire 1986-1987 inclusivement ;

— le résidanat devra comporter des stages extra-hospitaliers auprès des praticiens agréés, d'organismes agréés de santé publique, ainsi que des centres de recherche.

2. — Le deuxième alinéa instaure un cycle spécifique pour la formation des spécialistes : l'internat qualifiant. Il est disposé que seuls les étudiants nommés en qualité d'interne pourront désormais suivre des études en vue d'une spécialité dont la liste sera fixée par les Ministres de la Santé et des Universités.

Cette filière, qui se substitue aux certificats d'études spéciales (C. E. S.), ainsi qu'aux internats des C. H. U. et des régions sanitaires, comporte des stages de formation dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie des C. H. U. et dans des établissements liés à ces centres par convention.

Il convient de remarquer que l'internat qualifiant ne sera pas exclusif de l'accès à certaines spécialités qui seront toujours préparées par la voie de C. E. S. comme la médecine du travail, la médecine légale, la médecine du sport, de la Sécurité sociale, etc.

3. — Le troisième alinéa organise les modalités de régulation numérique des flux d'étudiants au sortir du deuxième cycle. Il prévoit que tous les étudiants ayant terminé avec succès leurs études pourront entreprendre un troisième cycle dans l'une ou l'autre filière.

La répartition sera fixée annuellement par les Ministres de la Santé et des Universités. Ils déterminent le nombre de résidents, le nombre d'internes et, pour ceux-ci, la ventilation entre les différentes spécialités. Deux critères seront utilisés :

— les capacités de formation des centres hospitaliers universitaires et des établissements ayant passé convention. Ce critère n'est pas nouveau puisqu'il fut introduit par l'article 15 de la loi du 12 juillet 1971 ;

— les besoins de la population constituent une nouveauté pour les études médicales. En revanche la notion figure déjà à l'article 5 de la loi n° 79-4 du 2 janvier 1979 relative aux études pharmaceutiques.

L'Assemblée Nationale a apporté une précision importante. Afin d'éviter que la détermination de ces paramètres ne soit opérée exclusivement par les ministres, il est prévu l'intervention de commissions constituées dans chaque région d'internat. Elles auront pour tâche de donner un avis sur la répartition entre les postes d'internes et de résidents ; elles devront également déterminer le caractère formateur de chacun de ces postes.

Il y aurait plusieurs commissions, vraisemblablement, dans chacune des sept ou huit régions d'internat, une pour définir les postes de résidents, et une par spécialité.

4. — Un alinéa a été introduit par l'Assemblée Nationale qui instaure un examen de classement à l'issue du deuxième cycle des études.

Cet examen doit permettre d'opérer une première sélection entre les étudiants : les meilleurs verront leurs résultats pris en compte pour l'admissibilité à l'internat, lequel comportera des épreuves écrites anonymes supplémentaires. En d'autres termes, l'examen de classement de fin de deuxième cycle et l'admissibilité à l'internat sont étroitement associés pour opérer ainsi une sélection par l'échec des résidents. Un décret en Conseil d'Etat fixerait les modalités de ces épreuves.

5. — L'avant-dernier alinéa de l'article premier laisse à un décret en Conseil d'Etat le soin de fixer les conditions générales d'accès aux cycles de formation des généralistes et des spécialistes des médecins étrangers, des médecins ayant terminé leurs études et des étudiants du troisième cycle changeant d'orientation.

Il s'agit de mettre en place des « passerelles » qui doivent, en principe, atténuer la rigidité des nouvelles filières.

A l'initiative des députés, un dernier alinéa a été introduit qui fixe les grandes lignes des modalités de reconversion offertes aux médecins ayant terminé leurs études. Une série de précision est ainsi apportée :

— les médecins concernés devront exercer leur profession depuis au moins cinq ans ;

— les fonctions déjà accomplies au titre de résident ou d'interne ainsi que les compétences acquises devront être prises en compte pour fixer la durée du nouveau cycle à accomplir ;

— un contingent spécial, distinct de celui des étudiants, devra être fixé pour leur permettre d'accéder au cycle de formation des spécialistes ;

— des modalités particulières devront être prises pour permettre aux médecins déjà engagés dans la vie professionnelle de pouvoir se reconvertir sans subir de préjudice.

Sur cet article premier, votre commission propose neuf amendements :

**Premier amendement :** Dans un souci de clarté, votre commission proposera de regrouper dans un article distinct de l'article 45 *bis* de la loi d'orientation les dispositions relatives aux « passerelles » entre les différentes filières de formation.

L'amendement proposé sur le premier alinéa de l'article premier, de pure forme, tire les conséquences de cette initiative en annonçant l'introduction dans la loi d'orientation non d'un seul article nouveau mais de deux.

**Deuxième amendement** : Cet amendement tend à une refonte complète des deux premiers alinéas de l'article 45 bis, afin d'y apporter certaines modifications de fond et d'en clarifier la rédaction, quelque peu alourdie et déséquilibrée à la suite des précisions votées par l'Assemblée Nationale sur le résidanat.

Dans un premier alinéa serait posé le principe du caractère exclusif de l'accès au cycle du généraliste par le résidanat et de l'accès au cycle de spécialiste par l'internat, sous réserve des dispositions prévues par ailleurs en matière de « passerelles », auxquelles il serait fait expressément référence.

Le second alinéa traiterait des fonctions de résident et d'interne, avec tout d'abord les points communs puis les différences. Les points communs consistent dans l'exercice de fonctions hospitalières salariées, soit dans les C. H. U., soit hors C. H. U., dans le fait que la formation des uns et des autres soit effectuée à temps plein, enfin qu'elle comporte un aspect théorique. Introduites par l'Assemblée Nationale pour le résidanat, ces précisions sont également valables pour l'internat. Le parallélisme entre les deux fonctions serait confirmé par l'établissement d'un statut commun, qui devrait, bien entendu, sans qu'il soit nécessaire de le mentionner, être déterminé par voie réglementaire. Ce statut constituerait une garantie des droits et devoirs communs et distincts des internes et des résidents. Il devrait, notamment, leur assurer le temps nécessaire à la formation théorique et déterminer les limites de leurs responsabilités, tant à l'hôpital qu'au cours du stage chez le praticien pour le résident.

En ce qui concerne particulièrement le résidanat, l'amendement reprendrait, du texte adopté par l'Assemblée Nationale, les dispositions en matière de stage extrahospitalier et de durée du résidanat, en indiquant toutefois, pour donner au texte plus de souplesse, que le résidanat ne pourrait être inférieur à deux ans. Par ailleurs, nous proposons de ne pas inscrire à cet endroit du texte que le résidanat pourra être temporairement plus court dans les premières années d'application de la réforme, car cette disposition paraît mieux trouver sa place dans l'article 4 du projet de loi relatif aux mesures transitoires.

S'agissant de l'internat, l'amendement innove en introduisant, pour l'interne, l'obligation de consacrer une partie de son temps de formation à l'exercice de fonctions hospitalières hors C. H. U. Cette disposition répond à la préoccupation que l'Assemblée Nationale avait traduite d'une autre manière en subordonnant, dans les établissements hospitaliers de toute nature, la présence de résidents à celle d'internes, afin de garantir aux hôpitaux généraux un minimum d'encadrement en internes, et, subsidiairement, d'éviter

que les résidents ne soient dispersés à l'excès dans de petits établissements peu formateurs. Ces soucis sont louables, et votre commission est particulièrement sensible à la nécessité de ne pas priver d'internes les hôpitaux généraux. Cependant, le fait d'exiger dans tous les établissements la présence conjointe de résidents et d'internes se heurte à un certain nombre d'objections. Tout d'abord, l'amendement adopté par l'Assemblée Nationale laisse présumer que le résident doit être nécessairement encadré par l'interne ; cela établirait une hiérarchie entre les deux fonctions contraire à l'esprit du projet de loi.

En outre, on risquerait soit de disperser les internes dans un trop grand nombre d'établissements peu formateurs pour eux, soit d'empêcher les résidents d'y exercer contrairement à leur intérêt.

Réciproquement, on voit mal quel serait pour les résidents l'avantage d'exercer leurs fonctions dans des établissements très spécialisés, comme le centre d'ophtalmologie des Quinze-Vingts. A ce propos, on doit d'ailleurs noter que l'amendement de l'Assemblée Nationale pris à la lettre n'oblige pas véritablement qu'il y ait des résidents dans tous les établissements accueillant des internes.

Telles sont les différentes raisons pour lesquelles votre commission ne croit pas devoir retenir cette disposition, intéressante dans son principe, mais difficile à appliquer systématiquement.

La solution que nous proposons en échange, plus souple, devrait néanmoins marquer très clairement l'intention du législateur de ne pas affecter exclusivement les internes dans les C. H. U. On pourra, certes, nous opposer, que si le passage nécessaire hors C. H. U. des internes qui se destinent aux spécialités médicales et chirurgicales est souhaitable, à condition d'être au moins égal à six mois et de préférence à un an, cela est moins évident pour des spécialités courtes, comme l'ophtalmologie, ou certaines spécialités techniques. Mais cet argument n'est pas concluant si l'internat comporte nécessairement des stages dans des services différents de la spécialité privilégiée, ce qui semble correspondre aux intentions du Gouvernement.

**Troisième amendement :** Cet amendement a pour objet d'apporter des précisions sur la composition des commissions régionales qui donneront leurs avis aux ministres sur le nombre et la détermination des postes hospitaliers formateurs pour les résidents ou les internes.

Votre commission reprend ici une initiative de la commission de l'Assemblée Nationale à laquelle le Gouvernement s'est opposé, invoquant l'intrusion dans le domaine réglementaire. La rédaction proposée est moins précise que celle de M. Sourdille et ne fait

qu'indiquer les catégories représentées : administrations (santé et université), U. E. R. de médecine, hôpitaux, internes ou résidents concernés. Il nous semble indispensable en effet que le législateur marque sa volonté de voir siéger dans les commissions les représentants des établissements hospitaliers non universitaires pour garantir que seront reconnus dans ces établissements des postes formateurs pour l'internat qualifiant. Des représentants des médecins des armées et des hôpitaux militaires pourraient opportunément faire valoir leur point de vue.

La présence d'internes ou de résidents paraît également utile car, intéressés au premier chef, ils sont bien placés pour apprécier le caractère formateur des postes qu'eux-mêmes et leurs camarades occupent.

**Quatrième amendement** : Cet amendement tend à indiquer que les internes auront, en fonction de leur rang au concours et aussi de leur ancienneté, la possibilité de choisir, sous réserve bien entendu des postes disponibles, une des spécialités dans lesquelles ils souhaitent s'engager.

**Cinquième amendement** : Nous abordons, avec cet amendement, un des points les plus litigieux du projet de loi : le problème des modalités d'orientation des étudiants vers la médecine générale ou vers les spécialités.

Votre commission n'est pas favorable aux dispositions adoptées par l'Assemblée Nationale, pour introduire à la fin du deuxième cycle un examen avec classement : cet examen entrerait en compte pour l'admissibilité à l'internat : y seraient ajoutées, pour cette admissibilité, des épreuves spécifiques passées seulement par les étudiants qui souhaitent s'orienter vers l'internat. Cette formule semble combiner plusieurs avantages : l'institution d'un examen de synthèse validant les connaissances acquises au cours du deuxième cycle, cher aux doyens des facultés de médecine, l'utilisation des résultats pour l'admissibilité à l'internat, ce qui paraît simplifier l'organisation des épreuves du concours, enfin le maintien du caractère volontariste de l'internat.

En fait, on voit mal comment ces dispositions pourraient être mises en pratique : l'examen classant sera-t-il organisé dans chaque U. E. R., ce qui aurait l'inconvénient de ne pas mettre à égalité, au concours, tous les étudiants d'une même région d'internat ? Aura-t-il lieu plutôt dans le cadre de la région, ce qui, à l'inverse, paraît contraire à l'autonomie des universités, et obligerait en outre, pour éviter l'organisation de plusieurs sessions d'examen, tous les étudiants à passer non seulement l'examen classant et les épreuves supplémentaires d'admissibilité, mais encore les

épreuves d'admission à l'internat ? Le candidat qui souhaite passer le concours dans deux régions différentes devra-t-il dès lors se soumettre deux fois aux épreuves de l'examen de fin de deuxième cycle, dont une fois dans une région où il n'a pas fait ses études ? En cas d'échec et de nouvelle tentative, devra-t-il ou non repasser cet examen ? La complexité des difficultés pratiques à surmonter serait-elle que ces dispositions, aussi ingénieuses qu'elles paraissent au premier abord, seraient inapplicables.

Votre commission, pour sa part, a voulu distinguer clairement l'examen de fin de deuxième cycle des épreuves de l'internat. L'examen, dont le principe paraît bon pour sanctionner la validité des connaissances acquises au cours du deuxième cycle, peut être retenu, à condition de comporter, outre des épreuves théoriques, des épreuves pratiques, du même type que les examens cliniques passés aujourd'hui au cours du troisième cycle, permettant ainsi d'apprécier l'aptitude de l'étudiant à exercer son art. Après six ans d'études, en effet, la loi lui reconnaît le droit de faire des remplacements. Ce serait, en outre, le moyen de vérifier si l'étudiant est capable de remplir des fonctions à l'hôpital en qualité de résident. Il n'est pas question, dans notre esprit, d'en faire une épreuve particulièrement difficile et fortement éliminatoire, mais plutôt d'obliger l'étudiant à récapituler les connaissances de base qu'il est censé avoir acquises. En cas d'échec, à ne pas exclure toutefois, le candidat malheureux devrait avoir la possibilité de parfaire ses connaissances générales tout en bénéficiant d'une formation pratique afin d'être dans les meilleures conditions pour repasser les épreuves avec succès.

Votre commission refuse toute idée de classement dont l'utilité ne paraît pas fondée et qui aurait pour inconvénient de faire apparaître une sélection par l'échec des futurs généralistes.

Telle est la portée de l'amendement proposé, qui complète le septième alinéa et supprime le huitième alinéa de l'article 45 bis de la loi d'orientation de l'enseignement supérieur.

**Sixième amendement** : Cet amendement traite de l'internat, ouvert à tous et organisé par grandes régions. Pour tenir compte du souhait légitime des doyens de voir disparaître les préparations à l'internat parallèles au cursus universitaire, dont nous avons signalé plus haut les inconvénients, les épreuves d'admissibilité, écrites et anonymes, devraient être fondées sur l'enseignement reçu au cours du deuxième cycle. Il conviendrait en conséquence que des efforts pédagogiques supplémentaires soient fournis par les enseignants des facultés afin d'améliorer la qualité de la formation qu'ils dispensent.

Les dispositions proposées remplaceraient les neuvième et dixième alinéas du texte adopté par l'Assemblée Nationale pour l'article 45 *bis*.

**Septième amendement** : Cet amendement tend à disjoindre de l'article 45 *bis*, pour les reporter dans un article nouveau, les dispositions relatives aux possibilités de changements d'orientation vers le cycle du généraliste ou du spécialiste pour les étudiants déjà engagés, les médecins étrangers et les médecins qui exercent une activité professionnelle depuis cinq ans.

**Huitième amendement** : Il s'agit de renvoyer à des décrets en Conseil d'Etat pour préciser les conditions d'application de l'article 45 *bis* : statut des résidents et des internes, composition des commissions, organisation du concours de l'internat par exemple.

Cet amendement n'appelle pas de longs développements.

**Neuvième amendement** : Les dispositions relatives aux « passerelles » sont reprises dans l'article 45 *ter* dont nous proposons l'introduction. Seules sont apportées, par rapport à la rédaction de l'Assemblée Nationale, quelques rectifications de forme, ainsi qu'une précision correspondant d'ailleurs aux intentions du Gouvernement : les médecins généralistes qui, ayant souhaité se reconverter vers une spécialité, suivront la filière marginale instaurée, difficile et sans doute étroite (5 % à 10 % du nombre de spécialistes admis par la voie normale de l'internat), seraient garantis d'exercer, le cas échéant parallèlement à leur profession, des fonctions hospitalières rémunérées. Ainsi leur serait assuré, outre un salaire, un type de formation de même qualité que l'internat à proprement parler. La durée de l'exercice de ces fonctions restera à fixer pour chaque spécialité, par voie réglementaire.

## Article 2.

### Modification de la loi portant réforme hospitalière.

*Commentaire.* — L'article 22 de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière énumère les attributions dévolues aux conseils d'administration des établissements hospitaliers publics, au nombre desquels figure la fixation du tableau des effectifs du personnel.

L'article premier du projet de loi ayant confié aux Ministres de la Santé et des Universités le soin de procéder à la répartition des postes d'internes et de résidents, l'article 2 introduit une exception aux pouvoirs dévolus aux conseils d'administration des hôpitaux dans ce domaine.



Cette exception n'est pas nouvelle, puisque la loi de 1970 susmentionnée opérait déjà un transfert de compétence au profit des ministres pour le statut des personnels hospitaliers universitaires à temps plein.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

### *Article 3.*

**Renforcement de la sélection à l'issue de la première année du premier cycle.**

*Commentaire.* — Cet article modifie l'article 45 de la loi d'orientation de l'enseignement supérieur de 1968.

Il convient de rappeler que cet article avait déjà été modifié par la loi n° 71-557 du 12 juillet 1971. Celle-ci introduisait le principe de la limitation numérique des effectifs d'étudiants en médecine et en odontologie au-delà de la première année du premier cycle.

L'article 3 du présent projet de loi modifie la rédaction du troisième alinéa de l'article 45 de la loi précitée. Tout d'abord, il précise — ce qui n'était pas le cas dans le texte de 1971 — que le nombre d'étudiants sera déterminé en tenant compte des capacités de formation. De plus, il ajoute un second critère déjà introduit à l'article premier du projet de loi pour la répartition des étudiants du cycle : les besoins de la population.

A l'initiative des députés, un troisième critère a été introduit pour fixer le nombre des étudiants : la nécessité de remédier aux inégalités géographiques.

L'article opère également une modification de la procédure de fixation du nombre d'étudiants qui avait été mise en place en 1971 et qui n'a pas parfaitement fonctionné comme on l'a vu plus haut.

Le texte du projet de loi confie aux Ministres des Universités et de la Santé le soin de déterminer directement le nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études au-delà de la première année, en supprimant l'échelon préalable du nombre d'étudiants du deuxième cycle.

Afin d'atténuer le caractère centralisateur — c'est le moins qu'on puisse dire — de la procédure, l'Assemblée Nationale a maintenu l'intervention des comités consultatifs de coordination hospitalo-universitaires qui apporteront aux autorités investies du pouvoir de décision une série d'informations pratiques et un avis éclairé.

**Amendement :** la commission propose de reprendre partiellement la rédaction de cet article. Il s'agit de lever toute ambiguïté sur la manière par laquelle s'effectuera la réduction des effectifs des étudiants.

Sans chercher à faire un quelconque procès d'intention, le texte adopté par l'Assemblée Nationale pouvait donner aux ministres la faculté de réduire le nombre des étudiants en médecine dans toutes les années. Il convient de préciser que cette réduction ne pourra être effectuée que pour le passage de la première à la deuxième année du premier cycle des études médicales.

#### Article 4.

##### Dispositions transitoires.

*Commentaire.* — Cet article additionnel, adopté par les députés à l'initiative de leur commission des affaires culturelles, familiales et sociales, a pour objet de sauvegarder la situation des étudiants qui s'inscriront en première année au moment de la promulgation du présent projet de loi.

Le dispositif adopté par les députés limite au cours des deux années universitaires suivant la promulgation de la loi, la variation des effectifs globaux d'étudiants à 10 % au maximum par rapport à l'année antérieure. Cet article qui ménage une transition dans le renforcement de la sélection aura aussi pour effet d'éviter des désajustements dans les effectifs au moment de l'application de la présente loi lors de la troisième année.

**Amendement :** La mise en place de la réforme du troisième cycle sera progressive. Il faudra en effet installer les commissions régionales d'internat, déterminer les postes formateurs de résidents et d'internes. Or, comme la régulation du flux sera également progressive, ainsi que l'ont souhaité les députés, il convient de prévoir des dispositions transitoires qui prendront fin en 1986-1987, année après laquelle la réforme du troisième cycle entrera pleinement en application. Durant la période transitoire, le résidanat pourra être compris entre douze et vingt-quatre mois. C'est ce que prévoyait un amendement adopté par l'Assemblée Nationale à l'initiative du Gouvernement, mais à l'article premier. Votre commission propose de reprendre cette disposition au présent article. Toutefois, pour éviter que naissent des inégalités entre les futurs résidents, il est prévu que la réduction de la durée du résidanat ne pourra s'effectuer qu'uniformément pour l'ensemble des étudiants concernés.

#### Article 5.

##### Information du Parlement sur l'application de la loi.

*Commentaire.* — Cet article résulte d'une autre initiative des députés. Pour permettre au législateur d'être complètement et régulièrement informé sur la mise en œuvre du texte qu'il adopte,

il est fait obligation au Gouvernement de déposer annuellement un rapport lors du dépôt au Parlement de la loi de finances. Cependant, une limite de cinq ans a été apportée qui doit correspondre à la mise en place effective des textes d'application du présent projet de loi.

**Amendement :** Le texte du projet de loi comportera, outre ses conséquences directes, une série de conséquences induites sur le fonctionnement des établissements hospitaliers. Une appréciation d'ensemble ne pourra être valablement faite que si l'administration fournit au Parlement une information complète et détaillée sur l'application du texte et sur ses prolongements. L'amendement a pour objet d'amener le Gouvernement à parfaire l'information du Parlement.

*Article additionnel in fine.*

**Internat en pharmacie.**

**Amendement :** La création de l'internat qualifiant a pour effet de mettre en cause les certificats d'études spéciales de biologie. Or, la formation par les C. E. S. est actuellement commune aux étudiants en médecine et aux étudiants en pharmacie qui se destinent à la biologie.

Pour ne pas dévaloriser la formation du biologiste pharmacien par rapport au biologiste médecin, dans la perspective du maintien de l'unité de cette discipline, sans doute conviendrait-il d'instaurer un internat qualifiant pour les futurs biologistes pharmaciens.

Toutefois, votre commission a considéré qu'il serait prématuré de procéder à cette réforme dans le cadre du présent projet de loi, relatif aux études médicales et non aux études de pharmacie.

L'amendement proposé confie donc au Gouvernement la mission d'élaborer et de déposer un projet de loi spécifique avant le 1<sup>er</sup> juin 1980.

## QUATRIEME PARTIE

### TRAVAUX DE LA COMMISSION

#### A. — Les auditions.

L'étude du projet de loi a été entourée d'une série d'auditions en commission, dont on trouvera le compte rendu ci-après :

##### 1° LES AUDITIONS EN COMMISSION

I. — Le mercredi 6 juin 1979, la commission a procédé à l'audition de **M. Louis Fougère**, conseiller d'Etat, auteur du rapport sur la réforme des études médicales.

**M. Fougère** a rappelé que la commission qu'il avait présidée était composée de représentants de toutes les branches de la famille médicale, ce qui avait permis de parvenir rapidement à un consensus.

Trois préoccupations inspirèrent la Commission d'étude :

— tenir compte des directives européennes en matière de formation des médecins des pays membres de la Communauté ;

— restituer à la formation pratique et clinique une place qu'elle a perdue sous les effets conjugués de l'afflux des étudiants et du caractère purement théorique des certificats d'études spéciales (C. E. S.) ;

— rétablir la parité entre médecins spécialistes et médecins généralistes pour permettre à ces derniers de retrouver la place prééminente qui leur revient dans le système de santé.

La commission, en conclusion de ses travaux, a présenté une série de propositions :

— la maîtrise des effectifs médicaux constitue le préalable à toute réforme sérieuse. Le *numerus clausus* pourrait s'effectuer au niveau du premier cycle par un renforcement de la sélection pratiquée actuellement dès la fin de la première année et au niveau du deuxième cycle par la limitation du nombre des spécialistes.

La commission considère que l'effet de ces deux mesures devrait conduire à un chiffre voisin de 6 000 médecins formés chaque année, dont 4 000 généralistes et 2 000 spécialistes ;

— il était proposé d'aménager par ailleurs les études par la médicalisation accrue du premier cycle, notamment par des stages de séméiologie, et pour le deuxième cycle par l'amélioration des stages hospitaliers actuels ;

— en ce qui concerne le troisième cycle, il était envisagé de mettre en place une formation spécifique pour les futurs généralistes, comportant l'exercice de fonctions hospitalières et des stages chez les praticiens. Enfin, pour les spécialistes, il était préconisé d'instituer un internat qualifiant qui se substituerait à l'internat actuel ainsi qu'aux certificats d'études spécialisées, conformément aux directives européennes.

**M. Fougère** a souligné que le projet du Gouvernement différerait quelque peu des conclusions du rapport. Il n'a pas dissimulé que la mise en œuvre de la réforme poserait inmanquablement des problèmes, en particulier :

— au niveau de la fin du deuxième cycle pour opérer la ventilation entre les généralistes et les spécialistes ;

— au plan du fonctionnement des hôpitaux généraux, qui rencontreront certaines difficultés d'organisation à la suite de la réduction des effectifs d'internes ;

— en matière d'orientation des étudiants, l'option entre l'internat et le résidanat risquant de s'avérer irréversible.

Un large débat s'est alors instauré.

**M. Gouteyron, rapporteur**, a souligné que le projet comportait une série d'inconnues qui laissent planer quelques doutes sur les moyens d'atteindre la revalorisation de la condition des généralistes.

**M. Berrier** a estimé que la réforme proposée, loin de valoriser les médecins généralistes, allait créer les conditions d'une ségrégation encore plus forte avec les spécialistes. Le plus sûr moyen pour atteindre la parité serait de calquer la formation de l'un sur l'autre.

**M. Henriet**, après avoir déclaré que le médecin généraliste est l'aristocrate de la santé publique, mais que le projet de loi ne lui offre qu'une formation roturière, s'est inquiété de la spécialisation trop poussée de l'internat qualifiant.

**M. Mézard** dont les réserves sur le projet de loi ne sont pas moindres s'est montré préoccupé des conditions de fonctionnement des hôpitaux généraux qui seront rendues précaires par l'effet de la réforme, le malade risquant en fin de compte de ne plus trouver les soins de qualité qu'il est en droit d'attendre.

Répondant aux différents intervenants, le conseiller d'Etat Fougère a déclaré en substance :

— que l'examen de classement à l'issue du deuxième cycle aurait pour vertu de contrôler l'accomplissement correct du cursus des étudiants et de répartir les étudiants entre les deux filières : internat et résidanat ;

— qu'il serait difficile de calquer la durée du résidanat sur celle de l'internat pour des raisons essentiellement pratiques ;

— qu'il n'est pas envisagé d'affecter systématiquement les internes dans les C. H. U. (centres hospitaliers universitaires) et les résidents dans les autres hôpitaux.

Cependant, les hôpitaux généraux offrant des caractéristiques qui s'approchent le plus de celles de la profession de généraliste, il est intéressant pour les résidents d'y être formés.

II. — La commission a procédé ensuite à l'audition de **M. le professeur Lortat-Jacob**, président du Conseil national de l'Ordre des médecins et de **M. Moulin**, secrétaire général adjoint dudit conseil.

Dans un exposé liminaire, **M. Lortat-Jacob** a rappelé que l'Ordre qu'il préside apportait une sollicitude particulière aux questions touchant à la formation puisqu'il avait pour mission de contrôler la qualification et l'autorisation d'exercer des médecins français.

Le projet de loi, tel qu'il résulte des délibérations de l'Assemblée Nationale, appelle plusieurs remarques.

L'Ordre souhaite que la régulation des flux soit mise en œuvre au plus vite en essayant toutefois de ne pas faire la part trop belle aux sciences fondamentales dans la sélection. Les étudiants qui ont une formation humaniste sont presque tous exclus. Or, une telle formation n'est pas incompatible avec l'exercice de la profession médicale. Il faut par ailleurs médicaliser l'enseignement plus qu'il ne l'est actuellement. S'il n'est pas dans les intentions de l'Ordre de s'ingérer dans le détail des formations qui relève pour une part de l'autonomie des universités, il est souhaitable que le deuxième cycle soit sanctionné par un examen terminal de synthèse, clinique et thérapeutique, de nature à éclairer l'Ordre sur l'aptitude des étudiants à effectuer des remplacements.

Abordant la réforme du troisième cycle, **le professeur Lortat-Jacob** s'est déclaré favorable à l'utilisation des structures actuelles de l'internat pour former les spécialistes, en soulignant toutefois qu'il ne devait pas être d'une durée inférieure à quatre ans.

A **M. Gouteyron** qui exprimait la crainte que le projet ne produise en fait un déclassement des généralistes, il a répondu qu'il

n'en était rien, que la distinction future entre spécialistes et résidents s'apparenterait à l'antique *distinguo* entre internes et externes. Au demeurant, il y aura des internistes formés par la voie de l'internat qualifiant qui seront ni plus ni moins des généralistes et dont il a souhaité qu'ils soient assez nombreux.

A **M. Henriet** qui s'inquiétait des modalités de répartition des postes de spécialistes dans les différentes régions sanitaires, le président de l'ordre a indiqué que cette répartition s'effectuerait en fonction des disponibilités du moment.

A **M. Mézard** qui déplorait qu'un classement intervienne en fin de deuxième cycle et ne favorise guère la promotion du généraliste, il a répondu que cela participait du souci des doyens de valoriser la formation scientifique dispensée dans les universités et de lier celle-ci à la préparation de l'internat.

Répondant également à **M. Berrier** qui souhaitait qu'une formation humaniste puisse, le cas échéant, permettre aux étudiants d'entreprendre des études médicales, le professeur Lortat-Jacob s'est montré favorable à cette suggestion et partisan de l'organisation avant le premier cycle d'une procédure qui brasserait les bacheliers quels qu'ils soient.

III. — Le **jeudi 7 juin 1979**, la commission a procédé à l'audition de **Mme Simone Veil**, Ministre de la Santé et de la Famille.

Le ministre a tout d'abord exposé les raisons pour lesquelles la formation, tant du généraliste que du spécialiste, doit être améliorée, par la création d'un troisième cycle spécifique pour le généraliste, demandée depuis longtemps par le corps médical, et par l'instauration d'un internat qualifiant unique pour l'accès aux spécialités, assurant une formation à la fois théorique et pratique, conformément aux directives européennes.

Elle a souligné que la réforme avait été arrêtée à l'issue d'une longue concertation avec l'ensemble des professionnels concernés, notamment au sein de la commission présidée par le conseiller d'Etat Fougère, dont les conclusions ont été largement retenues par le Gouvernement.

Le ministre a alors exposé les grandes lignes de la réforme : instauration d'un cycle de formation spécifique du généraliste avec un résidanat de deux ans ; création d'un internat qualifiant comme unique voie d'accès aux spécialités, le nombre de postes d'internes étant fixé annuellement ; renforcement de la sélection en fin de première année pour adapter le nombre d'étudiants en médecine aux besoins de la population, en tenant compte de la nécessité de procéder à certains rééquilibrages régionaux.

**Mme Veil** a approuvé la plupart des modifications introduites par l'Assemblée Nationale qui, quoique interférant dans le domaine réglementaire, précisent utilement la portée du texte. Toutefois, il ne lui paraît ni réaliste ni opportun, tant pour la formation des étudiants que pour la bonne marche des services hospitaliers, de lier obligatoirement la présence des résidents à celle des internes dans les services quelle que soit leur nature comme l'a souhaité l'Assemblée Nationale malgré l'opposition du Gouvernement.

Elle a également émis les plus expresses réserves sur l'instauration par les députés d'un examen avec classement à la fin du deuxième cycle, qui ajoute dans un cursus déjà chargé un obstacle supplémentaire dont l'utilité ne paraît pas évidente et risque d'entraîner un « déclassé » des étudiants qui se destinent à la médecine générale.

Elle a recommandé aux sénateurs d'étudier comment inclure dans le projet de loi la formation des biologistes pharmaciens, comme pour les médecins, par un internat qualifiant.

Le ministre a ensuite répondu aux questions des commissaires.

Au rapporteur, **M. Gouteyron**, préoccupé des modalités de ventilation des étudiants entre internes et résidents, elle a notamment précisé que les candidats à l'internat pourraient se présenter dans deux ou trois régions.

**M. Berrier**, après avoir insisté sur la nécessité de revaloriser le rôle du médecin de famille, a redouté que la réforme n'entraîne un « déclassé » du généraliste par rapport au spécialiste. En réponse, **Mme Veil** a estimé irréaliste de prolonger la durée du résidanat au-delà de deux ans : à son avis, l'affectation des résidents dans les hôpitaux généraux paraît de nature à leur assurer une formation plus conforme à leurs futures fonctions : en revanche, l'instauration d'un classement à l'issue du deuxième cycle n'est guère souhaitable. Par ailleurs, les syndicats médicaux sont les principaux responsables des écarts de rémunération entre généralistes et spécialistes. Dans l'ensemble, a conclu le ministre, la réforme représente une amélioration du statut des généralistes, jugés, en tout état de cause, plus sur leurs qualités humaines que sur leurs titres.

**A M. Labèguerie** déplorant la ségrégation rigide instaurée entre résident et internat, elle a répondu que la possibilité de « passerelles », introduite dans le projet de loi par les députés, apportait une solution.

En réponse à **Mme Bidard**, elle a précisé que la rémunération des résidents serait au moins égale à celle des actuels internes des régions sanitaires, mais qu'il n'était pas envisagé d'indemniser les médecins qui accepteront des stagiaires.



A **M. Mézard**, préoccupé des risques sur le fonctionnement des services des hôpitaux généraux, notamment en chirurgie, induits par la suppression de l'internat des régions sanitaires, elle a déclaré que les études n'étaient pas organisées pour assurer le fonctionnement des hôpitaux et que les carences d'effectifs devraient être résolues si nécessaires par l'emploi de médecins diplômés.

A **M. Habert**, elle a précisé que le nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études au-delà de la première année et le nombre d'internes seraient fixés au niveau national, mais compte tenu des besoins régionaux.

Enfin, le **président Schwint** ayant critiqué le recours excessif aux sciences exactes et aux sciences fondamentales dans les épreuves de sélection, qui éliminent des étudiants pourtant bien motivés, **Mme Veil** a déclaré partager cette préoccupation mais rappelé que la question relève de la compétence exclusive des universités.

IV. — Le **mercredi 13 juin 1979**. — La commission s'est réunie pour procéder à l'audition de **M. Meyniel**, président de la Conférence des doyens des facultés de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, accompagné du premier vice-président de la conférence, **M. Castaigne**, doyen de la Faculté de médecine de la Pitié-Salpêtrière, et de **MM. Gouzé**, doyen de la Faculté de médecine de Tours, et **Mornex**, doyen de la Faculté de médecine Alexis-Carrel de Lyon, vice-présidents de la conférence.

**M. Castaigne**, après avoir rappelé que la conférence s'était rangée à l'avis du Gouvernement de ne pas introduire dans le projet de loi de présélection pour l'accès au premier cycle des études médicales, a indiqué que la création envisagée d'un résidanat et la renouation de l'internat recevaient l'assentiment des doyens. Il s'est ensuite étendu sur les problèmes posés par l'existence des conférences d'internat qui constituent un enseignement parallèle à celui dispensé dans les universités, et a souhaité que la réforme conduise à une unification de ces deux filières. Pour y parvenir, un effort particulier sera entrepris dans chaque U.E.R. pour adapter l'enseignement aux finalités du troisième cycle et singulièrement à la préparation au concours de l'internat.

**M. le doyen Meyniel**, poursuivant l'analyse, a émis le vœu qu'un examen terminal sanctionne la fin des études du deuxième cycle et constitue pour chaque faculté un « label de qualité ».

Un large débat s'est alors instauré entre les commissaires et les doyens.

**M. Gouteyron, rapporteur**, a demandé si l'amendement adopté par l'Assemblée Nationale rétablissant l'examen de classement en fin du deuxième cycle, était l'unique moyen d'associer l'enseignement dispensé dans les universités à la préparation de l'internat.

**M. Meyniel** lui a répondu qu'il était nécessaire de trouver un point d'ancrage des études avec l'internat et que, faute de mieux, ce dispositif était le plus adapté. Néanmoins, a-t-il ajouté, on peut abandonner le classement et parvenir aux mêmes fins.

**M. Mézard** a, pour sa part, estimé qu'un classement entraînerait *ipso facto* une sélection par l'échec des généralistes, et que les résidents constitueraient le rebus des étudiants en médecine, ce qui serait singulier dans un projet de loi qui tend précisément à réhabiliter l'omnipraticien.

Il s'est ensuite enquis — avec **Mme Bidard** — des difficultés que la réforme risque d'entraîner dans le fonctionnement des hôpitaux périphériques.

**M. le doyen Meyniel** a tenu à le rassurer en lui indiquant que le titre de résident serait, à tort, considéré comme péjoratif, alors qu'il est envié dans bien des pays étrangers, comme les Etats-Unis. Pour ce qui concerne le fonctionnement des hôpitaux, il est indéniable que des difficultés se feront jour, mais il faut escompter, comme le ministre de la santé s'y est engagé, que les postes libérés par les internes seront pourvus par des personnels titulaires.

**M. Henriet** a estimé que le classement pourrait être accepté si des « passerelles » offraient aux généralistes le moyen d'accéder, dans une phase ultérieure de leur carrière, à l'internat qualifiant et partant à la spécialisation.

Il s'est déclaré favorable à un examen clinique de fin de deuxième cycle, ainsi qu'au maintien des conférences d'internat.

**M. Labéguerie** a déploré que la sélection, qui est aujourd'hui opérée en première année du premier cycle, élimine systématiquement des étudiants de valeur dont la formation humaniste ne leur offre aucune chance de succès.

**Mme Goldet** a partagé les mêmes regrets et tenu à souligner, pour l'avoir expérimenté, que cette sélection par les filières du baccalauréat se double au cours des études médicales d'une sélection par l'argent : l'accès aux conférences d'internat n'est en effet réservé qu'aux étudiants fortunés, ce qui est inacceptable à tous égards.

**M. le doyen Gouazé** a exposé que le contenu des enseignements était une préoccupation constante des responsables des universités. Il s'est plu à souligner que des expériences pédagogiques avaient

été conduites dans maints U. E. R., qui prennent en compte des critères autres que scientifiques dans le *cursum* des études et que les résultats étaient très encourageants. Néanmoins, il faut avoir présent à l'esprit que la sélection s'effectue plus vraisemblablement dès le deuxième cycle des lycées et que l'enseignement supérieur ne fait que traduire une situation préexistante.

V. — La commission a ensuite procédé à l'audition de **M. Alexandre Minkowski**, professeur de néo-natalité à l'université René-Descartes, accompagné par deux étudiants de deuxième cycle, **Mlle Sophie Gaudu** et **M. Alain Labouze**.

**M. le professeur Minkowski** a exposé les réflexions que lui inspirait la réforme. Ainsi, la création du résidanat lui paraît bonne dans son principe, mais il craint que le résidanat ne s'effectue pas dans les meilleurs hôpitaux, ce qui aurait pour effet de vider de son contenu la réhabilitation de la formation du généraliste.

Il a déploré la disparition des certificats d'études spéciales (C. E. S.) alors que ceux-ci offraient une voie parallèle d'accès aux spécialités, plus lente que l'internat.

Abordant les problèmes plus généraux de la santé publique, **M. le professeur Minkowski** a regretté que le projet de loi ne s'inscrive pas dans une politique d'ensemble de la santé, qu'il repose sur des appréciations fragmentaires et contestables des besoins de la population, qu'il ne mette pas un terme à une sélection absurde à bien des égards et ne développe pas la formation continue.

Au fond, la réforme essentielle passerait par la refonte du centre hospitalo-universitaire dont on peut penser qu'il est aujourd'hui inadapté à la situation actuelle.

Après qu'il eut exposé une série de remarques sur le système hospitalier, dont certaines assez peu amènes pour le corps des hospitalo-universitaires, **M. Eeckhoutte** a fait remarquer à **M. Minkowski** que la virulence de ses critiques ne l'empêchait cependant pas d'appartenir lui-même au « système ». **M. Minkowski** s'en est défendu, soulignant qu'à son niveau il faisait le maximum pour faire évoluer les situations.

**Mlle Gaudu** a tenu à exprimer son désarroi devant les tâches qui l'attendaient alors que les études qu'elle poursuit ne l'y préparent guère.

**M. Labouze**, pour sa part, a rejeté en bloc le projet de réforme qui traduit de façon éloquente l'échec des études actuelles mais qui ne va rien améliorer dans la formation des étudiants. Il faudrait que le projet se rattachât à une politique globale de la santé.

Après un échange de vues avec M. Henriet sur la médecine libérale et la médecine salariée, M. Minkowski a souhaité que la commission prenne en considération dans ses travaux les nombreux aspects que comporte l'exercice de la médecine aujourd'hui.

Il a souligné en conclusion que l'on ne peut projeter dans le futur la situation actuelle.

Il y a peut-être du chômage dans le cadre de la médecine libérale, mais y en aura-t-il toujours dans l'avenir si l'on développe comme cela est souhaité la prévention et la formation continue ?

## 2° LES AUDITIONS DU RAPPORTEUR

En raison du temps relativement bref qui était imparti à la Haute Assemblée, votre rapporteur a cru devoir compléter son information par des entretiens avec les représentants du Ministère de la Santé et du Ministère des Universités, des représentants des organisations professionnelles et du monde universitaire, professeurs et étudiants (1) dont on trouvera la liste ci-après :

- M. Got**, conseiller technique au cabinet du Ministère de la Santé et de la Famille ;
- M. Boiron**, chargé de mission au Ministère des Universités, professeur d'hématologie à l'université de Paris-VII ;
- M. Wisner**, vice-président de la Fédération des médecins de France ;
- M. Chenilleau**, président de la Fédération nationale des internes et anciens internes des hôpitaux des régions sanitaires ;
- Mme Manciaux**, présidente de l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux des villes de faculté, accompagnée de **MM. Sérusclat, Stern et Maisonneuve** ;
- M. Bles**, secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français ;
- M. Mimoun**, président des Anciens médecins des Armées ;
- M. Jérôme**, président du Syndicat national des biologistes de centres hospitalo-universitaires, accompagné de **MM. Louisot et Trapet** ;
- M. Canlorbe**, Syndicat autonome des enseignants de médecine ;
- M. Bollinelli**, doyen de la faculté de Purpan ;
- M. Puel**, doyen de la faculté de Rangueil ;
- M. Escat**, président de la commission médicale consultative C. H. U. de Toulouse ;

---

(1) L'Union nationale des étudiants de France (U. N. E. F.) n'a pas répondu à l'invitation qui lui avait été faite.

**M. Sauvageon**, président du Synpreth (Syndicat national des pharmaciens résidents mono-appartenants ou universitaires des établissements français d'hospitalisation, de soins et de cure publics), accompagné de **M. Nageotte**, pharmacien-chef de l'hôpital de Coulommiers ;

**M. Lebert**, président de l'A. N. E. M. F. (Association nationale des étudiants en médecine de France, accompagné de **M. Bonaf** ;

**M. Laigneau**, membre du collège des chirurgiens des hôpitaux généraux (non A. P.) de la région d'Ile-de-France, accompagné de **M. Calmat**, de Montfermeil.

Votre rapporteur a reçu, en outre, une délégation de la profession pharmaceutique composée de :

**M. le doyen Perdu**, représentant de l'assemblée des doyens des U. E. R. de pharmacie ;

**M. le professeur Rousselet**, représentant les conseils de l'Ordre (section G des pharmaciens) ;

**M. le professeur Dreux**, représentant la Fédération nationale des pharmaciens biologistes des hôpitaux ;

**M. le professeur Hazebrouck**, représentant le Syndicat national des pharmaciens des hôpitaux des centres universitaires ;

**M. Vigan**, Union nationale des pharmacies de France ;

**M. le professeur Leclerc**, représentant **M. F. Arnal**, président du Conseil national de l'Ordre ;

**M. le professeur Adolphe**, Secrétaire général du Syndicat autonome des établissements d'enseignement supérieur pharmaceutique ;

**M. Frenot**, représentant la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

**Mlle Dupin**, Présidente de la Fédération nationale des internes en pharmacie (Paris) ;

**M. Pillot**, vice-président de la Fédération nationale des internes en pharmacie (Nancy).

#### B. — Examen du projet de loi par la commission.

La commission a examiné le projet de loi, le mercredi 20 juin 1979, sur le rapport de **M. Gouteyron**.

Le rapporteur, au cours d'un bref rappel de l'évolution passée des études médicales, a tout d'abord insisté sur l'échec des mécanismes de sélection mis en place en 1971 qui n'ont pas abouti

à la réduction escomptée du nombre des étudiants. C'est pourquoi le projet de loi prévoit un dispositif plus centralisateur. L'adaptation du nombre des médecins aux besoins de la population, pour nécessaire qu'elle paraisse, doit cependant être fondée sur une appréciation prudente et souple de ces besoins à long terme, compte tenu des éventuelles évolutions des modes d'exercice de la profession.

Le rapporteur a ensuite souligné les aspects de la réforme les plus litigieux : la valorisation du généraliste, subordonnée notamment aux modalités d'orientation des étudiants vers le résidanat ou l'internat, et les conséquences de la réforme sur le fonctionnement des hôpitaux.

A propos de la valorisation de la médecine générale, le projet de loi comporte une amélioration certaine des conditions de formation. Mais il laisse de côté d'autres aspects, tels que le problème fondamental des écarts subsistant entre la rémunération du généraliste et celle du spécialiste. Toute sélection par l'échec des omnipraticiens doit être évitée, ce qui conduit à rejeter toute disposition de nature à fonder l'admissibilité à l'internat sur un examen classant de fin de deuxième cycle. Toutefois, prévoir un examen obligatoire, sanctionnant la fin du deuxième cycle, offrirait un intérêt pédagogique ; il paraît souhaitable, en outre, que l'admissibilité au concours de l'internat, ouvert à tous, soit fondée sur les connaissances acquises au cours du deuxième cycle, de façon à éviter que les étudiants soient détournés vers les préparations parallèles.

Le second point délicat réside dans les conséquences inquiétantes que pourrait avoir la réforme sur le fonctionnement des hôpitaux non universitaires, privés du concours des internes des régions sanitaires. Afin que des postes formateurs pour l'internat qualifiant soient reconnus dans ces hôpitaux, il est indispensable tout d'abord qu'ils soient représentés utilement au sein des commissions régionales qui détermineront les postes. Il conviendrait en outre de garantir dans le texte même de la loi que des internes exerceraient une partie de leurs fonctions hospitalières en dehors des hôpitaux universitaires. En revanche, les dispositions introduites par les députés, qui tendent à subordonner la présence de résident dans les établissements hospitaliers à la présence d'internes, ont fait l'objet des plus expresses critiques du rapporteur.

Evoquant enfin les possibilités de passage vers la médecine générale ou la médecine de spécialité prévues par le projet de loi, notamment en faveur des médecins généralistes exerçant depuis cinq ans, le rapporteur a approuvé les précisions apportées par l'Assemblée Nationale.

Après l'exposé du rapporteur, s'est engagée une discussion.

**M. Caldaguès** a exprimé la crainte que les besoins en médecine ne soient pas convenablement appréciés.

**Mme Goldet** a redouté, comme **M. Gouteyron**, les conséquences sur les hôpitaux de la suppression de l'internat des régions sanitaires.

**Mme Bidard** a souhaité que le rapporteur insiste sur les débouchés offerts aux étudiants en médecine par les carrières hospitalières, et demandé des précisions sur les voies d'accès à ces carrières.

**M. Robini** s'est interrogé sur les modalités d'intégration des futurs médecins militaires dans le cadre de la réforme.

**M. Henriet** a également exprimé des inquiétudes sur l'encaissement des hôpitaux secondaires.

Partageant les mêmes craintes, **M. Mézard** a douté que des médecins diplômés, dont l'emploi est plus coûteux pour l'hôpital, puissent effectivement occuper les postes laissés vacants par les internes des régions sanitaires.

Répondant aux intervenants, **M. Gouteyron** a rappelé sa volonté de proposer à la commission plusieurs dispositions de nature à maintenir des internes dans les hôpitaux généraux, et souhaité obtenir des engagements du Gouvernement sur la création de postes pour des médecins diplômés. Pour l'accès aux carrières universitaires, l'internat qualifiant serait la seule voie.

A propos des médecins militaires, l'harmonisation des formations serait réalisée grâce à la présence de ces derniers dans les commissions qui donneront leur avis sur la définition des postes formateurs, notamment dans les hôpitaux militaires comme dans les autres établissements.

**M. Eeckhoutte**, évoquant les aspects financiers sous-jacents à la réforme, a posé le problème de l'opportunité du maintien de la rémunération à l'acte, à son avis facteur de multiplication des actes et générateur de dépenses de santé.

Pour **M. Caldaguès**, la multiplication des actes trouve sa source dans l'insuffisance des honoraires.

**M. Mézard** a estimé que le système anglais n'était pas satisfaisant.

Pour **M. Henriet**, la généralisation du salariat serait une catastrophe financière et médicale ; il ne connaît pas encore de mode de rémunération indiscutablement meilleur que le paiement à l'acte.

**Mme Goldet** a partagé le point de vue de **M. Eeckhoutte**, et considéré également que le système actuel présente l'inconvénient de laisser le malade libre de consulter sans nécessité plusieurs médecins. Il conviendrait de développer la médecine préventive, question totalement éludée par la réforme des études.

**M. Billières** s'est refusé à approuver une réforme qui revient à instaurer un véritable concours à l'entrée des études médicales, étant données les conditions actuelles de la formation dispensée au cours des études secondaires.

La commission a ensuite adopté, au cours d'une discussion dans laquelle sont intervenus, outre le président **Schwint** et le rapporteur, **MM. Henriet, Sauvage, Labèguerie, Eeckhoutte, Mézard, Béranger** et **Louvot**, ainsi que **Mmes Goldet** et **Bidart**, les amendements dont on trouvera la teneur à la fin du présent rapport.



## TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture.	Propositions de la commission.
	Article premier.	Article premier.	Article premier.
	La loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur est complétée par l'article suivant :	Alinéa sans modification.	La loi...
	Art. 45 bis. — Les étudiants nommés en qualité de résidents des hôpitaux et exerçant leurs fonctions soit dans des centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires, soit dans des établissements liés à ces centres par convention peuvent seuls poursuivre leurs études dans le cycle de formation des généralistes.	Art. 45 bis. — Les étudiants nommés en qualité...  ... par convention comportant l'affectation à la fois de personnels exerçant au titre d'interne et de personnels exerçant au titre de résident, peuvent seuls poursuivre leurs études dans le cycle de formation des généralistes. La formation des résidents s'effectue à temps plein. Les résidents reçoivent un enseignement et assurent des fonctions hospitalières salariées. Il sera organisé, au cours de leur résidanat, des stages extra hospitaliers, notamment auprès de praticiens agréés ou d'organismes agréés de santé publique et de recherche. La durée des fonctions de résident est de deux ans. Toutefois, elle peut être réduite dans des conditions fixées par décret jusqu'à l'année universitaire 1986-1987 incluse.	Art. 45 bis. — Sous réserve des dispositions prévues par l'article 45 ter ci-après, seuls les étudiants nommés en qualité de résident en médecine des hôpitaux peuvent poursuivre leurs études dans le cycle de formation des généralistes et seuls les étudiants nommés en qualité d'interne en médecine des hôpitaux peuvent poursuivre leurs études en vue d'une des spécialités dont la liste est fixée par les Ministres chargés de la Santé et des Universités.  Les résidents et les internes en médecine sont soumis à un statut. Leur formation s'effectue à temps plein. Ils exercent des fonctions hospitalières salariées soit dans des C. H. U., soit dans des établissements liés à ces centres par convention, et reçoivent un enseignement théorique. Au cours du résidanat, qui ne peut être inférieur à deux ans, les étudiants effectuent des stages extra hospitaliers, notamment auprès de praticiens ou d'organismes agréés de santé publique et de recherche. Au cours de l'internat, les étudiants accomplissent une partie de leur formation en exerçant des fonctions hospitalières dans des établissements autres que les C. H. U.

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture.	Propositions de la commission.
	<p>« Les étudiants nommés en qualité d'interne en médecine des hôpitaux et affectés dans des centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires ou dans des établissements liés à ces centres par convention peuvent seuls poursuivre leurs études en vue d'une des spécialités dont la liste est fixée par les Ministres chargés de la Santé et des Universités.</p>	Alinéa sans modification.	<i>Alinéa supprimé.</i>
	<p>« Le Ministre chargé de la Santé et le Ministre chargé des Universités fixent annuellement, compte tenu des besoins de la population et des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires et des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention :</p>	Après avis de commissions instituées dans chaque région d'internat, le Ministre chargé de la Santé et...	Après avis de commissions instituées dans chaque région d'internat, <i>composées de représentants des administrations, des U. E. R. de médecine, des établissements hospitaliers, des catégories de médecins et, selon le cas, des résidents ou des catégories d'internes concernés</i> , le Ministre...
	<p>« a) Le nombre total des postes de résidents en médecine et leur répartition dans les services ;</p>	... par convention : Alinéa sans modification.	... par convention : Alinéa sans modification.
	<p>« b) Le nombre total des postes d'internes en médecine et leur répartition dans les services de chacune des spécialités énumérées dans la liste prévue ci-dessus ;</p>	Alinéa sans modification.	Alinéa sans modification.
	<p>« c) Le nombre des internes en médecine pouvant être admis à poursuivre leurs études dans chacune de ces spécialités.</p>	Alinéa sans modification.	c) Le nombre des internes en médecine pouvant être admis, <i>en tenant compte du choix exprimé par les intéressés</i> , à poursuivre... ...spécialités.
	<p>« Ces nombres sont déterminés de manière à permettre à tous les étudiants ayant terminé avec succès le deuxième cycle des études médicales d'entreprendre un troisième cycle.</p>	Alinéa sans modification.	« Ces nombres sont déterminés de manière à permettre <i>d'entreprendre un troisième cycle</i> à tous les étudiants ayant terminé avec succès le deuxième cycle des études médicales, <i>sanctionné par un examen théorique et pratique vérifiant l'intégration des connaissances nécessaires à l'exercice de responsabilités médicales</i> »

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture.	Propositions de la commission.
		<i>Un examen avec classement comportant les matières du deuxième cycle terminera ce cycle.</i>	Alinéa supprimé.
		<i>Pour les étudiants désireux accéder à l'internat, des épreuves écrites anonymes supplémentaires s'ajoutant aux épreuves de l'examen classant constitueront l'admissibilité à ce concours.</i>	Le concours de l'internat est organisé dans chaque région d'internat. Il comporte des épreuves d'admissibilité, écrites et anonymes, fondées sur l'enseignement reçu au cours du deuxième cycle, et des épreuves d'admission.
		<i>Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de ces épreuves.</i>	Alinéa supprimé.
	Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'accès aux cycles de formation des généralistes et des spécialistes, pour les médecins étrangers, les médecins ayant terminé leurs études et les étudiants du troisième cycle changeant d'orientation.	Alinéa sans modification.	Alinéa supprimé (voir art. 45 ter ci-dessous).
		<i>Pour les médecins ayant terminé leurs études et exerçant leur profession depuis au moins cinq ans, ce décret fixe également les conditions dans lesquelles les services déjà accomplis dans des fonctions de résident ou d'interne, ainsi que les compétences acquises, sont prises en compte, en tout ou en partie, pour la durée et le déroulement de ces cycles de formation. Ces médecins pourront poursuivre, dans le cadre d'un contingent spécial, après un concours sur épreuves spécifiques, leurs études en vue des spécialités énumérées dans la liste prévue ci-dessus. Des modalités particulières seront édictées afin de leur permettre de poursuivre leur activité professionnelle.</i>	Alinéa supprimé (voir art. 45 ter ci-dessous).
			Des décrets en Conseil d'Etat fixent les conditions d'application du présent article.

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture.	Propositions de la commission.
Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.	Art. 2. L'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospi- talière est modifié ainsi qu'il suit :	Art. 2. Sans modification.	<p>Art. 45 ter (nouveau).</p> <p>— Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'accès aux cycles de formation des généralistes et des spécialistes pour les médecins étrangers, les étudiants du troisième cycle changeant d'orientation ainsi que les médecins ayant terminé leurs études et exerçant leur profession depuis cinq ans.</p> <p>Pour ces derniers, les services déjà accomplis dans les fonctions de résident ou d'interne, ainsi que les compétences acquises, sont prises en compte, en tout ou en partie, pour la durée et le déroulement de ces cycles de formation. Les médecins n'ayant pas exercé de fonction d'interne peuvent poursuivre, dans le cadre d'un contingent spécial, après un concours sur épreuves spécifiques, leurs études en vue d'une des spécialités énumérées dans la liste prévue à l'article 45 bis ci-dessus. Des modalités particulières sont édictées afin de leur permettre de poursuivre leur activité professionnelle parallèlement à l'exercice de fonctions hospitalières rémunérées.</p>
Art. 22. — Le conseil d'administration délibère sur :	Le conseil d'administra- tion délibère sur :		
1° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;	1° Sans changement.		
2° Les propositions de prix de journée ;	2° Sans changement.		
3° Les acquisitions, alié- nations, échanges d'immeu-	3° Sans changement.		

Texte en vigueur.	Texte du projet de loi.	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture.	Propositions de la commission.
bles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;			
4° Les emprunts ;	4 Sans changement.		
5° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;	5 Sans changement.		
6° Le règlement intérieur ;	6 Sans changement.		
7° Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et de l'article 43 de la présente loi ;	7 Sans changement.		
8° Les créations, suppressions et transformations de services, et notamment la création de services de clinique ouverte ;	8 Sans changement.		
9° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;	9 Sans changement.		
10° Le tableau des effectifs du personnel, à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance précitée du 30 décembre 1958 et les textes subséquents ;	10 Le tableau de l'effectif du personnel, à l'exception des catégories de personnels qui sont régis par l'ordonnance précitée du 30 décembre 1958 et les textes subséquents et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales.		
	Le reste demeure sans changement.)		
Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968.			
Titre IX.			
Dispositions finales.			
Art. 45. — En ce qui concerne les enseignements supérieurs conduisant aux professions médicales et dentaires et les recherches qui leur sont associées, les dispositions de l'ordonnance			

Texte en vigueur.

Texte du projet de loi.

Texte adopté  
par l'Assemblée Nationale  
en première lecture.

Propositions  
de la commission.

n 58-1373 du 30 décembre 1958 et du Code de la Santé publique demeurent applicables aux établissements et unités définis par la présente loi, sous réserve des aménagements nécessaires qui feront l'objet de décrets en Conseil d'Etat.

Le Ministre des Affaires sociales sera associé à toutes les décisions concernant les enseignements médicaux, pharmaceutiques et dentaires et les recherches qui en dépendent.

En vue de permettre aux étudiants qui se destinent aux professions médicales et dentaires de participer effectivement à l'activité hospitalière, un arrêté du Ministre de l'Education nationale et du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale fixe pour chaque année le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires, que des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention, sur avis du comité de coordination hospitalo-universitaire créé par l'article 18 de la loi n 70-1318 du 31 décembre 1970. Les unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques doivent fixer en conséquence le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales ou dentaires au-delà de la première année : les conseils d'université détermineront, conformément aux propositions de ces universités, les modalités selon lesquelles il est procédé à cette limitation.

Art. 3

Le troisième alinéa de l'article 45 de la loi n 68-978 du 12 novembre 1948, modifiée, d'orientation de l'enseignement supérieur est réligé comme suit :

*Le Ministre chargé de la Santé et le Ministre chargé des Universités arrêtent pour chaque année, compte tenu des besoins de la population et des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires et des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention, le nombre des étudiants admis à poursuivre des études médicales ou odontologiques au-delà de la première année du premier cycle : les conseils d'université déterminent, conformément aux propositions des unités d'enseignement et de recherche, les modalités selon lesquelles il est procédé à cette limitation.*

Art. 3

Alinéa sans modification.

Le Ministre chargé de la Santé...

... pour chaque année, après avis des comités de coordination hospitalo-universitaires, compte tenu des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux...

... à cette limitation

Art. 3.

Alinéa sans modification.

Le Ministre...

... convention, le nombre des étudiants de première année du premier cycle des études médicales ou odontologiques admis à entrer en deuxième année du premier cycle : les conseils...

... à cette limitation

Texte en vigueur.

Texte du projet de loi.

Texte adopté  
par l'Assemblée Nationale  
en première lecture.

Propositions  
de la commission.

Art. 4 (nouveau).

Art. 4.

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

Alinéa sans modification.

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

Art. 5 (nouveau).

Art. 5.

Le Gouvernement présentera chaque année au Parlement, lors du dépôt de la loi de finances, un rapport sur l'application de la présente loi durant les cinq premières années de sa mise en œuvre.

Le Gouvernement...

... mise en œuvre. Ce rapport fera notamment état des conséquences de la présente loi sur le fonctionnement des établissements hospitaliers.

Article additionnel 5 bis (nouveau).

*Le Gouvernement présentera avant le 1<sup>er</sup> juin 1980 un projet de loi concernant l'accès des internes en pharmacie aux formations spécialisées dont la liste est fixée par les Ministres chargés de la Santé et des Universités.*

## CONCLUSION

Il faut être quelque peu téméraire, après une étude nécessairement superficielle, de vouloir conclure sur les multiples problèmes que le projet de loi veut résoudre. Une loi ne vaut pas que par les dispositions qu'elle contient. Le législateur le sait d'expérience. Les hommes qui devront la mettre en œuvre porteront une responsabilité plus grande : gageons qu'ils sauront le faire avec sagesse et bonne volonté.

Une réforme est toujours animée de bonnes intentions surtout quand elle veut infléchir une situation qui ne donne pas satisfaction. Votre commission estime que, sur ce point, le doute n'est pas permis. Les études médicales doivent être adaptées au monde d'aujourd'hui et de demain. Seulement on ne peut dissimuler certaines inquiétudes devant les conséquences directes et indirectes que va entraîner le nouvel état des choses.

Va-t-on réaliser la revalorisation du généraliste comme tout le monde semble le souhaiter ?

Pourra-t-on concilier la satisfaction des besoins de la population avec la maîtrise des dépenses de santé ?

La sélection des étudiants va-t-elle s'opérer sur des critères plus diversifiés, pour la rendre sinon juste du moins acceptable et tolérable ?

Qu'en sera-t-il du fonctionnement du service hospitalier ?

Telles sont les ultimes questions que se pose votre commission et auxquelles, il faut le reconnaître en toute honnêteté, le projet de loi n'apporte pas de réponse immédiate et satisfaisante.

La commission spéciale a adopté une série d'amendements qui tendent à améliorer le projet de loi. Elle vous invite donc, avec son rapporteur, à l'adopter à votre tour ainsi modifié.



## AMENDEMENTS PRESENTES PAR LA COMMISSION

### Article premier.

**Amendement :** A la fin du premier alinéa de cet article, remplacer les mots :

« par l'article suivant »,

par les mots :

« par les articles suivants ».

**Amendement :** Remplacer les deux premiers alinéas du texte proposé pour l'article 45 bis de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 par les dispositions suivantes :

« Art. 45 bis. — Sous réserve des dispositions prévues par l'article 45 ter ci-après, seuls les étudiants nommés en qualité de résident en médecine des hôpitaux peuvent poursuivre leurs études dans le cycle de formation des généralistes, et seuls les étudiants nommés en qualité d'interne en médecine des hôpitaux peuvent poursuivre leurs études en vue d'une des spécialités dont la liste est fixée par les Ministres chargés de la Santé et des Universités.

« Les résidents et les internes en médecine sont soumis à un statut et leur formation s'effectue à temps plein. Ils exercent des fonctions hospitalières salariées, soit dans des C. H. R. faisant partie de C. H. U., soit dans des établissements liés à ces centres par convention, et reçoivent un enseignement théorique. Au cours du résidanat, qui ne peut être inférieur à deux ans, les étudiants effectuent des stages extra-hospitaliers, notamment auprès de praticiens ou d'organismes agréés de santé publique et de recherche. Au cours de l'internat, les étudiants accomplissent une partie de leur formation en exerçant des fonctions hospitalières dans des établissements autres que les C. H. R. faisant partie de C. H. U. »

**Amendement :** Rédiger comme suit le début du troisième alinéa du texte proposé pour l'article 45 bis de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 :

« Après avis de commissions instituées dans chaque région d'internat, composées de représentants des administrations, des U. E. R. de médecine, des établissements hospitaliers, des catégories de médecins et, selon le cas, des résidents ou des catégories d'internes concernés, le ministre... » (Le reste sans changement.)

**Amendement :** Rédiger comme suit le sixième alinéa du texte proposé pour l'article 45 bis de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 :

« c) Le nombre des internes en médecine pouvant être admis, en tenant compte des choix exprimés par les intéressés, à poursuivre leurs études dans chacune de ces spécialités. »

**Amendement :** I. — Rédiger comme suit le septième alinéa du texte proposé pour l'article 45 bis de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 :

« Ces nombres sont déterminés de manière à permettre d'entreprendre un troisième cycle à tous les étudiants ayant terminé avec succès le deuxième cycle des études médicales, sanctionné par un examen théorique et pratique vérifiant l'intégration des connaissances nécessaires à l'exercice de responsabilités médicales. »

II. — Supprimer le huitième alinéa du texte proposé pour l'article 45 bis de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968.

**Amendement :** Remplacer les neuvième et dixième alinéas du texte proposé pour l'article 45 *bis* de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 par les dispositions suivantes :

Le concours pour l'internat est organisé dans chaque région d'internat. Il comporte des épreuves d'admissibilité écrites et anonymes, fondées sur l'enseignement reçu au cours du deuxième cycle, et des épreuves d'admission.

**Amendement :** Supprimer les deux derniers alinéas du texte proposé pour l'article 45 *bis* de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968.

**Amendement :** Compléter le texte proposé pour l'article 45 *bis* de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 par un alinéa ainsi rédigé :

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

**Amendement :** A la fin de l'article premier, après le texte proposé pour l'article 45 *bis* de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968, introduire les dispositions suivantes :

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

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

### Art. 3.

**Amendement :** Dans le texte proposé pour le troisième alinéa de l'article 45 de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968, remplacer les mots :

le nombre des étudiants admis à poursuivre des études médicales ou odontologiques au delà de la première année du premier cycle

par les mots :

le nombre des étudiants de première année du premier cycle des études médicales ou odontologiques admis à entrer en deuxième année du premier cycle.

### Art. 4.

**Amendement :** Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

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

**Art. 5.**

**Amendement :** Compléter cet article par la phrase suivante :

Ce rapport fera notamment état des conséquences de la présente loi sur le fonctionnement des établissements hospitaliers.

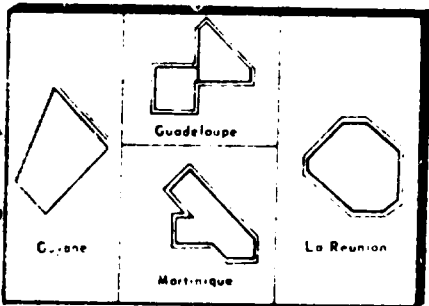
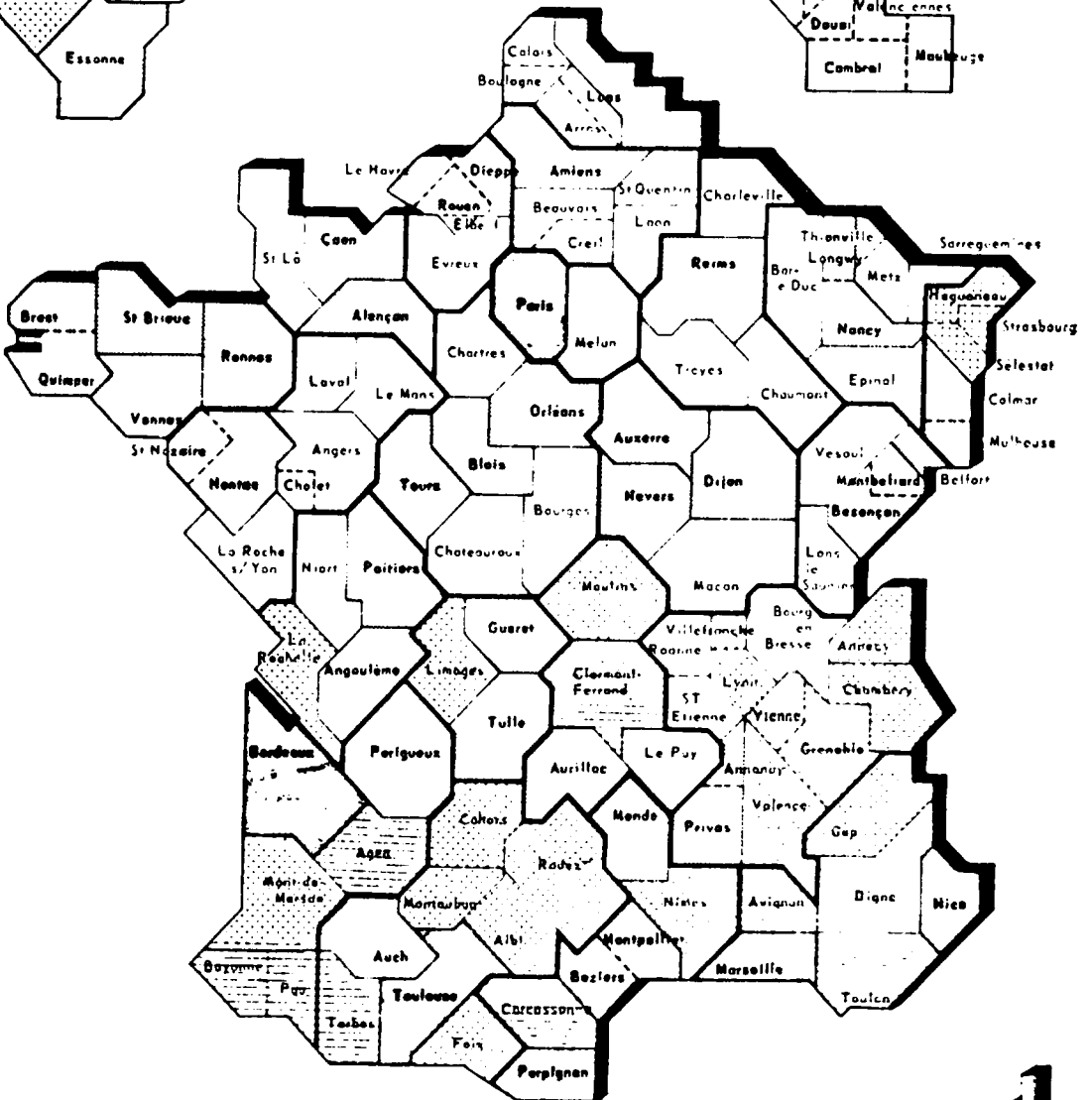
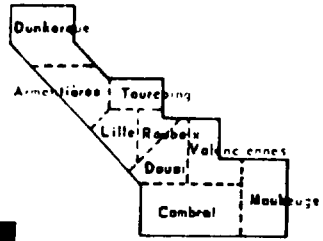
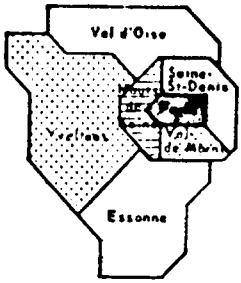
Article additionnel *in fine*.

**Amendement :** A la fin du projet de loi, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présentera, avant le 1<sup>er</sup> juin 1980, un projet de loi concernant l'accès des internes en pharmacie aux formations spécialisées dont la liste est fixée par les Ministres chargés de la Santé et des Universités.

# ANNEXE I

## MÉDECINS densité au 31-12-1977



- < 80
- 80 à 99
- 100 à 119
- 120 à 139
- 140 à 170
- > 170

FRANCE 126

pour 100 000 habitants



## ANNEXE II

### RÉPARTITION DES MÉDECINS AU 31-12-1977

