



santé
famille
retraite
services

Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale

Rapport de mission remis à Monsieur Xavier Bertrand

Ministre de la Santé et des Solidarités,

par

Pierre-Jean Lancry,

Directeur de la Santé à la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

mardi 27 février 2007

Remerciements

Voici la liste des personnes contactées dans le cadre de ma mission. Je les remercie chaleureusement pour le temps qu'elles m'ont consacré et les informations qu'elles m'ont fournies.

Jean-Marc Aubert (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ; Jean-François Bergmann (Hôpital Lariboisière, Université Paris VII) ; Yann Bourgueil (Institut de Recherche, de Documentation et d'Economie de la Santé) ; Richard Bouton (MG France) ; Michel Combier (Union Nationale des Omnipraticiens Français) ; Claude Bronner (Espace Généraliste) ; Dinorino Cabrera (Syndicat des Médecins Libéraux) ; Jean-Pierre Carrère (Mutualité Sociale Agricole) ; Etienne Champion (Direction de la Sécurité Sociale, Ministère de la Santé et des Solidarités) ; Michel Chassang (Confédération des Syndicats Médicaux Français) ; Christian Chilli (Espace Généraliste) ; Xavier Deau (Conseil National de l'Ordre des Médecins) ; Jean-Louis Deutscher (MSA) ; André Deseur (CNOM) ; Dominique Dreux (Espace Généraliste) ; Jean-Paul Hamon (Fédération des Médecins de France) ; Flora Lenczner (MSA) ; Jean-François Mattei (Croix Rouge Française) ; Yvon Merlière (CNAMTS) ; Christine Meyer (Fédération Nationale de la Mutualité Française) ; Martial Olivier-Koehret (MG France) ; Vincent Renard (Collège National des Généralistes Enseignants) ; Mickaël Riahi (Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes) ; Jacques Roland (CNOM) ; Philippe Thibault (Cabinet du Ministre de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche) ; Philippe Ulmann (Régime Social des Indépendants) ; Danielle Zizine-Hubert (CNAMTS) ; Frédéric Van Roekeghem (CNAMTS)

J'ai une pensée toute particulière pour Bernard Gay du CNGE qui a répondu à mes demandes avec une très grande efficacité, une extrême gentillesse et tant de disponibilité.

Il va s'en dire que je demeure seul responsable des analyses et des propositions contenues dans ce rapport.

Table des matières

Lettre de mission	5
1. La médecine générale, une discipline peu attractive	7
2. La reconnaissance universitaire de la médecine générale	11
2.1. Bref rappel historique sur les études médicales	11
2.2. La loi de 2002 et la reconnaissance universitaire de la médecine générale	15
2.3. La loi maintient les différences entre la médecine générale et les autres spécialités	18
Conclusions du chapitre 2	20
3. Flux et stock, qui est spécialiste en médecine générale ?	21
3.1. Les textes réglementaires en vigueur	21
3.2. Comment organiser la qualification des médecins en exercice ?	22
3.3. L'attribution automatique du statut de spéc.méd.gén. n'est ni souhaitable ni possible	24
3.4. Les modalités de la qualification	25
1) La validation universitaire	25
2) La qualification ordinale	25
3) Calendrier	26
Conclusions du chapitre 3	28
4. Les spécificités de la médecine générale	29
5. La revalorisation professionnelle de la médecine générale	31
5.1. Les médecins spécialistes en médecine générale peuvent-ils coter en Cs ?	32
5.2. La spécificité de la médecine générale doit être reconnue	33
5.3. La fixation de la lettre-clé CG relève de la négociation conventionnelle	34
5.4. Qui peut coter en CG ?	35

6. Conséquences de la réforme en termes de conventionnement	37
7. Conclusions et synthèse des propositions	39
Annexes	41
Annexe 1 : Déroulement des études médicales en France (actualisation 2007)	43
Annexe 2 : Maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées en médecine générale	44
Annexe 3 : Exposé des motifs et projet de loi de modernisation sociale (article 17)	45
Annexe 4 : Rapport d'information sur la de modernisation sociale (article 60)	48
Annexe 5 : Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale	51
Annexe 6 : Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3 ^{ème} cycle	54
Annexe 7 : Arrêté du 22 septembre 2004 (DES)	68
Annexe 8 : Arrêté du 22 septembre 2004 (DESC)	73
Annexe 9 : Directive 2005-36 CE du Parlement européen et du Conseil	78
Annexe 10 : Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 (conditions de qualification)	82
Annexe 11 : Arrêté du 30 juin 2004 (règlement de qualification des médecins)	83
Annexe 12 : Code de l'Education, article L.632-12	87
Annexe 13 : Exercice de la profession de médecin et autorisation d'exercer	89
Annexe 14 : Projet de décret équivalence et qualification	91
Annexe 15 : Critères de qualification en médecine générale (Ordre des médecins)	93
Annexe 16 : Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille	94



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Paris, le

05 DEC. 2006

CAB/LH/ZB – Mercure D 06.16418

Monsieur le Directeur,

Depuis la réforme intervenue par le décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, les étudiants ont accès, à l'issue de l'examen classant national, à l'ensemble des spécialités dont fait désormais partie la médecine générale.

Cette évolution des études en médecine générale, qui seront désormais sanctionnées par l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées, marque une étape très importante dans la reconnaissance des omnipraticiens. Médecins de premiers recours, ces praticiens ont un exercice particulier qui doit allier, comme a tenté de le définir le droit communautaire, connaissance personnelle de l'environnement du patient et protection de la santé de l'individu dans sa globalité. Les omnipraticiens jouent en effet un rôle spécifique et essentiel dans notre système de soins, confirmé et accru par la réforme de 2004 et notamment l'institution du médecin traitant.

Toutefois, il serait paradoxal que cette réforme universitaire ait pour conséquence de fondre l'exercice de la médecine générale au sein des autres spécialités. Elle appelle au contraire à l'approfondissement de la réflexion sur le rôle spécifique de la pratique de la médecine générale au sein de notre système de santé ainsi que de la place et du statut reconnus aux omnipraticiens.

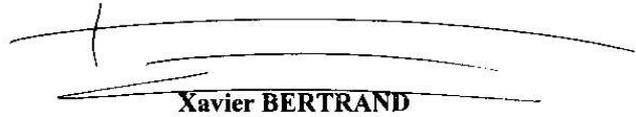
Je souhaite donc vous confier la mission de procéder à un examen des questions posées par la réforme et ses implications pour la médecine générale, tant du point de vue juridique que de la vie conventionnelle, de la représentativité syndicale, de l'exercice professionnel. Il conviendra d'envisager les conséquences pour l'ensemble des médecins omnipraticiens y compris ceux pratiquant un mode d'exercice particulier ou une activité complémentaire.

Monsieur Pierre-Jean LANCRY
 Directeur de la santé de la Caisse centrale
 de la mutualité sociale agricole (CCMSA)
 Les Mercuriales
 40 rue Jean-Jaurès
 93547 BAGNOLET Cedex

Votre analyse consistera par ailleurs à préciser dans quelles conditions les médecins généralistes ayant obtenu leur diplôme avant la réforme des études médicales pourront être qualifiés de spécialistes en médecine générale.

Je souhaiterais disposer d'un rapport présentant votre analyse et vos propositions avant le 31 mars 2007.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.



Xavier BERTRAND

1. LA MEDECINE GENERALE, UNE DISCIPLINE PEU ATTRACTIVE

- *Et toi, tu fais quoi comme métier ?*
- *Médecin généraliste.*
- *Et après, tu vas te spécialiser ?*

M.Riahi : « Le malaise des jeunes généralistes », oct.2006

La médecine générale est une discipline peu attractive. L'analyse des résultats aux épreuves de classement national (ECN), internat commun à tous les étudiants en médecine mis en place dans le cadre de la réforme de janvier 2004, met en évidence ce phénomène :

Tableau n°1 : affectations par discipline selon les rangs de classement aux ECN – année 2006

Discipline	postes ouverts	postes affectés	rang du 1 ^{er}	rang du dernier	rang moyen
Spécialités médicales	760	760	1	2324	804
Pédiatrie	196	196	51	3204	1360
Anesthésie	243	243	2	2527	1406
Spécialités chirurgicales	550	550	10	3055	1436
Gynécologie obstétrique	150	150	27	2974	1486
Biologie	58	58	14	2445	1552
Gynécologie médicale	20	20	373	2943	1896
Psychiatrie	300	300	13	4398	2558
Santé publique	70	70	910	4738	3227
Médecine générale	2353	2030 ; 1637¹	43	4989	3380
Médecine du travail	60	53	776	4974	3728

Lecture du tableau : (deuxième ligne, pédiatrie) 196 postes ont été ouverts en pédiatrie. Tous ces postes ont été pourvus. Le premier étudiant à avoir choisi cette spécialité était classé 51^{ème} aux ECN. Le dernier (c'est-à-dire le 196^{ème}) à avoir choisi pédiatrie était classé 3204^{ème} aux ECN. En moyenne les 196 étudiants qui ont choisi pédiatrie étaient classés 1360^{ème} aux ECN.

La médecine générale est, avec la médecine du travail, la discipline choisie en dernier par les étudiants. Le classement commun à l'entrée du troisième cycle, qui met en évidence les choix des étudiants, montre bien la désaffection dont souffre cette discipline.

¹ Le chiffre de 2030 n'est pas le nombre de postes effectivement pourvus en médecine générale. En effet, il comprend 393 postes correspondant à des résidents (étudiants issus de l'ancien régime des études médicales) ayant terminé leur formation mais qui, pour relever du nouveau système, ont dû se présenter aux ECN sans prendre de poste « réel ». Le nombre de postes effectivement pourvus n'est donc pas 2030 mais 2030-393=1637.

La lecture du tableau pour l'année 2006 nous apprend également que **tous les postes de médecine générale ne sont pas pourvus**. 1637 postes sur les 2353 proposés ont été effectivement pourvus. Cela signifie que plus de 30% des postes ouverts en médecine générale n'ont pas trouvé de candidats intéressés (ce pourcentage était de 40% en 2005 et 33% en 2004²).

Cette situation n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire, un certain nombre de subdivisions (lieux de formation) « faisant le plein ».

Tableau n°2 : affectations en médecine générale selon les subdivisions

Lieu de formation	Nb. Résidents en 2003	Postes ouverts en 2004	Postes ouverts en 2005	Postes ouverts en 2006	Postes non affectés en 2006	Ratio 2006 non affectés/total ouvert
Grenoble	41	69	69	65	0	0,0%
Lyon	80	79	95	110	0	0,0%
Brest	39	17	31	50	0	0,0%
Rennes	38	52	52	60	0	0,0%
Nantes	44	52	60	65	0	0,0%
Montpellier	57	38	39	45	0	0,0%
Nice	30	27	27	31	0	0,0%
Bordeaux	100	47	49	64	0	0,0%
Océan indien			15	17	0	0,0%
Toulouse	153	44	48	63	0	0,0%
Aix-Marseille	87	70	71	83	0	0,0%
Lille	141	82	99	150	0	0,0%
Saint-Etienne	48	47	63	50	0	0,0%
Clermont-Ferrand	35	31	50	50	0	0,0%
Paris Ile de France	406	450	474	380	0	0,0%
Besançon	37	47	91	50	0	0,0%
Strasbourg	57	88	145	86	2	2,3%
Poitiers	30	31	65	72	9	12,5%
Rouen	48	63	115	75	11	14,7%
Limoges	39	35	35	35	9	25,7%
Amiens	72	50	99	100	26	26,0%
Dijon	35	60	91	95	34	35,8%
Nancy	103	88	137	130	47	36,1%
Angers	29	27	50	55	20	36,4%
Tours	35	59	90	120	47	39,2%
Antilles Guyane	35	66	66	66	28	42,4%
Reims	50	60	91	91	40	44,0%
Caen	27	62	83	95	44	46,3%
Total	1896	1841	2400	2353	323 (716³)	13,7% (30,4%)

² Voir à ce sujet A.Billaud, Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales, *DREES Etudes et Résultats*, n°474, mars 2006

³ Le chiffre de 716 correspond aux 323 postes restés vacants augmenté des 393 postes « de plein droit » des résidents, étudiants issus de l'ancien régime des études médicales. Le tableau ci-dessus ne permet pas d'évaluer, région par région, l'impact de ces 393 postes non pourvus. Source : AUFEMO, CNCI

Les raisons de la désaffection pour la médecine générale sont multiples et anciennes. En voici quelques unes, telles qu'elles m'ont été rapportées par la quasi-totalité de mes interlocuteurs médecins :

- Au cours des études de premier et deuxième cycle médical les étudiants n'entendent pratiquement pas parler de médecine générale. Le stage au cabinet d'un généraliste de ville, pourtant prévu pendant le deuxième cycle des études, n'est que rarement effectué. Les enseignants hospitalo-universitaires sont tous des spécialistes qui mettent en avant la recherche et la pratique hospitalière en négligeant la médecine générale, discipline non hospitalière et donc dévalorisée. Les épreuves de l'internat ne comportent jamais de cas cliniques de médecine générale mais traitent exclusivement de cas hospitaliers. Ces critiques ne sont pas nouvelles et nombreux sont ceux qui les ont formulées⁴.
- La médecine générale n'offre pas de perspective de valorisation d'une « carrière » : pas de filière universitaire identifiée permettant de postuler à une fonction universitaire titulaire (les enseignants actuels sont « professeur associé » avec un statut contractuel⁵), pas de recherche structurée permettant de développer des travaux en soins primaires ni de plus value à la participation aux démarches de santé publique, etc.
- La médecine générale est perçue comme une profession dont l'exercice est très contraignant : la permanence des soins (gardes, astreintes⁶), les visites (environ 14% du nombre total des actes des généralistes⁷) et les horaires de travail (80% de l'ensemble des généralistes libéraux actifs travaillent le samedi matin et près de 30% le dimanche⁸) sont vécus comme une forte contrainte par les médecins généralistes.
- Le métier de généraliste s'est dévalorisé au cours du temps. L'arrivée des spécialités a retiré de la pratique du généraliste les actes à forte valeur ajoutée intellectuelle et, phénomène surtout sensible dans les grandes villes, le généraliste qui devrait être le médecin de premier recours est en fait bien souvent un médecin de dernier recours qui intervient quand les spécialistes ne sont pas disponibles.

⁴ Voir à ce sujet F.Grémy (sous la direction de), *La réforme Debré un tiers de siècle après*, actes du colloque de Caen, 9-10 décembre 1996, Editions de l'Ecole Nationale de Santé Publique, 1998

⁵ Une mission de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et de l'IGAENR (Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche) vient de terminer un rapport sur la création de la filière universitaire de médecine générale.

⁶ Le système sanitaire français garantit à la population un accès aux soins 24 heures sur 24. En complément de la permanence des soins en établissements de santé et des dispositifs d'urgence, le système de permanence des soins assuré par les médecins libéraux s'appuie sur une organisation départementale récemment rénovée (décret n°2005-328 du 7 avril 2005). Cette nouvelle organisation, fondée sur le volontariat du médecin, repose notamment sur l'obligation d'une régulation préalable des demandes de soins non programmées et un système de gardes et astreintes (praticiens joignables à tout moment de la période d'astreinte). Par avenant conventionnel (avenant n°4 du 22 avril 2005) les médecins libéraux se sont engagés « à s'impliquer dans le fonctionnement du dispositif de permanence des soins mis en place de façon à assurer à l'usager une réponse adaptée de qualité ». Concrètement, environ 34000 généralistes libéraux (sur un total de 49000 praticiens dans 86 départements) participent au dispositif de permanence de soins, répartis en *secteurs* [environ 2800 secteurs pour les dimanches et jours fériés, 2600 pour la période 20 heures à minuit et 2400 pour le période de minuit à 8 heures du matin]. L'état des lieux de la permanence de soins au 31 décembre 2005 montre que 140 secteurs ne sont pas couverts pour les dimanches et jours fériés, 130 pour la plage horaire 20 heures – minuit et 420, soit environ 18%, pour la plage horaire après minuit. Seuls 47 départements sont couverts à 100% en seconde partie de la nuit. Ce dispositif pose à l'évidence des problèmes spécifiques d'offre médicale, la taille et le nombre de certains secteurs étant inadaptés au regard de l'offre libérale existante.

⁷ Cette proportion était de 37% en 1980, 32% en 1990, 24% en 2000.

⁸ Cf. une étude de la CNAMTS en 2000 : « Une semaine d'activité des généralistes libéraux », Point Stat n°33, CNAMTS, juin 2001. Citons également une étude un peu plus ancienne : Gallais JL *et al.* Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. *Doc. Rech. Méd. Gen. - SFMG* 1994;45,1-107.

La question du revenu des généralistes est parfois évoquée comme élément de choix, ou plutôt de non choix par les étudiants. Cette raison n'est pas objectivement fondée puisque, comme le montre le tableau ci-dessous, la médecine générale n'est pas la discipline qui génère les revenus les plus bas. Même si les comparaisons d'honoraires sont à considérer avec précaution compte tenu de paramètres tels que la durée moyenne de travail dans chaque discipline, un généraliste perçoit en moyenne des revenus professionnels supérieurs à ceux d'un pédiatre libéral et pourtant la pédiatrie est choisie par les étudiants bien avant la médecine générale.

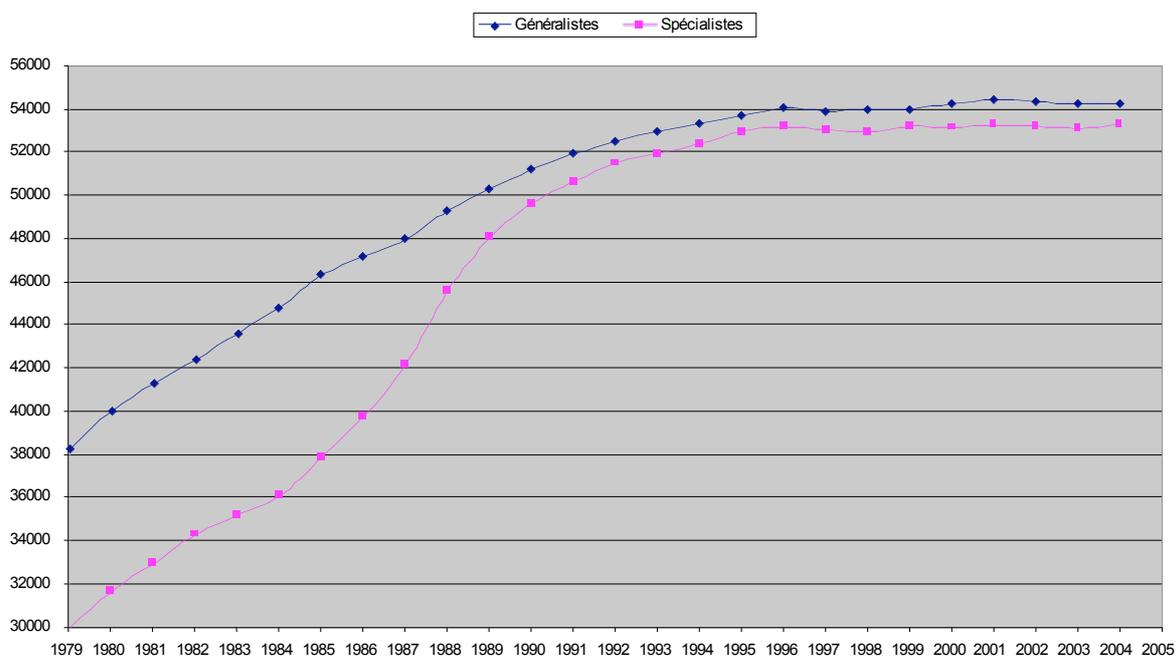
Tableau n°3 : Honoraires moyens annuels (sans dépassements et nets de charges)

Année 2004	milliers €	Année 2004	milliers €
Endocrinologues	44	Gastro-entérologues	93
Neuro-psychiatrie	50	Néphrologues	101
Psychiatres	58	Stomatologues	103
Pédiatres	60	Neuro-chirurgiens	104
Rééduc. Réadap. Fonct.	61	Cardiologues	107
Dermato-vénérologie	61	Chirurgiens	108
Médecine Interne	61	Ophthalmologistes	109
Omnipraticiens	63	Urologues	119
Neurologues	64	Anatomopathologistes	122
Rhumatologues	67	Chirurgie orthopédique	132
Pneumo-phtysiologie	72	Anesthésistes	164
Gynéco-obstétriciens	78	Electroradiologistes	212
ORL	78		

Source : CNAMTS (carnets statistiques n° 112, 2006)

Quoi qu'il en soit, la désaffection des étudiants pour la médecine générale est un problème crucial pour notre système de santé et peut modifier profondément l'organisation des soins en France.

Evolution des effectifs de médecins libéraux



Source Eco Santé 2006

2. LA RECONNAISSANCE UNIVERSITAIRE DE LA MEDECINE GENERALE

2.1 BREF RAPPEL HISTORIQUE SUR LES ETUDES MEDICALES

Externat, internat

Le décret du 4 ventôse an X (23 février 1802) portant règlement général pour le service de santé institue les concours de l'**externat** et de l'**internat** des hôpitaux de Paris. Le concours de l'internat qui a entre autres pour but de constater que les élèves en médecine et en chirurgie « *sont en état de profiter de l'instruction pratique que l'on acquiert dans les hospices* » est réservé aux seuls « *externes des hospices* »⁹. Ainsi pendant des décennies la seule voie possible à une véritable pratique hospitalière est la réussite à ces deux concours. Les étudiants d'alors, s'ils ne se présentent pas au concours de l'externat ou s'ils échouent, peuvent arriver au terme de leurs études de médecine sans même avoir « vu » un seul patient. Les étudiants ni externes ni internes sont accueillis par les hôpitaux comme *stagiaires* et, au bon vouloir des chefs de service, n'y ont qu'un rôle plus ou moins passif.

Externat et internat - concours hospitaliers - sont indépendants des examens de faculté, examens qu'il est toutefois indispensable de passer pour avancer dans le cursus universitaire. Le contraste est grand entre la pratique hospitalière que permet la réussite aux concours et la théorie enseignée par les facultés de médecine. De plus le concours de l'internat déstabilise le cursus du deuxième cycle¹⁰. Les amphithéâtres sont désertés par les étudiants et la quatrième année du 2^e cycle (DCEM 4) est consacrée « *presque exclusivement à la préparation du concours, organisée sous forme de conférences payantes, données par des internes frais émoulus du système de sélection* »¹¹.

En 1968 le concours de l'externat est supprimé. L'externat devient obligatoire et accessible à tous les étudiants pendant leur deuxième cycle. Le cursus des études médicales comprend alors une approche pratique à l'hôpital (l'externat) et une approche théorique à l'université (cours dispensés en faculté de médecine).

En 1971 est instauré le *numerus clausus*, limitation du nombre des étudiants admis en deuxième année du premier cycle des études médicales. La création d'un *numerus clausus* répond notamment au souci des pouvoirs publics de maîtriser la démographie médicale par la régulation des flux de formation. Fixé à 8588 lors de sa création, il diminue jusqu'en 1993 (3500) pour remonter depuis, faiblement jusqu'en 1998 (3583) puis plus fortement ces dernières années (7000 en 2007).

⁹ On notera au passage qu'il faut attendre janvier 1882 pour que les femmes soient autorisées à prendre part au concours de l'externat « *sous la réserve formelle qu'elles ne pourront, en aucun cas, se prévaloir de leur titre d'élèves externes pour concourir à l'internat.* »

¹⁰ Les études médicales sont divisées en trois cycles (voir annexes 1 et 2) :

- premier cycle d'une durée de 2 années (PCEM1, PCEM2) ;

- deuxième cycle d'une durée de 4 années (DCEM1, DCEM2, DCEM3 et DCEM4). L'externat correspond à DCEM2, 3 et 4.

- troisième cycle de durée variable selon les spécialités.

¹¹ Cité par le sénateur Jacques Legendre dans l'avis n°276 (2000-2001) fait au nom de la Commission des affaires culturelles du Sénat, déposé le 18 avril 2001 dans le cadre de la discussion de la Loi de modernisation sociale.

Spécialistes, généralistes

Jusqu'en 1984, un étudiant en médecine qui veut devenir spécialiste peut le faire de deux manières différentes :

- voie hospitalière sélective (externat puis internat)
- voie universitaire non sélective du CES, Certificat d'Études Spécialisées.

La réforme de 1984¹² supprime les CES médicaux et rend l'internat obligatoire pour l'accès à la spécialité. Le concours est organisé initialement dans les disciplines suivantes : spécialités médicales, spécialités chirurgicales, anesthésie-réanimation, médecine du travail, santé publique, biologie et psychiatrie. Puis, afin de garantir la pérennité de certaines spécialités comme la pédiatrie ou la gynécologie médicale, on « filiarise » ces spécialités au sein des groupes. Les étudiants internes préparent un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) d'une durée de quatre à cinq ans en fonction de la spécialité. Les titulaires de DES peuvent approfondir un aspect de leur spécialité en suivant un DESC (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires).

Quant à l'étudiant qui se destine à la médecine générale, il n'a pas besoin de passer l'internat¹³. Le concours de cette époque consiste de fait à partager en deux une population d'étudiants, ceux qui vont devenir spécialistes et ceux qui seront généralistes. Ce mode de recrutement et de formation est vivement critiqué. Voici par exemple ce qu'écrivait l'ancien doyen de la faculté de Caen, le professeur Gérard Lévy : « *Ce mode de sélection aboutit à une véritable perversion pédagogique. (...) le généraliste, pivot du système de santé, auquel on voue dans le monde médical actuel une place extrêmement importante et à juste titre, est sélectionné par l'échec. Parce que, qu'on le veuille ou non, à partir du moment où on fait un concours où les reçus seront des spécialistes et les collés seront des généralistes, c'est une sélection par l'échec des généralistes.* »¹⁴

Qu'il soit collé au concours de l'internat ou qu'il ne s'y présente pas, l'étudiant de médecine générale poursuit ses études, après le deuxième cycle commun à tous, par un troisième cycle spécifique de formation à la médecine générale appelé **résidanat**¹⁵, d'une durée qui sera portée de deux ans à deux ans et demi en 1997¹⁶ puis à trois ans pour les nouvelles promotions de résidents à partir de novembre 2001¹⁷. Ce troisième cycle est constitué d'une formation théorique et pratique (exercice de fonctions hospitalières et stage de six mois chez un praticien généraliste¹⁸). A la fin de son troisième cycle, l'étudiant soutient une thèse qui lui

¹² réforme introduite par la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques

¹³ à l'époque l'internat ne préparait pas le futur médecin de soins primaires à son exercice professionnel compte tenu de l'enseignement hospitalo-universitaire exclusivement dédié aux spécialités de soins secondaires.

¹⁴ Gérard Lévy in François Grémy (sous la direction de), *La réforme Debré un tiers de siècle après*, actes du colloque de Caen, 9-10 décembre 1996, Editions de l'Ecole Nationale de Santé Publique, 1998, page 59

¹⁵ Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. En fait, on avait pendant un temps utilisé le terme d'*interne de médecine générale* avant de retenir celui de *résident*. Ainsi la loi n°84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur dispose dans son article 68 que le gouvernement pourra prendre des mesures transitoires pour « *déterminer les conditions dans lesquelles les étudiants admis dans la filière de médecine générale choisissent leurs postes d'interne dans cette filière* ».

¹⁶ Décret n°97-494 du 16 mai 1997

¹⁷ Décret n°2001-64 du 19 janvier 2001

¹⁸ L'idée d'un stage extrahospitalier dans un cabinet de ville remonte en fait aux travaux de la commission présidée par le conseiller Fougère en 1973-75 qui s'était prononcée pour une formation obligatoire de deux ans pour les futurs généralistes, avec des responsabilités hospitalières d'interne et un stage chez le praticien. Ce stage qui aura mis un quart de siècle pour être effectif doit beaucoup à l'investissement des médecins généralistes enseignants regroupés au sein du Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.)

confère le diplôme d'Etat de docteur en médecine. « *Le diplôme sanctionnant le troisième cycle de médecine générale est délivré, sous réserve qu'ils aient soutenu la thèse mentionnée au premier alinéa du présent article, aux résidents ayant effectué la durée totale du résidanat ; satisfait au contrôle de la formation théorique acquise durant le résidanat ; accompli la formation pratique et obtenu sa validation.* »¹⁹ Ce diplôme n'ouvre droit à l'exercice de la médecine en France qu'après obtention de la *qualification en médecine générale*, délivrée formellement par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Indépendamment des différences de formation entre les futurs généralistes et les futurs spécialistes, l'internat ne permet pas de régulation en termes d'effectif total de médecins formés par région. En effet, le concours de l'internat est organisé sur une base géographique et fixe le nombre des postes pour chaque discipline et dans chaque région. L'étudiant admis à l'internat obtient un poste d'interne en fonction de ses choix et de son rang de classement et il peut être amené à changer de région de formation pour faire son troisième cycle.

Au contraire, les futurs résidents de médecine générale entrent en troisième cycle dans la région où ils ont suivi leur deuxième cycle. Le nombre de places de généralistes formés dans chaque région n'est pas fixé à l'avance, contrairement à celui des spécialistes. De fait, le nombre de généralistes formés dans une région dépend de la plus ou moins grande réussite des étudiants de cette région au concours de l'internat. Si, par exemple, tous les étudiants d'une région réussissent l'internat (avec des postes à pourvoir dans cette région et ailleurs), aucun généraliste n'est alors formé dans la région. Au contraire, une région dont aucun étudiant ne réussirait l'internat, ne formerait que des généralistes. Leur nombre serait équivalent au *numerus clausus* et cela conduirait à un nombre total de médecins bien supérieur, pour la région, puisque, à l'effectif de généralistes formés s'ajoutent les places en troisième cycle de spécialité pourvues par les étudiants d'autres régions. Ce mécanisme a ainsi conduit la Picardie à former chaque année un nombre de généralistes plus élevé que son *numerus clausus*, à l'inverse de l'Ile-de-France.

Les aménagements introduits par la réforme de 1982 [formation hospitalière pour tous les étudiants, mettant ainsi fin à un système où la plupart des médecins généralistes n'effectuaient qu'un stage interné de 6 à 12 mois dans des services souvent peu formateurs ; formation théorique de troisième cycle pour tous les étudiants ; spécialisation en médecine générale (le résidanat)] sont jugés trop timides et en octobre 1996, le gouvernement charge les professeurs Jean-François Mattei et Jean-Claude Etienne, d'une mission d'analyse de la formation initiale des médecins.

Leur rapport remis en 1997 analyse les modalités d'accès aux études médicales, les différents cycles de formation, le processus de sélection, l'orientation vers les spécialités, la nature des enseignements dispensés, la place des généralistes et l'équilibre entre les spécialités. Les auteurs observent que le dispositif d'accès au concours de l'internat conduit « *la majorité des futurs généralistes à être sélectionnés par l'échec, constatent l'impossibilité d'une réorientation en cours d'étude ou de reconversions professionnelles pour les étudiants et concluent à l'inadaptation de la formation scientifique des futurs hospitalo-universitaires en fin de cursus.* »²⁰

Mattei et Etienne proposent de réformer le concours de l'internat en instaurant un classement dans trois nouvelles filières : médecine spécialisée, chirurgie, médecine générale. De même ils

¹⁹ Article 14 du décret n°88-321 du 7 avril 1988

²⁰ Jacques Legendre, *op.cit*

proposent de rendre l'internat obligatoire pour tous les étudiants²¹. Au terme de l'épreuve de classement, chaque candidat doit pouvoir choisir sa filière de troisième cycle en fonction de son rang de classement.

Cette idée fait son chemin et deux ans plus tard, le 30 juin 1999, le Premier Ministre Lionel Jospin, en clôture des Etats généraux de la santé, exprime sa volonté de redonner toute sa place à la médecine générale en réformant les études médicales :

« Parlons maintenant de celles et ceux qui font la médecine - les médecins praticiens.

Et d'abord de leur formation. Une réforme des études médicales est nécessaire. Il faut rééquilibrer l'enseignement de la médecine, ouvrir les études médicales et y donner toute sa place à la médecine générale.

Rééquilibrage, en premier lieu. Notre enseignement en Faculté de médecine souffre de ce que le grand philosophe Georges Canguilhem appelait " l'idéologie médicale " : celle du primat de la biologie, de la suprématie de la spécialité sur la médecine générale, de la supériorité prêtée à la technique sur la clinique. Le deuxième cycle sera donc modifié pour accorder une place plus grande à une approche globale de l'homme souffrant ; l'enseignement de la santé publique, de l'épidémiologie, de l'éthique, de l'économie de la santé, sera développé.

Les études médicales doivent être plus ouvertes sur la société. Le nouveau deuxième cycle sera consacré par un diplôme national, délivré par les universités, qui permettra aux étudiants qui le souhaitent d'avoir accès à d'autres disciplines, telles que le droit, le journalisme et l'industrie, ou de poursuivre leurs études dans d'autres pays européens.

Munis de ce diplôme, la plupart des étudiants entreront dans le troisième cycle après avoir passé un concours de l'internat, national, anonyme et classant. La médecine générale sera reconnue comme une spécialité au même titre que les autres - et sa durée de formation sera portée à trois ans. Tout en étant mieux formés, seront donc généralistes les médecins qui en auront fait le choix. C'est ainsi que la médecine générale sera reconnue à sa juste valeur et qu'elle pourra tenir toute sa place dans le monde médical. »

(Extrait du discours du Premier Ministre, Lionel Jospin, 30 juin 1999)

La mise en place d'études renforcées pour la formation en médecine générale telle qu'elle est proposée par Lionel Jospin, est une exigence du droit communautaire [directive 86/457/CEE du Conseil, du 15 septembre 1986, relative à une formation spécifique en médecine générale ; directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres] qui considère que :

« ce besoin d'une formation spécifique en médecine générale résulte notamment du fait que le développement intervenu dans les sciences médicales a entraîné un écart de plus en plus marqué entre la recherche et l'enseignement médicaux, d'une part, et la pratique de la médecine générale, d'autre part, de sorte que des aspects importants de la médecine générale

²¹ Cette mesure avait été proposée dès 1983 par la commission Seligman (ministère de l'Education nationale) et la commission Roux (ministère de la Santé). Voici ce qui est écrit dans le rapport de septembre 1998 du Comité National d'Evaluation sur le 3^{ème} cycle de médecine générale : « Toutes deux concluent (déjà !) à la nécessité d'offrir à tous les étudiants des conditions d'accès identiques aux différentes filières terminales des études médicales : c'est en clair la suppression de l'internat ; mais son remplacement par un examen classant validant, obligatoire pour tous, est rejeté violemment par les étudiants. » (pages 16-17)

ne peuvent plus être enseignés de façon satisfaisante dans le cadre de la formation médicale traditionnelle de base des États membres. »²²

La directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 propose également :

« d'instaurer dans chaque État membre une formation spécifique en médecine générale qui réponde à des exigences minimales tant du point de vue qualitatif que du point de vue quantitatif et qui complète la formation minimale de base que le médecin doit avoir en vertu de la présente directive »

Le remplacement de l'ancien système (coexistence de l'internat de spécialité et du résidanat pour les futurs généralistes) par l'accès au troisième cycle des études médicales à la suite d'un examen national classant présenté par tous les étudiants sera acté par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

2.2 LA LOI DE 2002 ET LA RECONNAISSANCE UNIVERSITAIRE DE LA MEDECINE GENERALE

L'exposé des motifs de la loi de modernisation sociale, article relatif à la réforme des études médicales (annexe 3) rappelle que :

« Le Premier ministre a annoncé, lors de la clôture des états généraux de la santé le 30 juin 1999, la nécessité de réformer les études médicales afin de redonner sa place à la médecine générale, de modifier l'enseignement du second cycle pour le rendre plus ouvert sur la société, de créer un diplôme national de fin de second cycle pour établir des passerelles avec d'autres disciplines et d'avoir accès au troisième cycle par un concours de l'internat classant, national et anonyme, la médecine générale étant traitée comme une spécialité et sa durée de formation passant à trois ans.

Les principales modifications seront applicables en 2004 (internat pour tous, concours national, médecine générale traitée comme une spécialité et passant à trois ans).

Le présent article²³ :

- remplace le concours de l'internat de droit commun par un concours national permettant à tous les candidats un poste d'interne ;*
- élargit la définition de l'interne aux actuels résidents poursuivant un troisième cycle des études de médecine générale »*

De même, le rapport d'information de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale (annexe 4) évoque clairement la médecine générale comme discipline universitaire :

« Dans un objectif de revalorisation et d'amélioration de la formation, la médecine générale sera donc traitée comme une spécialité à laquelle on accède via l'internat. La durée de la formation en médecine générale est portée de deux ans et demi à trois ans. Cet allongement de la durée des études va avoir lieu dès la période transitoire quand la réorganisation des programmes sera en place.

La médecine générale devient donc une discipline universitaire sanctionnée par un diplôme d'études spécialisé de médecine générale et ouvrant sur des postes de professeurs d'université et de praticiens hospitaliers de médecine générale. »

²² Directive 93/16/CEE du 5 avril 1993

²³ Dans le projet de loi, l'article en question est l'article 17. Il deviendra l'article 60 de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (annexe 5) et les textes réglementaires pris en application de cette loi²⁴ précisent la nouvelle donne :

- Tous les étudiants en médecine qui souhaitent effectuer un troisième cycle d'études médicales doivent se présenter aux épreuves nationales classantes de l'internat. Si le concours de l'internat est commun à tous les étudiants et si la médecine générale est bien reconnue comme une spécialité, le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales distingue toutefois les *internes de médecine générale* (article 14) des *internes autres que ceux de médecine générale* (article 15).
- Le troisième cycle des études médicales est sanctionné par un diplôme d'études spécialisées (DES) ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC). Dans l'arrêté du 22 septembre 2004 qui fixe la liste des diplômes d'études spécialisées, la médecine générale est bien identifiée au même titre que les autres disciplines comme les spécialités médicales, les spécialités chirurgicales, la pédiatrie, la médecine du travail, etc.
- La préparation de chaque diplôme d'études spécialisées est placée sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques. Le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales énonce, dans son article 23, « *que pour le diplôme d'études spécialisées de médecine générale, l'enseignant-coordonnateur est assisté, soit par un département de médecine générale créé par l'université, soit par une commission de coordination et d'évaluation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.* » Les enseignants coordonnateurs des autres diplômes d'études spécialisées sont assistés d'une commission.

La médecine générale devient, aux termes de la nouvelle réforme des études médicales, une spécialité à part entière et une discipline universitaire. La dénomination même du diplôme de troisième cycle DES (diplômes d'études spécialisées) de médecine générale fait que le médecin qui sortira en 2007 avec ce diplôme sera un praticien **spécialiste en médecine générale**.

Les débats parlementaires autour de cette réforme montrent que, même si tous partagent la volonté de faire de la médecine générale une spécialité, il existe des désaccords sur les termes à utiliser pour qualifier les nouveaux médecins issus de cette réforme. Ainsi, lors de la première séance du jeudi 11 janvier 2001, Jean-François Mattei défend un amendement visant à modifier le texte : « *les **internes de médecine générale** exercent leurs fonctions durant un semestre dans un centre hospitalier universitaire et pendant un autre semestre auprès de praticiens généralistes agréés. Les **internes autres que de médecine générale** exercent leurs fonctions durant au moins deux semestres dans les hôpitaux autres qu'un centre hospitalier universitaire* ». Il souhaite substituer aux mots *internes autres que ceux de médecine générale* les mots *internes spécialisés ayant effectué une qualification correspondant au troisième cycle*. Il justifie sa demande comme suit :

« *La rédaction actuelle laisse penser qu'il persisterait, malgré l'apparition de l'internat pour tous, deux catégories de médecins: les généralistes, d'un côté, les spécialistes, de l'autre. Nous voulons, au contraire, démontrer qu'il y a une unicité et une égalité de valeur. La médecine générale n'est pas le résultat d'un échec, mais le résultat d'un choix dans la majorité des cas. Je sais bien que c'est avant tout une*

²⁴ décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales (annexe 6) ; Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées (DES) de médecine (annexe 7) ; Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine (annexe 8)

question de sémantique et qu'il s'agit simplement de se mettre d'accord sur la meilleure formulation possible. Je n'en ferai pas un motif de guerre. Mais je vous invite à revenir sur la rédaction de cet amendement. Ce serait dans l'esprit de la réforme que nous souhaitons. Nous voulons en effet éviter qu'il y ait d'un côté les spécialistes qui seraient l'élite et de l'autre les généralistes qui seraient considérés comme les fantassins, alors qu'ils font le plus gros du travail à la base et que nous en avons absolument besoin. »²⁵

Les échanges qui ont suivi l'intervention de Jean-François Mattei ont montré toute la complexité du dossier. La position finalement retenue est celle exprimée par M. Philippe Nauche, rapporteur :

Nous divergeons sur ce que doit être le troisième cycle des études médicales. A partir du socle commun que constituent le diplôme de fin de deuxième cycle, d'une part, et l'examen classant validant national unique pour l'ensemble des médecins, d'autre part, chaque étudiant se dirige vers la spécialité de son choix, que cette compétence supplémentaire soit la médecine générale ou une autre spécialité, qu'elle soit chirurgicale, médicale, biologique ou de santé publique. Dès lors, je ne suis pas d'accord avec vous, monsieur Mattei, lorsque vous affirmez que la médecine générale ne peut pas être une spécialité. A partir du moment où il y a un socle commun, toute acquisition d'une compétence supplémentaire permettant un exercice de plein droit de la médecine constitue bien une spécialisation. »²⁶

Jean-François Mattei, ardent défenseur de l'internat unique et de la reconnaissance de la médecine générale, pour qui cette discipline est « un humanisme retrouvé », met en exergue à l'occasion de ce débat parlementaire l'opposition terminologique et sémantique généraliste / spécialiste.

En effet, lorsqu'on utilise les mots « généraliste » ou « spécialiste », il peut s'agir soit du **statut** des médecins (spécialiste vs. non spécialiste), soit de leur **activité** et de leur **pratique** (médecine de premier recours vs. médecine de second recours). La réforme des études médicales qui a instauré l'internat et les DES pour tous les étudiants conduit à traiter de manière identique les médecins en termes de titre et de statut (tous les médecins seront des spécialistes) mais l'activité et la pratique ne sont pas les mêmes pour les deux catégories de médecins (les praticiens de médecine générale et les autres).

Les différences de traitement fondées sur les différences de niveau d'études ou de formation ne doivent plus être maintenues. En revanche, celles qui reflètent des différences de mode d'exercice peuvent continuer à l'être.

²⁵ Assemblée nationale, débats parlementaires, 1^{ère} séance du jeudi 11 janvier 2001, Compte-rendu intégral, p.231.

²⁶ Assemblée nationale, débats parlementaires, 1^{ère} séance du jeudi 11 janvier 2001, Compte-rendu intégral, p.235.

2.3 LA LOI MAINTIENT DES DIFFERENCES ENTRE LA MEDECINE GENERALE ET LES AUTRES SPECIALITES

Il ne fait pas de doute que, dans l'esprit du législateur de 2002, la médecine générale devient une spécialité. *Ipsa facto* le médecin généraliste devient un spécialiste. Toutefois, les conséquences de ce changement de statut n'ont pas été entièrement tirées.

Ainsi, subsiste-t-il dans les textes en vigueur de nombreux signes des différences entre la médecine générale et les autres spécialités.

Le Code de l'Education

L'article L632-4 du Code de l'Education énonce que :

« *Le diplôme d'Etat de docteur en médecine est conféré après soutenance avec succès d'une thèse de doctorat.*

Après la validation du troisième cycle, un document est délivré au titulaire du diplôme, mentionnant la qualification obtenue, soit en médecine générale, soit en spécialité.²⁷

Le titre d'ancien interne ou d'ancien résident en médecine générale ne peut pas être utilisé par les médecins qui n'obtiennent pas mention de la qualification correspondante. »

Sauf à considérer qu'il y aurait une qualification de **spécialiste en médecine générale** et une autre de **spécialiste de spécialité**, cette opposition des qualifications peut surprendre. Elle montre en tout cas que le législateur, alors même qu'il réformait en profondeur le troisième cycle des études médicales, n'a pas souhaité supprimer la distinction entre les deux qualifications (en médecine générale et en spécialité). De nombreux articles du Code de l'Education ont été modifiés ou abrogés par la loi de modernisation sociale de 2002 (L632-2...L632-12) alors que le L632-4 a été maintenu en l'état.

Si l'on se réfère au Code de l'Education, en l'état actuel de la législation, il n'y a pas de document délivré au titulaire du diplôme de troisième cycle, diplôme d'études spécialisées en médecine générale, qui mentionne une qualification de *spécialiste en médecine générale*.

Il existe une réelle ambiguïté puisque la qualification accordée par l'Ordre des médecins aux étudiants diplômés d'études spécialisées en médecine générale est une qualification de *spécialiste en médecine générale*, alors que le Code de l'Education continue d'opposer les qualifications « soit en médecine générale, soit en spécialité ».

Notons également que l'article L713-4 du même Code qui traite du rôle des unités de formation et de recherche de médecine, distingue également des « *troisièmes cycles de médecine générale, de médecine spécialisée et de santé publique* ».

Le Code de la Sécurité sociale

Le Code de la Sécurité sociale continue de distinguer, dans un certain nombre d'articles, les médecins généralistes et les médecins spécialistes. C'est le cas en particulier de l'article L162-5 modifié par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie qui définit les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins « *par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes,*

²⁷ Souligné par nous.

*par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de **médecins généralistes** et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de **médecins spécialistes**. »²⁸*

Si le législateur avait voulu supprimer la distinction entre médecins *généralistes* et médecins *spécialistes* en votant la loi de modernisation sociale, il aurait dû en prévoir les conséquences sur les relations entre les praticiens et l'assurance maladie et aménager un régime transitoire *ad-hoc*. Cela n'a pas été fait à ce jour et pour la convention médicale, il existe encore deux catégories de praticiens : les généralistes et les spécialistes.

Le Code de la Santé publique

L'article L4134-2 consacré aux élections aux URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux) dispose que « *deux collèges d'électeurs sont constitués, **un collège de médecins généralistes et un collège de médecins spécialistes**. Tous les électeurs sont éligibles. Ils ne peuvent être élus qu'au titre du collège dans lequel ils sont électeurs. Les candidats sont présentés :*

- *1° Soit par une organisation syndicale représentative de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, mentionnée par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;*
- *2° Soit par une organisation syndicale nationale de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, présente dans la moitié au moins des départements de la région. »*

Enfin, signalons que la nouvelle directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (annexe 9), même si elle reconnaît la spécificité de la formation en médecine générale, distingue trois formations :

- médicale de base,
- médicale spécialisée
- spécifique en médecine générale²⁹.

²⁸ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 8 I, art. 55 II

²⁹ La directive 2005-36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, dont la transposition dans le droit français devrait avoir lieu d'ici octobre 2007, ne dénomme pas la médecine générale sous le terme "spécialité" mais elle décrit avec précision une formation de base puis une formation spécifique de durée équivalente de médecine générale et de spécialité. Cette rédaction impose aux pays membres la reconnaissance de "spécialiste en médecine générale" lors d'un transfert de pays. Ainsi, tout médecin généraliste provenant d'un pays tiers et fournissant un diplôme de médecin généraliste avec un certificat de conformité à la directive 2005-36 est inscrit par les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins en tant que "spécialiste en médecine générale".

Voici la liste des pays d'Europe qui ont accordé à la médecine générale le statut de spécialité: Allemagne, Croatie, Danemark, Espagne (depuis 1978), Finlande, France, Hongrie, Irlande, Islande (depuis 1970), Italie (à venir), Malte, Norvège, Pays Bas, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse (données 2007, UEMO).

En conclusion de cette partie,

1) Du point de vue académique, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière. Les médecins qui sortiront de l'université à partir de novembre 2007 avec un Diplôme d'Etudes Spécialisées en médecine générale seront *spécialistes en médecine générale* et qualifiés comme tels par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. En termes de statut et de titre, tous les médecins ainsi formés seront des *spécialistes*.

2) Il subsiste toutefois une distinction en termes de *qualification* qui prête à confusion puisque, d'après le Code de l'Education, il y a d'un côté une *qualification en médecine générale* et de l'autre une *qualification en spécialité*. Le Code de l'Education ne mentionne pas de qualification de *spécialiste en médecine générale*.

3) Le législateur, alors même qu'il réformait en profondeur le troisième cycle des études médicales, n'a pas souhaité supprimer la distinction entre la médecine générale et les autres spécialités. A cet égard des différences sont maintenues entre médecins généralistes et médecins spécialistes tant dans le Code de l'Education que dans le Code de la Sécurité sociale ou le Code de la Santé publique.

3. FLUX ET STOCKS, QUI EST SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE ?

Les médecins qui ont passé les épreuves classantes nationales en 2004 et qui sortiront en novembre 2007 avec un Diplôme d'Etudes Spécialisées en médecine générale seront tous spécialistes en médecine générale et qualifiés formellement par l'Ordre des médecins comme tels³⁰. Il en sera de même pour les promotions suivantes.

Mais que se passe-t-il pour le stock des médecins en exercice qui sont qualifiés en médecine générale « ancienne formule » ?

Pour être reconnu comme *spécialistes en médecine générale*, ils doivent obtenir la qualification de *spécialiste en médecine générale* délivrée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

3.1 LES TEXTES REGLEMENTAIRES EN VIGUEUR

Deux textes réglementaires [le décret du 19 mars 2004 (annexe 10) et l'arrêté du 30 juin 2004 (annexe 11)] définissent les conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste.

Le décret du 19 mars 2004 est pris pour l'application de l'article **L.632-12 4°** du Code de l'Education (annexe 12) qui renvoie à des décrets en Conseil d'Etat le soin de déterminer les conditions dans lesquelles « *les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de spécialiste* ».

La formulation « *personnes autorisées à exercer* » est sans doute inadéquate car elle se rapporte habituellement aux médecins à diplômes étrangers (annexe 13) qui peuvent être autorisés à exercer en vertu de l'article L.4111-2 du Code de la Santé Publique, et non pas aux praticiens qui exercent en France et sont régis par l'article L.4111-1 du même code.

³⁰ La situation pour les étudiants « entre deux systèmes » est également prévue dans les textes. Il existe dans le décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales des procédures dérogatoires (articles 55 et 56) en particulier pour les étudiants ayant accédé en deuxième année du deuxième cycle antérieurement à l'année universitaire 2001-2002, qui ont passé les ECN et ont fait valoir leur maquette antérieure. Pour ces rares cas (quelques centaines), les commissions interrégionales de coordination et de validation du DES prévues par l'arrêté du 22 septembre 2004 ont validé leur DES. L'article 57 précise également qu'à compter de l'année universitaire 2005-2006, aucune première inscription en résidanat n'est autorisée. Et à compter de cette même année universitaire, les étudiants engagés en résidanat ont jusqu'au terme de l'année universitaire 2011-2012 pour valider l'intégralité de la formation théorique et pratique et soutenir leur thèse. Signalons toutefois que rien n'est prévu pour les étudiants en formation des promotions 2001-2006 (résidanat porté à 3 ans) qui ont pourtant bénéficié de la même maquette de formation que les DES actuels de médecine générale.

D'autre part, le médecin spécialiste en médecine générale, titulaire d'un DES peut compléter sa formation universitaire par l'obtention d'un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires, voir annexe 8) en Addictologie, Allergologie et immunologie clinique, Andrologie, Cancérologie, Dermatopathologie, Foetopathologie, Hémodiologie-transfusion, Médecine de la reproduction, Médecine légale et expertises médicales, Médecine du sport, Médecine d'urgence, Médecine vasculaire, Néonatalogie, Neuropathologie, Nutrition, Orthopédie dento-maxillo-faciale, Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique, Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il conviendra de définir comment doit être mentionnée cette double formation DES et DESC pour l'information des patients.

Quoi qu'il en soit, l'accès à la qualification de spécialiste en médecine générale peut s'opérer selon des modalités présentées dans le tableau suivant :

Tableau n°4 : Qualification des médecins depuis l'entrée en vigueur de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002

	Procédures antérieures à la loi de modernisation sociale de 2002	Nouvelles procédures depuis la loi de 2002
Médecins nouveau régime (diplômés après 1984) (DES)	Qualification automatique	Qualification automatique
Médecins ancien régime (diplômés avant 1984) (en extinction)	Commissions de qualifications ordinales	Nouvelle procédure de qualification (L632-12 4°)
- Médecins à diplôme étranger avec autorisations individuelles d'exercice (art L. 4111-2 du code de la santé publique) - Praticiens adjoints contractuels (PAC)	Commissions de qualification ordinales (par assimilation aux diplômés ancien régime)	Nouvelle procédure de qualification (L632-12 4°)
Certificat universitaire de chirurgie (1963-1986)	Commissions de qualification ordinales	Nouvelle procédure (L632-12 4°)
Médecins titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialité (DIS) et d'un doctorat français obtenu après 1984 « nouveau régime »	Aucune possibilité de qualification de spécialiste	Qualification possible par la nouvelle procédure (L632-12 4°)
Médecins ayant un doctorat de médecine français (ou UE) et une spécialisation <u>hors</u> UE	Aucune possibilité de reconnaissance de qualification de spécialiste	Qualification possible par la nouvelle procédure (L632-12 4°)
Médecins souhaitant faire reconnaître une évolution de qualification en cours de carrière	Aucune possibilité (sauf à refaire un cursus complet)	Qualification possible par la nouvelle procédure (L632-12 4°)

3.2 COMMENT ORGANISER LA QUALIFICATION DES MEDECINS EN EXERCICE ?

Les syndicats médicaux ne souhaitent pas que coexistent deux « classes » différentes de praticiens. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ne dit pas autre chose quand il évoque l'homogénéité des statuts. Il a même écrit le 19 octobre 2006 à M. le ministre Xavier Bertrand la lettre suivante :

« La médecine générale ayant été reconnue comme spécialité et les titulaires du Diplôme d'Etudes Spéciales étant qualifiés spécialistes en médecine générale, le Conseil national, réuni en séance plénière le 19 octobre 2006 affirme que tous les médecins régulièrement inscrits au Tableau de l'Ordre en tant que médecins généralistes, sont qualifiés spécialistes en médecine générale. Il demande aux Pouvoirs Publics de prendre à cet égard les dispositions législatives et réglementaires nécessaires.

Le Conseil national se permet d'insister sur l'urgence qui s'attache à mettre en œuvre le plus rapidement possible ce dispositif pour ne pas se laisser s'instaurer deux catégories de médecins généralistes ».

Rappelons que la qualification est aujourd'hui une démarche individuelle. La demande doit être adressée par l'intéressé au conseil départemental de l'ordre dont il relève lorsqu'il est inscrit au tableau de l'ordre. **Si** comme le suggère l'Ordre des médecins, **la qualification devait s'appliquer automatiquement à tous les médecins, il faudrait effectivement de nouvelles dispositions.**

Quels sont les arguments avancés en faveur d'un seul statut ?

Certains ont trait à la validation des acquis de l'expérience. La pratique de la médecine générale et l'expérience acquise par le praticien tout au long de sa carrière doivent être reconnues et prises en compte. En particulier, comment refuser à un maître de stage, même s'il n'a jamais été ni résident ni interne, ou à un enseignant de médecine générale, formateur des futurs spécialistes en médecine générale, le statut de spécialiste ? C'est le même argument qui vaut à la création de chaque nouvelle spécialité.

D'autres relèvent d'une toute autre logique. Ainsi, la loi n°91-73 du 18 janvier 1991 article 9³¹ dispose que « *par dérogation aux dispositions de l'article 50 de la loi d'orientation de l'enseignement supérieur n° 68-978 du 12 novembre 1968, obtiennent, sur leur demande adressée à l'ordre des médecins avant le 1^{er} janvier 1995, la qualification en médecine générale les médecins ayant obtenu leur diplôme d'Etat de docteur en médecine antérieurement à la mise en œuvre des modalités d'octroi du diplôme définies par la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques.* ».

De ce fait, de très nombreux médecins spécialistes n'ayant jamais exercé de médecine générale et qui ne l'exerceront jamais, se sont retrouvés qualifiés en médecine générale par application de cette disposition. Un parallélisme des formes serait alors réclamé pour que tous les médecins puissent bénéficier de la qualification de *spécialiste en médecine générale*.

Une remarque doit être formulée à ce stade.

Le débat sur la qualification est pollué par la question de la tarification des spécialistes en médecine générale.

La crainte est que seule la qualification de spécialiste en médecine générale garantisse des contreparties en termes d'avantages conventionnels.

Si cette situation est assurément celle qui doit prévaloir à terme, il est évident que des mesures transitoires s'imposent (voir à ce sujet le paragraphe 5.4 du rapport).

Il convient alors de bien séparer les deux sujets qualification et tarification des spécialistes en médecine générale.

³¹ Loi n°91-73 du 18 janvier 1991, Article 9, modifiée par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 article n°134 I

3.3 L'ATTRIBUTION « AUTOMATIQUE » DU STATUT DE SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE A TOUS LES MEDECINS QUALIFIES EN MEDECINE GENERALE N'EST NI SOUHAITABLE NI POSSIBLE

Le législateur et le gouvernement ont, par la loi de janvier 2002 et les décrets pris en application de cette loi, revalorisé la médecine générale et en ont fait une spécialité à part entière. Reconnaître à la médecine générale un statut de spécialité, c'est valoriser l'approche spécifique de la médecine générale³². C'est donc la **pratique de la médecine générale** qui doit être le critère déterminant de la procédure de qualification.

Il n'y a pas lieu en effet de chercher d'autres critères fondés sur une équivalence des maquettes de formation puisque l'examen à l'entrée du troisième cycle des études médicales est un examen classant pour **tous** et n'est plus un concours sélectif comme l'ancien internat. Tout étudiant qui poursuit normalement son cycle d'études obtiendra un DES qui lui assure le titre de spécialiste. De même, un médecin étranger ou à diplôme étranger qui veut exercer en France, dès lors que, en application de la directive européenne 2005/36 ou de la réglementation en vigueur pour les diplômes non communautaires, l'Ordre des médecins lui reconnaît sa qualification en médecine générale, sera bel et bien *spécialiste en médecine générale*. Il ne peut ni ne doit être en meilleure situation qu'un médecin français pratiquant la médecine générale.

Mais si l'on veut que la reconnaissance de la médecine générale ait un sens clair, il convient de s'assurer que **le médecin à qui sera attribuée la nouvelle qualification de spécialiste en médecine générale est bien un médecin qui exerce la médecine générale** et non un médecin qualifié en médecine générale qui ne pratique pas la médecine générale, soit qu'il ait obtenu sa qualification dans le cadre de l'application de la loi de 1991, soit qu'il pratique un *mode d'exercice particulier*³³.

Une procédure « en bloc » n'est ni souhaitable ni possible.

La reconnaissance même de la spécificité de la médecine générale impose qu'on soit attentif à la pratique effective de la médecine générale afin de ne pas renouveler l'erreur de 1991 quand des médecins qui n'avaient jamais exercé la médecine générale avaient pu obtenir leur qualification en médecine générale. Une méthode « automatique » ou « systématique » serait non rigoureuse et conduirait inmanquablement à déprécier la médecine générale alors que l'objet même de la réforme entreprise ces dernières années a été de la revaloriser.

En outre, une telle démarche serait illégale puisque le décret du 19 mars 2004 organise la procédure de manière **individuelle** et l'arrêté du 30 juin précise les règles de la qualification. Si on pose comme principe que tout médecin est réputé qualifié, on viole les dispositions en vigueur.

Seule une procédure individuelle menée sereinement à partir de critères précis peut garantir qu'on attribuera la qualification à un médecin qui pratique effectivement la médecine générale.

³² Le chapitre 4 développe la spécificité de la médecine générale.

³³ L'assurance maladie recensait en 2006 environ 7400 praticiens MEP, c'est-à-dire à mode d'exercice particulier, sur 63300 omnipraticiens libéraux installés (omnipraticiens = généralistes + MEP)

3.4 LES MODALITES DE LA QUALIFICATION INDIVIDUELLE POURRAIENT RELEVER D'UNE DES DEUX PROCEDURES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES SUIVANTES :

1) la validation universitaire

La qualification proposée par le Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche est une procédure de validation universitaire des acquis de l'expérience à partir d'un dossier établi par le médecin.

Un projet de décret relatif aux conditions pour obtenir un diplôme conférant la qualification de spécialiste est en préparation (annexe 14). Il a obtenu l'avis favorable du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Les conditions à remplir sont les suivantes :

Les personnes déposent un dossier de demande de qualification auprès d'une université, comportant une unité de formation et de recherche médicale. Ces demandes sont examinées par un jury qui s'entretient avec le candidat sur la base du dossier présenté et apprécie son expérience professionnelle.

Le dossier présenté fait apparaître, par référence à la qualification postulée, les compétences, les connaissances et les aptitudes qu'il a acquises. Il comprend les documents rendant compte de son expérience, du domaine et de la durée de son activité professionnelle et des attestations correspondant aux formations suivies et aux diplômes obtenus antérieurement.

Le jury peut retenir la demande du candidat et proposer la délivrance du **diplôme de spécialiste** correspondant. L'Ordre des médecins est alors tenu de l'inscrire sur la liste des médecins qualifiés dans la spécialité. Lorsque le jury ne retient pas la demande du candidat il indique alors les connaissances, les compétences ou les aptitudes restant à acquérir. Le candidat dont le dossier a été refusé a la possibilité de présenter une nouvelle demande de qualification à condition d'avoir acquis une expérience et une formation complémentaires ; son dossier fait apparaître les expériences, les connaissances et les aptitudes acquises depuis la décision de rejet.

2) la qualification ordinale

L'Ordre des médecins a mis en place une procédure de **qualification** en application du décret du 19 mars 2004 et de l'arrêté du 30 juin 2004.

Les critères proposés par la *Commission de première instance de qualification en médecine générale* du Conseil national de l'ordre des médecins (annexe 15) se rapportent à quatre domaines :

- la formation médicale (initiale et continue³⁴) ;
- l'activité professionnelle (validation des acquis de l'expérience, un an minimum en soins primaires ambulatoires dans les trois dernières années) ;
- les travaux personnels en rapport avec les soins primaires (publications et travaux de recherche, expertise en formation médicale) ;

³⁴ Puisque la formation médicale continue des médecins est obligatoire, le critère de participation à la FMC pourrait être un critère important de qualification.

- les services rendus à la discipline (réseaux de santé, permanence des soins, activité de santé publique, activité de formateur, etc.).

Dans cette dernière rubrique, il est mentionné **l'activité de formateur**. Il conviendrait toutefois d'être plus précis et de **reconnaître explicitement l'importance des maîtres de stage³⁵, des enseignants de médecine générale (attachés et chargés d'enseignement, maître de conférences et professeurs associés) qui ont permis de développer un haut niveau de formation en médecine générale.**

3) Calendrier de la procédure de qualification

Si l'on veut qualifier individuellement le stock de médecins généralistes en activité il convient de définir un calendrier. En effet on voit mal comment les conseils départementaux de l'Ordre des médecins pourront traiter dans de bonnes conditions un afflux massif de milliers, voire de dizaines de milliers, de dossiers.

L'Ordre des médecins recense en effet sept « filières » de médecins généralistes avec un total d'environ 107 000 médecins concernés (chiffre auquel on doit ajouter les quelque 7000 généralistes remplaçants non recensés dans ce décompte), dont

18 000 praticiens dans les trois catégories suivantes :

- médecins ancien régime (avant le résidanat) sans qualification particulière
- médecins autorisés à exercer la médecine en France
- médecins diplômés européens non qualifiés en médecine générale

et 89 000 médecins dans les quatre autres catégories :

- médecins ancien régime qualifiés en médecine générale
- médecins nouveau régime (résidents) qualifiés en médecine générale
- médecins diplômés européens qualifiés en médecine générale
- médecins qualifiés spécialistes en médecine générale (nouveau statut depuis 2004)

Comment traiter un tel nombre ? L'Education nationale a eu à gérer un problème similaire au moment de la création des IUFM (Instituts Universitaires de Formation des Maîtres) par la loi d'orientation sur l'éducation 89-486 du 10 juillet 89. A été créé alors le corps des *professeurs des écoles* qui s'est substitué progressivement à celui des *instituteurs*. L'opération s'est déroulée sur près de 18 ans !

En combien de temps veut-on traiter la qualification des médecins généralistes ?

La réponse à cette question permettra de définir les moyens à mettre en œuvre et préciser un calendrier compatible avec une gestion correcte des demandes. Il faudra adopter une attitude pragmatique et réaliste dans la gestion de ce dossier. Les textes actuels (décrets du 19 mars 2004, arrêté du 30 juin 2004) précisent que l'obtention de la qualification de spécialiste relève de la compétence de l'ordre national des médecins et que les décisions sont prises par les conseils départementaux de l'ordre après avis d'une commission de qualification.

³⁵ Quelque quatre mille maîtres de stage de médecine générale devraient accueillir les étudiants de deuxième cycle pour trois mois dans leur cabinet médical. Le système n'est pas encore opérationnel partout en 2007.

Il conviendra de trouver les procédures adaptées pour que la qualification puisse être de qualité et être menée à bien dans un délai raisonnable.

On pourrait s'orienter, entre autres, vers la définition de critères de choix afin de prioriser les dossiers à traiter. Aucun critère n'est parfait et cela dépend avant tout des priorités qu'on souhaite retenir.

Par exemple on pourrait décider que le fait d'être maître de stage ou enseignant de médecine générale est une priorité pour le bon développement de la médecine générale et commencer par qualifier les formateurs en médecine générale.

De même on pourrait se fonder sur les maquettes de formation des étudiants en médecine générale. L'enseignement de la médecine générale a été effectif dans les facultés à partir de 1987 (création du résidanat), première étape concrète avant l'aboutissement du DES. Ces promotions d'étudiants, encadrées par les enseignants de médecine générale, ont reçu une formation spécifique en médecine générale que leurs aînés n'ont pas eue. Ce critère de priorité de qualification pourrait être alors utilisé pour ces promotions de médecins ayant bénéficié de cette formation. Si l'on se réfère toujours au critère de formation, les promotions de 2001 à 2006 ont bénéficié d'un résidanat de trois ans, avec la même maquette de stage et les mêmes enseignements que l'actuel DES de médecine générale. La logique voudrait que la reconnaissance de cette formation leur assure la qualification de spécialiste en médecine générale.

On pourrait également, puisque aussi bien l'approche du ministère chargé de l'éducation et celle de l'Ordre des médecins cherchent à valoriser les acquis de l'expérience, retenir l'ancienneté dans le métier comme critère de priorité.

Mais bien d'autres critères pourraient être pris en compte.

Si l'on retenait l'ancienneté, voici à partir des données de l'assurance maladie sur les dates d'installation en exercice libéral, la répartition des omnipraticiens (c'est-à-dire les généralistes et les praticiens à mode d'exercice particulier).

Tableau n°5 : Répartition des omnipraticiens selon l'année d'installation en exercice libéral

Année d'instal.	Effectif						
avant 1950	83	1981	2256	1990	2174	1999	1376
1951 à 1960	68	1982	2248	1991	1925	2000	1473
1961 à 1970	824	1983	2292	1992	1862	2001	1367
1971 à 1975	4144	1984	2273	1993	1815	2002	1203
1976	2108	1985	2474	1994	1499	2003	1207
1977	2562	1986	2307	1995	1393	2004	1065
1978	2554	1987	2139	1996	1512	2005	1048
1979	2491	1988	2354	1997	1591	2006	1036
1980	2393	1989	2616	1998	1512	Total	63244

Source : CNAMTS, 2007

En résumé,

1) Il est impératif de traiter séparément les questions de la qualification du stock des médecins généralistes en exercice et de la tarification applicable aux nouveaux médecins spécialistes en médecine générale

2) La qualification « automatique » ou « en bloc » des médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins comme généralistes est un dispositif qui permet certes de qualifier très rapidement le stock des médecins en exercice mais cette procédure conduirait à retenir des médecins sans s'assurer qu'ils exercent effectivement la médecine générale. La démarche serait contre-productive, instillerait les plus grands doutes sur l'idée même de « qualification » et aboutirait *in fine* à dévaloriser la médecine générale.

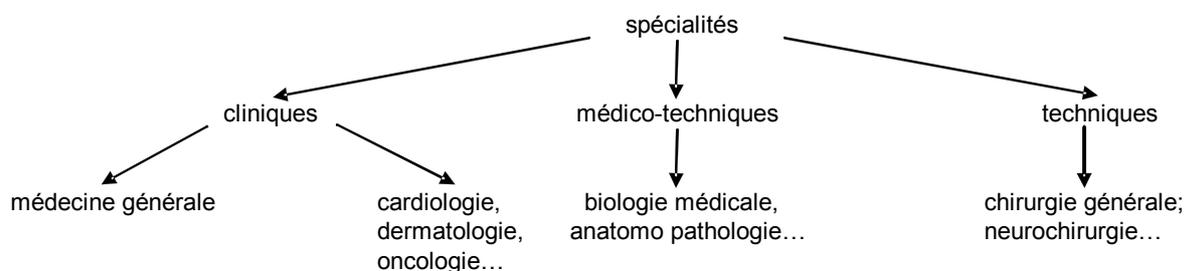
3) La procédure d'examen individuel de la situation de chaque médecin est seule à même de pouvoir garantir une approche sereine de la qualification. Elle devrait s'appuyer sur des critères liés à la pratique effective de la médecine générale et pourrait suivre les modalités envisagées par le Ministère de l'Education, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche [validation universitaire (projet de décret en préparation)] ou existant aujourd'hui au Conseil National de l'Ordre des Médecins [qualification ordinale, Commission de Première Instance de Qualification en Médecine Générale], toutes deux fondées sur une valorisation des acquis de l'expérience.

Pour être menée à bien de manière réaliste, la qualification individuelle nécessite la mise en place d'un calendrier. Il conviendra de trouver les procédures adaptées pour que la procédure puisse être de qualité et conduite dans un délai raisonnable. On pourrait envisager, entre autres, de définir des critères de priorité. Différents critères de choix pourraient déterminer les premières tranches à étudier : le fait d'être formateur en médecine générale (maître de stage ou enseignant), les maquettes de formation, l'ancienneté dans l'exercice, etc.

4. LES SPECIFICITES DE LA MEDECINE GENERALE,

La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité ne doit pas pour autant gommer les spécificités de cette discipline en termes de pratique. Il ne faudrait surtout pas que la réforme de 2004 conduise à noyer la médecine générale au sein des autres spécialités. Au contraire, il s'agit de bien mettre en évidence la particularité de cette spécialité médicale. Il ne viendrait à l'idée de personne de considérer que le métier d'un pédiatre est identique à celui d'un chirurgien viscéral. Ces praticiens ont certes en commun d'être des médecins spécialistes, mais ils ont des pratiques radicalement différentes, la pédiatrie étant une discipline clinique et la chirurgie vasculaire une discipline de plateau technique.

Arrêtons-nous quelques instants sur la pratique professionnelle de la médecine générale. Au sein de l'ensemble des disciplines médicales (au sens large), on peut séparer les spécialités entre spécialités cliniques, techniques, d'organes, etc.



Pour quelle raison la médecine générale est-elle différente des autres disciplines cliniques et qu'est-ce qui fait sa spécificité au sein de notre système de santé ?

De nombreux travaux internationaux (annexe 16), depuis ceux du groupe européen d'enseignants de médecine générale réuni en 1974 à Leeuwenhorst (Hollande) jusqu'à la définition actuelle de la WONCA³⁶, permettent de préciser le champ de la médecine générale.

Nous retiendrons la formulation actuelle de la WONCA³⁷. Il s'agit de la définition la plus élaborée à ce jour. Onze critères caractérisent la médecine générale / médecine de famille :

1. Premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
2. Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.

³⁶ WONCA: *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* est l'organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille qui regroupe plus de 200 000 médecins dans 80 pays.

³⁷ Références du texte princeps : Allen J, Gay B, Crebolder H, Heymann J, Svab I, Ram P. The European Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: the role of the GP and core competencies. *British Journal of General Practice*, 2002; 52(479):526-7.

3. Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.
4. Mode de consultation personnalisée à travers une relation médecin-patient privilégiée.
5. Responsabilité de la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient.
6. Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
7. Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
8. Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.
9. Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.
10. Responsabilité spécifique en termes de santé publique.
11. Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Voilà les caractéristiques de la médecine générale et celles de ceux qui l'exercent.

Le professionnel qui pratique la médecine générale est un spécialiste de premier recours qui coordonne les soins nécessaires au patient, assure la synthèse, permet la continuité des soins par un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique.

C'est cette approche que la collectivité a voulu valoriser en reconnaissant la médecine générale comme spécialité médicale. Il s'agit là d'une démarche rationnelle et la littérature internationale démontre que les systèmes de santé reposant sur des soins de santé primaires bien organisés, avec des médecins généralistes - médecins de famille qui ont un niveau de formation élevé, fournissent des soins plus efficaces du point de vue clinique et plus efficaces que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires³⁸.

³⁸ Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford University Press, 1998

5. LA REVALORISATION PROFESSIONNELLE DE LA MEDECINE GENERALE

Quelles conséquences doit-on tirer du nouveau statut de *spécialiste en médecine générale* en termes de revalorisation professionnelle des praticiens ?

Les propos du premier ministre lors de la clôture des Etats généraux de la santé le 30 juin 1999 :

« La médecine générale sera reconnue comme une spécialité au même titre que les autres (...). C'est ainsi que la médecine générale sera reconnue à sa juste valeur et qu'elle pourra tenir toute sa place dans le monde médical. »

constituent la première étape d'une revalorisation professionnelle de la médecine générale. La traduction formelle de cette reconnaissance est l'attribution du statut universitaire à la médecine générale. Cette reconnaissance universitaire doit être clairement actée par le développement d'une filière universitaire de médecine générale (titularisation de généralistes enseignants, revalorisation des maîtres de stage, etc.)³⁹

De même la convention médicale de janvier 2005⁴⁰ reconnaît le rôle particulier que joue la médecine générale dans le système de santé français qui résulte de la réforme d'août 2004.

En effet, dans le préambule de cette convention, les signataires précisent :

*« La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie confie aux partenaires conventionnels l'organisation du suivi médical du patient, sur la base de son dossier médical personnel, tenu et géré par le médecin traitant qu'il a choisi. Elle les charge également de définir les modalités de l'accompagnement du patient, tout au long de son parcours dans le système de soins, à partir du médecin traitant qui l'oriente vers d'autres soignants lorsque son état de santé le requiert. Dès lors, les parties signataires du présent texte s'entendent pour considérer que **le médecin traitant a vocation à être le plus souvent un médecin généraliste**⁴¹. L'objectif de ces deux dispositifs est de garantir la qualité des soins, par une organisation et une utilisation plus cohérentes du système de santé, résultant d'une structuration plus explicite des soins de première et de seconde intentions.*

Le médecin traitant devient le spécialiste du premier recours, s'appuyant sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, qu'il sait pouvoir consulter sur les différents aspects de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de son patient. Ses interventions, en particulier celles de première intention, contribuent de façon déterminante à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population. La prévention et l'éducation thérapeutique trouvent naturellement place dans le colloque singulier. La répétition d'actes redondants devient l'exception. »

Dans le bilan sur le parcours de soins effectué par la CNAMTS en janvier 2007⁴², les résultats statistiques sont tout à fait éloquentes : 80% des assurés (40 millions de personnes) ont déclaré

³⁹ Cf. le rapport que l'IGAS et l'IGAENR viennent de consacrer à ces questions.

⁴⁰ Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 12 janvier 2005 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, le Syndicat des médecins libéraux, la Confédération des syndicats médicaux français et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

⁴¹ La loi du 13 août 2004 dispose, dans son article 7, que le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste.

⁴² CNAMTS, Point mensuel de presse du 23 janvier 2007 « En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les mœurs ».

leur médecin traitant et ils ont choisi à 99,5% un médecin généraliste. Le médecin généraliste est bien reconnu comme le médecin de famille, médecin de premier recours.

La question qui se pose est celle de la revalorisation financière de la médecine générale. On pourrait même avancer qu'une grande partie du débat autour de la reconnaissance universitaire de la médecine générale et de la qualification des médecins en tant que spécialistes en médecine générale, a en arrière fond cette question qu'on peut formuler de manière lapidaire : « puisque la médecine générale est devenue une spécialité, à quand C = Cs ? ».

Intéressons-nous tout d'abord à cet aspect formel important lié à l'utilisation des lettres-clés spécifiques.

5.1 LES MEDECINS SPECIALISTES EN MEDECINE GENERALE PEUVENT-ILS COTER EN CS ?

Peut-on assimiler purement et simplement, en termes de nomenclature tarifaire, médecins spécialistes en médecine générale et autres médecins spécialistes ?

Les dispositions générales de la nomenclature relatives aux lettres clés précisent :

C – consultation au cabinet par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage femme

Cs – consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

Dans cette nomenclature l'opposition entre *omnipraticien* (généraliste ou médecin à mode d'exercice particulier) et *spécialiste*, sert à séparer les praticiens en deux catégories, ceux qui doivent utiliser le C et ceux qui doivent utiliser le Cs.

Comme on l'a vu au chapitre 2, la réforme des études médicales conduit à reconnaître la médecine générale comme une spécialité. Mais le Code de l'Education (partie législative, article L.632-4) n'a pas introduit la qualification « spécialiste en médecine générale » et mentionne toujours « qualification en médecine générale » et « qualification en spécialité ». En effet, le législateur n'a pas voulu, en votant la loi de modernisation sociale de 2002, supprimer la distinction entre médecins *généralistes* et médecins *spécialistes*.

Quelles conséquences peut-on tirer de ces constatations en termes de tarification ?

1) Si l'on considère que c'est le titre de spécialiste qui détermine les modalités de tarification et d'utilisation de la nomenclature, lorsque le médecin *généraliste* devient *spécialiste en médecine générale* (délivrance de la qualification ordinale), il est *médecin spécialiste qualifié* et pourrait prétendre à la cotation en Cs.

2) Mais on peut par ailleurs considérer que c'est l'activité et la pratique qui priment. A cet égard la nomenclature est une nomenclature d'actes professionnels. Le médecin devenu *spécialiste en médecine générale* continue d'appartenir, par sa pratique même, à la catégorie des *omnipraticiens*. Les autres spécialistes (d'organes ou de plateau technique) appartiennent quant à eux à la catégorie *spécialistes*. La loi n'a pas supprimé la distinction entre la médecine générale et les autres spécialités et des différences sont maintenues entre médecins généralistes et médecins spécialistes tant dans le Code de l'Education que dans le Code de la

Sécurité sociale ou le Code de la Santé publique. Dans ce cas, le médecin spécialiste en médecine générale ne peut utiliser que le C.

3) On pourrait même avoir une troisième lecture de la nomenclature telle qu'elle est rédigée actuellement. Le *spécialiste en médecine générale* est un *spécialiste* par son titre et un *omnipraticien* par sa pratique. Il pourrait alors utiliser les deux cotations, en C et en Cs.

Il apparaît des points précédents que les modalités de tarification à mettre en œuvre sont ambiguës. Toutefois les médecins prendraient des risques s'ils tiraient de cette ambiguïté qu'un médecin *spécialiste en médecine générale* peut utiliser la cotation Cs. Au regard des textes législatifs en vigueur et de la hiérarchie des normes, l'impossibilité de cotation en Cs l'emporte.

5.2 LA SPECIFICITE DE LA SPECIALITE « MEDECINE GENERALE » DOIT ETRE RECONNUE

Mais pourquoi vouloir que les spécialistes en médecine générale appliquent la lettre Cs pour la cotation de leurs consultations ?

Les autres spécialistes ne tarifient pas tous en utilisant les mêmes lettres-clés. Les diverses lettres tiennent compte des différences de modalités d'exercice. Ainsi le psychiatre, le neuropsychiatre ou le neurologue appliquent la CNPSY (34,30€ depuis juillet 2005), le spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie cote une consultation spécifique de cardiologie en CsC (45,73€), le stomatologue appliquera la lettre SCM aux soins conservateurs et enfin d'autres spécialistes utiliseront la Cs (23€) pour leurs consultations cliniques. Quant aux actes techniques, il n'y a pas si longtemps ils étaient cotés en K, KC, KCC, KE, Z1, Z2 ou Z3.

En cotant Cs pour sa consultation, le spécialiste en médecine générale ne se différencierait pas du dermatologue, du gynécologue ou de tout autre spécialiste qui utilise cette cotation. Or, la médecine générale implique, comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, une pratique spécifique de la médecine clinique (premier recours, coordination, synthèse, suivi et approche de santé publique) qu'on ne trouve pas dans les autres spécialités.

La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité doit permettre d'aborder sans détour le débat médecine de premier recours – médecine de second recours et en particulier les rôles respectifs qu'on souhaite confier à la médecine générale et à la médecine de spécialité dans notre système de santé.

Dans cette perspective, il convient de mettre en place les conditions d'une véritable approche d'ensemble de la spécialité en médecine générale :

- **créer une nouvelle lettre-clé, CG, pour les spécialistes en médecine générale** qui servirait dans la CCAM clinique de médecine générale
- **mener à bien dans les meilleurs délais la CCAM clinique** (classification commune des actes médicaux cliniques applicable à la médecine générale et aux autres spécialités cliniques),
- **réfléchir, dans ce nouveau cadre, à ce qui devrait relever du paiement à l'acte du spécialiste en médecine générale** (pour le soin) **ou d'autres modes alternatifs**

comme la rémunération forfaitaire (pour la coordination, la synthèse, le travail en réseau, la prévention, l'éducation thérapeutique, les actions de santé publique, etc).

En ce qui concerne la CCAM clinique dont les travaux sont en cours, la nouvelle conception de la médecine générale implique que cette nomenclature soit rapprochée de la CCAM technique afin qu'il y ait un traitement cohérent et équitable de la médecine générale par rapport aux autres spécialités cliniques et de l'ensemble des spécialités cliniques par rapport aux spécialités techniques. En particulier les éléments constitutifs du coût du travail médical comme le stress ou le temps passé doivent être valorisés, de manière identique, dans les deux nomenclatures, techniques et cliniques⁴³. Ce travail prendra du temps mais il est indispensable de garder ce cap si l'on veut revaloriser la médecine générale.

A plus court terme, voire à très court terme, il peut être décidé la création de la lettre-clé CG pour les *spécialistes en médecine générale*. Une telle création relève de la nomenclature et c'est donc une compétence réglementaire de l'UNCAM au titre de l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

5.3 LA FIXATION DE LA VALEUR DE LA CG RELEVE DE LA NEGOCIATION CONVENTIONNELLE

La valeur de la lettre-clé CG devrait être logiquement identique à celle de la Cs mais la fixation de la valeur de cette CG relève de la négociation entre partenaires conventionnels, négociation qui prend en compte les grands équilibres financiers du secteur et le cadre d'évolution de l'ONDAM. Dans le cadre de l'actuelle nomenclature des actes (c'est-à-dire en ce qui concerne la lettre clé C), le Conseil de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie vient de définir ses orientations pour l'année 2007 en proposant une première étape de revalorisation de la médecine générale.

Le nombre annuel de consultations de généralistes cotées aujourd'hui en C est d'environ 260 millions. Sous l'hypothèse d'un même nombre annuel de CG, un euro de revalorisation par rapport à la valeur actuelle du C (21€) conduirait à un coût total de la mesure en année pleine d'environ 260 millions d'euros. Compte tenu d'un taux de prise en charge moyen par l'assurance maladie obligatoire de 76%, le coût de cette mesure à la charge des régimes sociaux serait d'environ 200 millions d'euros en année pleine.

Remarque : Le calcul précédent cherche à mesurer le seul impact direct de la mise en place de la CG. Il ne saurait se confondre avec l'incidence financière globale (c'est-à-dire en termes d'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) d'une revalorisation de la lettre clé C. En effet, outre le nombre d'actes de consultations à proprement parler, il y a lieu de prendre en compte la revalorisation des actes indexés sur la C et notamment les consultations pour avis ponctuels en C2 ou C2,5, le forfait ASV⁴⁴, les honoraires de surveillance, la rémunération de la régulation pour la permanence des soins. On peut considérer également que la valeur de la lettre clé V, visite des généralistes (environ 40 millions d'actes par an),

⁴³ Ainsi devrait être remis à plat le système de majorations qui accompagnent les lettres-clés et qui rendent difficilement compréhensible la logique tarifaire. Par exemple, comment justifier une majoration nourrisson pour les enfants de 0 à 2 ans (5€) et une majoration généraliste enfant MGE (3€) pour les enfants de 2 à 6 ans applicable aux seuls généralistes alors que la majoration provisoire MPJ (5€) applicable à la CS des pédiatres concerne les patients jusqu'à 16 ans ?

⁴⁴ les médecins conventionnés secteur 1 appliquent les tarifs de la convention médicale (C=21€, CS=23€, etc.) en contrepartie d'avantages consentis par l'Assurance maladie dont le paiement des 2/3 de leur cotisation au régime Avantage Social Vieillesse (ASV).

sera également accrue à la suite d'une revalorisation de la C. A cet impact sur l'ONDAM soins de ville, s'ajoute un léger impact sur l'ONDAM hospitalier puisque les consultations externes et les consultations lors du passage aux urgences seront revalorisées. Enfin, on intègre dans le calcul le supplément de prise en charge par l'Assurance maladie des cotisations sociales des médecins⁴⁵ résultant de la revalorisation du C, impact qui aura lieu les deux années succédant la hausse de la C.

Globalement, on peut estimer l'effet d'une revalorisation de 1€ sur la C à environ 250 millions d'euros sur l'ONDAM soins de ville auxquels s'ajoutent environ 20 millions sur l'ONDAM hospitalier plus environ 30 millions d'euros au titre du supplément de cotisations.

5.4 QUI PEUT COTER EN CG ?

Le CG a vocation à être la lettre-clé du *spécialiste en médecine générale*.

On a vu au chapitre 3 que la qualification de l'ensemble des médecins en exercice prendrait du temps.

Si, à terme, la CG doit être réservée aux seuls spécialistes en médecine générale, la situation actuelle nécessite des mesures transitoires. Les deux points, qualification comme spécialiste en médecine générale et utilisation de la lettre-clé spécifique CG, doivent être considérés pour l'heure comme indépendants. C'est la seule manière de garantir une procédure raisonnable et équitable pour la qualification.

Afin de déterminer qui pendant la période transitoire (période qui dépendra du calendrier de la qualification) peut utiliser le CG et qui ne peut pas, je propose un critère simple qui atteste de l'intimité de la pratique en médecine générale.

La médecine générale est une discipline clinique spécifique caractérisée, à la suite des travaux de la WONCA, par le premier recours – la coordination – la synthèse – le suivi.

Si on se reporte aux missions du **médecin traitant** telles que définies dans la convention médicale de janvier 2005, c'est-à-dire :

- « - assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé ;
- contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le Dossier Médical Personnel ;
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet. »⁴⁶,

on retrouve une grande partie des spécificités de la pratique de médecine générale.

⁴⁵ Depuis 2005 les cotisations sociales des professionnels de santé prises en charge par l'assurance maladie sont intégrées à l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

⁴⁶ Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, point 1.1.1

La pratique d'un médecin généraliste pour les patients dont il est le médecin traitant répond bien aux critères de la pratique de la médecine générale, telle qu'on veut la promouvoir.

Aussi je propose que la détermination des médecins pouvant utiliser la lettre CG pour coter leur consultation se fasse sur la base de l'indicateur suivant : part de la clientèle ayant choisi un praticien comme médecin traitant.

Ce critère s'exprime sous la forme du ratio :

$$\frac{\text{Nombre de patients qui ont choisi un médecin comme médecin traitant}}{\text{Nombre total de patients de ce médecin}}$$

Un médecin généraliste qui n'aurait été choisi comme médecin traitant que par 50% de ses patients n'a pas une pratique effective de médecine générale mais sans doute un *mode d'exercice particulier*. Il ne devrait alors pas bénéficier de la cotation en CG mais de la cotation en C.⁴⁷

Bien entendu, il appartiendra aux partenaires conventionnels de définir le seuil de déclenchement de la cotation CG et d'étudier les cas particuliers (médecins investis dans la prise en charge de pathologies rares, médecins ayant une forte clientèle de vacanciers, groupes de médecins associés dans le même cabinet, etc.)

Il s'agit là d'un critère opérationnel crédible dont la mise en place est compatible avec le calendrier retenu par l'UNCAM.

Ce critère est d'application transitoire en attendant que la qualification du stock des médecins en exercice soit arrivée à son terme.

⁴⁷ La mission qui m'a été confiée n'avait pas pour objet d'étudier la tarification des praticiens à *mode d'exercice particulier* dont il conviendra d'approfondir l'analyse par des travaux ultérieurs.

6. CONSEQUENCES DE LA REFORME EN TERMES DE CONVENTIONNEMENT

La réforme des études médicales qui a fait de la médecine générale une spécialité n'a pas conduit à la disparition de la catégorie des généralistes telle qu'elle est identifiée dans le Code de la Santé publique pour le fonctionnement des Unions Régionales des Médecins Libéraux et le Code de la sécurité sociale en ce qui concerne les mécanismes conventionnels (double catégorie de la convention médicale, double collègue des URML, etc.).

En particulier les dispositions de l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale récemment modifiées par la loi du 13 août 2004 reprennent la distinction généraliste - spécialiste en lui faisant produire des effets en matière de négociation conventionnelle : « *par des **conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de **médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de **médecins spécialistes.******* »

Dans ces conditions, il n'y a pas d'obstacle juridique à ce que les médecins spécialistes en médecine générale continuent de relever des dispositions de sécurité sociale applicables actuellement aux médecins qui exercent la médecine générale. Les règles du conventionnement restent sans changement.

Si l'on considère la pratique des *spécialistes en médecine générale*, ceux-ci appartiennent au titre de leur exercice et de leurs relations avec l'assurance maladie à la catégorie des médecins *omnipraticiens*.

L'autre catégorie conventionnelle de *spécialistes* n'est pas une catégorie de médecins à statut différent mais à pratique différente. La catégorie *spécialistes* doit s'entendre alors comme des *spécialistes en spécialité* par opposition aux *spécialistes en médecine générale*. La catégorie omnipraticien regroupe alors les praticiens de la médecine générale (spécialistes en médecine générale ou actuels généralistes) et les praticiens à mode d'exercice particulier.

Si le souhait des médecins était de négocier une convention unique, il faudrait modifier le Code de la sécurité sociale en ce sens et revoir la représentativité des différents syndicats.

7. CONCLUSIONS ET SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

La reconnaissance de la médecine générale

- 1) La médecine générale devient, aux termes de la nouvelle réforme des études médicales, une spécialité à part entière et une discipline universitaire. Cette reconnaissance universitaire doit être clairement actée par le développement d'une filière universitaire de médecine générale (titularisation de généralistes enseignants, revalorisation des maîtres de stage, etc.)
- 2) La dénomination même du diplôme de troisième cycle DES (diplômes d'études spécialisées) de médecine générale fait que le médecin qui sortira en 2007 avec ce diplôme sera un praticien spécialiste en médecine générale.
- 3) Le législateur, alors même qu'il réformait en profondeur le troisième cycle des études médicales, n'a pas souhaité supprimer la distinction entre la médecine générale et les autres spécialités. A cet égard des différences sont maintenues entre médecins généralistes et médecins spécialistes tant dans le Code de la Sécurité sociale ou le Code de la Santé publique que dans le Code de l'Éducation qui ne mentionne pas de qualification de *spécialiste en médecine générale* et maintient une *qualification en médecine générale* et une *qualification en spécialité*.
- 4) La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité ne doit pas pour autant gommer les spécificités de cette discipline en termes de pratique. Il ne faudrait surtout pas que la réforme de 2004 conduise à noyer la médecine générale au sein des autres spécialités. Au contraire, il s'agit de bien mettre en évidence la particularité de cette spécialité médicale. Le professionnel qui pratique la médecine générale est un spécialiste de premier recours qui coordonne les soins nécessaires au patient, assure la synthèse et permet la continuité des soins par un suivi au long cours, et développe une démarche de santé publique.

La qualification de spécialiste en médecine générale

- 5) Il est impératif de traiter séparément les questions de la **qualification** du stock des médecins généralistes en exercice et de la **tarification** applicable aux nouveaux médecins spécialistes en médecine générale.
- 6) Pour être reconnus comme spécialistes en médecine générale, les médecins en exercice doivent obtenir la qualification de spécialiste en médecine générale délivrée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- 7) La qualification « automatique » ou « en bloc » par l'Ordre des médecins conduirait à retenir des médecins sans s'assurer qu'ils exercent effectivement la médecine générale.
- 8) La procédure d'examen individuel, seule à pouvoir garantir une approche sereine de la qualification, devrait s'appuyer sur des critères liés à la pratique effective de la médecine générale. La qualification individuelle nécessite la mise en place de modalités et d'un calendrier. Il faut adopter une attitude pragmatique et réaliste dans la gestion de ce dossier. Il

conviendra de trouver les procédures adaptées pour que la qualification puisse être de qualité et être conduite dans un délai raisonnable. On pourrait envisager, entre autres, de définir des critères de priorisation, par exemple le fait d'être formateur en médecine générale (maître de stage ou enseignant), les maquettes de formation, l'ancienneté dans l'exercice, etc.

La revalorisation de la médecine générale

9) On ne peut assimiler purement et simplement, en termes de nomenclature tarifaire (C, Cs), médecins spécialistes en médecine générale et autres médecins spécialistes. Au regard des textes législatifs en vigueur et de la hiérarchie des normes, l'impossibilité de coter en Cs l'emporte.

10) La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité doit permettre d'aborder sans détour le débat médecine de premier recours – médecine de second recours et en particulier les rôles respectifs qu'on souhaite confier à la médecine générale et à la médecine de spécialité dans notre système de santé.

Dans cette perspective, il convient de mettre en place les conditions d'une véritable approche d'ensemble de la spécialité en médecine générale :

- en créant une nouvelle lettre-clé, CG, qui servirait dans la CCAM clinique de médecine générale (la valeur de la lettre-clé CG devrait être logiquement identique à celle de la Cs mais la fixation de la valeur de cette CG relève de la négociation entre partenaires conventionnels) ;
- en menant à bien dans les meilleurs délais la CCAM clinique et en la rapprochant de la CCAM technique.
- en réfléchissant, dans ce nouveau cadre, à ce qui devrait relever du paiement à l'acte ou d'autres modes alternatifs.

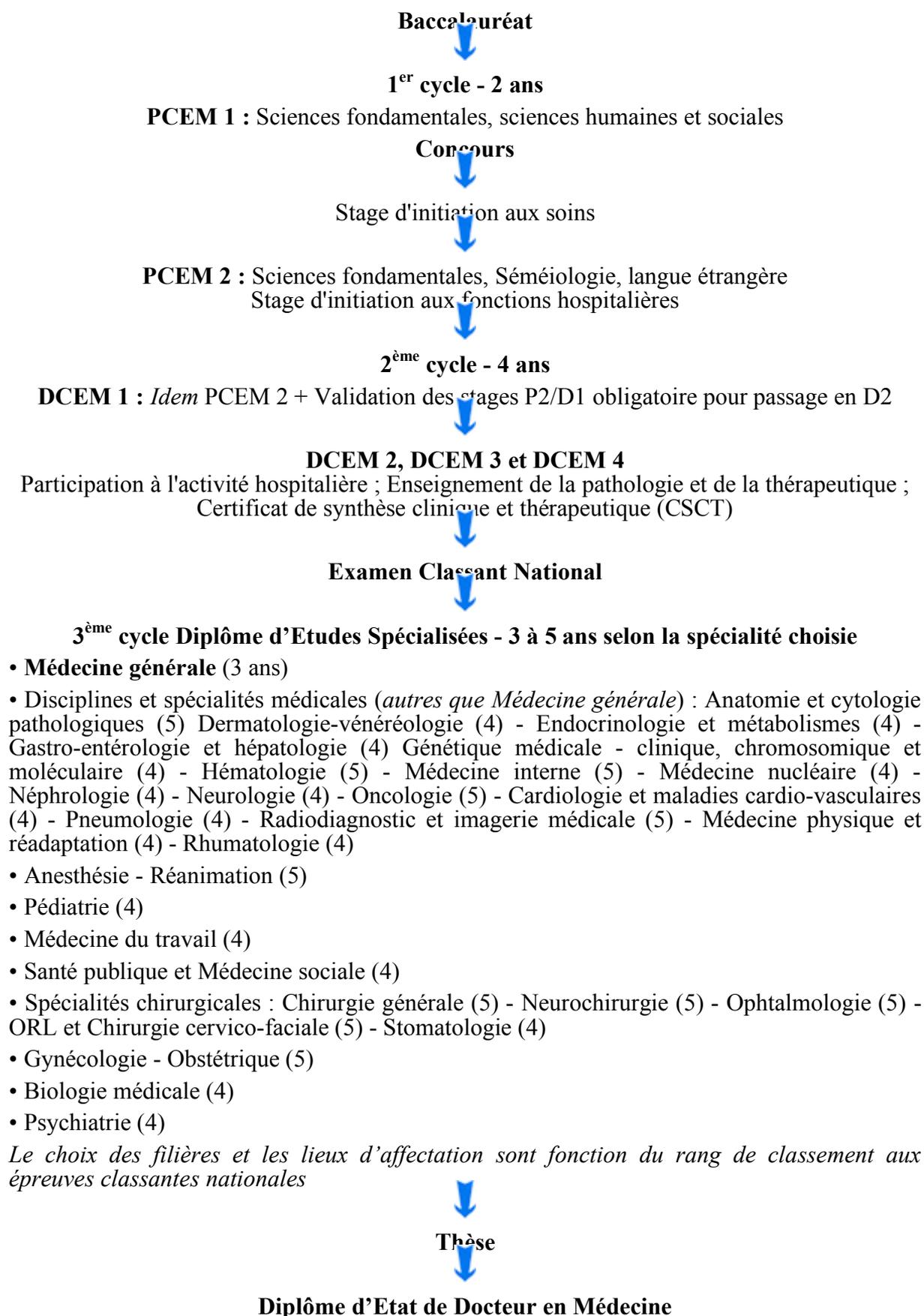
11) Si, à terme, la CG doit être réservée aux seuls spécialistes en médecine générale, la situation actuelle nécessite des mesures transitoires. La détermination des médecins pouvant utiliser la lettre CG pourrait se faire sur la base de l'indicateur suivant : part de la patientèle ayant choisi un praticien comme médecin traitant (nombre de patients qui ont choisi un médecin comme médecin traitant / nombre total de patients de ce médecin).

Les conventions médicales

12) Il n'y a pas d'obstacle juridique à ce que les médecins spécialistes en médecine générale continuent de relever des dispositions de sécurité sociale applicables actuellement aux médecins qui exercent la médecine générale. Si le souhait des médecins était de négocier une convention unique, il faudrait modifier le Code de la sécurité sociale en ce sens et revoir la représentativité des différents syndicats.

Annexes

Annexe 1 : Déroulement des études médicales en France (*actualisation 2007*)



Annexe 2. Maquette du DES (diplôme d'études spécialisées) de Médecine générale (Arrêté du 22/09/04, JO du 06/10/04)

Enseignement

Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en médecine générale
- Epidémiologie et santé publique
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en médecine générale, économie de la santé

Enseignements spécifiques

- La médecine générale et son champ d'application
- Gestes et techniques en médecine générale
- Situations courantes en médecine générale ; stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation
- Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé
- Formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique
- Préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la recherche en médecine générale

Formation pratique

- 3 semestres obligatoires dans des services hospitaliers agréés
 - médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie
 - gynécologie et/ou pédiatrie
 - médecine d'urgence
- 1 semestre auprès de praticiens agréés dans un cabinet de médecine générale
- 1 semestre libre dans un service hospitalier agréé
- 1 semestre, selon le projet professionnel de l'interne, soit en médecine ambulatoire (sous forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur.

Nota : La loi de 1982 instaurait un troisième cycle de médecine générale spécifique, le résidanat, qui pour des raisons diverses, ne s'est mis en place que progressivement. Ce n'est qu'en 1997, avec l'instauration du stage de six mois en médecine générale, qu'une réelle formation professionnalisante a été proposée aux résidents. Puis en 2003, l'allongement du troisième cycle de médecine générale à 3 ans avec un 6^{ème} semestre proposant un Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (pour un tiers seulement de chaque promotion), a permis d'arriver, pour certains, à un an de formation dans le futur milieu d'exercice professionnel.

Annexe 3 : Exposé des motifs et projet de loi de modernisation sociale (article 17)

N° 2415 (rectifié)

ASSEMBLÉE NATIONALE - CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 mai 2000.

PROJET DE LOI de modernisation sociale,

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ AU NOM DE M. LIONEL JOSPIN, Premier ministre,

PAR Mme MARTINE AUBRY, ministre de l'emploi et de la solidarité.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Article 17

Le Premier ministre a annoncé, lors de la clôture des états généraux de la santé le 30 juin 1999, la nécessité de réformer les études médicales afin de redonner sa place à la médecine générale, de modifier l'enseignement du second cycle pour le rendre plus ouvert sur la société, de créer un diplôme national de fin de second cycle pour établir des passerelles avec d'autres disciplines et d'avoir accès au troisième cycle par un concours de l'internat classant, national et anonyme, la médecine générale étant traitée comme une spécialité et sa durée de formation passant à trois ans.

Les principales modifications seront applicables en 2004 (internat pour tous, concours national, médecine générale traitée comme une spécialité et passant à trois ans).

Le présent article :

- remplace le concours de l'internat de droit commun par un concours national permettant à tous les candidats un poste d'interne ;
- élargit la définition de l'interne aux actuels résidents poursuivant un troisième cycle des études de médecine générale ;
- permet aux étudiants possédant un diplôme de fin de deuxième cycle des études médicales, ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne ou Partie à l'accord sur l'Espace économique européen, d'accéder au troisième cycle des études médicales ;
- prévoit la possibilité, pour des médecins autorisés à exercer la médecine en France, d'obtenir la qualification de spécialiste et, pour certains ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne ou Partie à l'accord sur l'Espace économique européen, d'être autorisés à exercer la médecine en France.

Cet article définit également les conditions d'application de cette réforme aux élèves médecins des écoles du service de santé des armées.

PROJET DE LOI

Article 17

La loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur est ainsi modifiée :

I.- L'article 46 est ainsi rédigé :

« *Art. 46.*- Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.

« Pour l'accomplissement de ce cycle d'études, le choix des disciplines et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat. Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent ce choix au sein d'une liste fixée par arrêté interministériel.

« Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les modalités des épreuves, l'organisation du troisième cycle des études médicales, la durée des formations nécessaires durant ce cycle et ultérieurement pour obtenir, selon les disciplines, une qualification, et les modalités selon lesquelles les internes, quelle que soit la discipline choisie, peuvent, dans les limites compatibles avec l'évolution des techniques et de la démographie médicales, changer d'orientation et acquérir une formation par la recherche. »

II.- L'article 51 est modifié comme suit :

a) Au premier alinéa, les mots : « et les résidents » sont supprimés ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « Quelle que soit la filière choisie, les internes et les résidents » sont remplacés par les mots : « Quelle que soit la discipline d'internat, les internes » ;

c) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les internes de médecine générale exercent leurs fonctions durant un semestre dans un centre hospitalier universitaire et pendant un autre semestre auprès de praticiens généralistes agréés. Les internes autres que de médecine générale exercent leurs fonctions durant au moins deux semestres dans les hôpitaux autres qu'un centre hospitalier universitaire. Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par un décret tenant notamment compte des exigences de formation de chaque spécialité. » ;

d) Dans l'ensemble de l'article, les mots : « centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires » et les mots : « centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire » sont remplacés respectivement par les mots : « centres hospitaliers universitaires » et par les mots : « centre hospitalier universitaire ».

III.- Les articles 52, 53 et 54 sont abrogés.

IV.- L'article 56 est ainsi rédigé :

« *Art. 56.*- Les ministres chargés respectivement de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent chaque année le nombre de postes d'internes en médecine de telle façon que tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales puissent entreprendre un troisième cycle, et en fixent la répartition selon des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat.

« La liste des services et des départements formateurs et la répartition des postes d'internes dans les services et départements sont arrêtées par le représentant de l'Etat dans la région après avis d'une commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'attribution des postes d'internes aux élèves médecins des écoles du service de santé des armées. »

V.- L'article 58 est ainsi rédigé :

« *Art. 58.*- Des décrets en Conseil d'Etat déterminent :

« 1° Les conditions dans lesquelles les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la Principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen autres que la France, titulaires d'un diplôme de fin de deuxième cycle des études médicales ou d'un titre équivalent, peuvent accéder à un troisième cycle de médecine générale ou spécialisée ;

« 2° Les modalités selon lesquelles les médecins ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la Principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ayant exercé pendant au moins trois ans leur activité professionnelle, peuvent accéder à une formation de troisième cycle des études médicales différente de leur formation initiale ; les compétences acquises sont prises en compte pour la durée et le déroulement de ces formations ;

« 3° Les règles d'accès aux formations de troisième cycle pour les médecins autres que les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la Principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France, en application du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique ou du I de l'article 60 de la loi n°99-641 du 28 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, peuvent obtenir la qualification de spécialiste ;

« 5° Les conditions dans lesquelles les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne, de la Principauté d'Andorre ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires d'un diplôme obtenu dans l'un de ces Etats, autres que ceux visés à l'article L. 356-2 du code de la santé publique, peuvent être autorisés à exercer la médecine en France. »

VI.- Les dispositions des I, II, III et IV ci-dessus sont applicables aux étudiants accédant à la deuxième année du deuxième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 2001-2002. Les étudiants ne répondant pas aux conditions du présent article et qui n'auront pas épuisé leurs possibilités de candidature aux concours d'internat prévus par les dispositions antérieures à la présente loi restent soumis à celles-ci.

**Annexe 4 : Rapport d'information sur la loi de modernisation sociale - article 60,
réforme des études médicales**

N° 3531

ASSEMBLÉE NATIONALE - CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 janvier 2002.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET
SOCIALES⁽¹⁾

sur la loi de modernisation sociale

Titre I^{er} Santé, solidarité, sécurité sociale

et présenté par M. Philippe Nauche, Député.

Article 60

Réforme des études médicales

Cet article réforme en profondeur l'organisation du troisième cycle des études médicales.

Premièrement, il généralise l'internat comme voie d'accès au troisième cycle et se faisant érige la médecine générale au rang de spécialité, deuxièmement il prévoit des mesures d'adaptation pour la reconnaissance des qualifications des médecins ayant été diplômés hors de l'union européenne.

1. La généralisation de l'internat

Tous les étudiants souhaitant effectuer un troisième cycle d'études médicales devront désormais se présenter au concours de l'internat, qui sera un examen national et classant, alors qu'actuellement les étudiants qui ne souhaitent pas se diriger vers une spécialité peuvent s'inscrire, sans passer d'épreuves de classement, au troisième cycle de médecine générale appelé le « résidanat ».

Dans un objectif de revalorisation et d'amélioration de la formation, **la médecine générale sera donc traitée comme une spécialité à laquelle on accède via l'internat**. La durée de la formation en médecine générale est portée de deux ans et demi à trois ans. Cet allongement de la durée des études va avoir lieu dès la période transitoire quand la réorganisation des programmes sera en place.

La médecine générale devient donc une discipline universitaire sanctionnée par un diplôme d'études spécialisé de médecine générale et ouvrant sur des postes de professeurs d'université et de praticiens hospitaliers de médecine générale.

Le contenu et la durée des formations comme les modalités selon lesquelles les internes pourront acquérir une formation par la recherche seront fixées par décret ainsi que les dispositions permettant les changements d'orientation en cours de troisième cycle. Sur ce dernier point les modalités actuelles ne seront pas modifiées, simplement cette réorientation sera possible sur une base plus large puisqu'elle pourra s'effectuer entre les spécialités mais aussi avec la médecine générale.

En outre, **l'accès au troisième cycle sera désormais subordonné à la validation de la totalité des modules d'enseignement**. La possibilité d'accéder au troisième cycle sans avoir validé la totalité des certificats suscitait des difficultés en conduisant parfois à la rétrogradation en deuxième cycle d'étudiants qui n'avaient finalement pas réussi à valider les certificats qui leur manquaient. De plus, dans la mesure où la validation du deuxième cycle des études médicales donne lieu, depuis l'arrêté du 10 octobre 2000 à la délivrance d'un diplôme de valeur universitaire, le principe même d'une dérogation ne peut être maintenu.

En conséquence de cette réforme, **le nombre de postes ouverts à l'internat** sera égal au nombre d'étudiants ayant validé le deuxième cycle, la formation de troisième cycle s'opérant désormais, y compris pour la médecine générale, par la voie de l'internat.

Celui-ci devient un concours national, les deux zones Nord et Sud étant supprimées. En fonction du rang obtenu à l'issue des épreuves, les internes choisiront la spécialité qu'ils souhaitent exercer, la région et l'hôpital.

2. Les modalités d'accès au troisième cycle des étudiants étrangers ou à diplôme étranger

Tout d'abord, la **reconnaissance de l'équivalence des diplômes européens de deuxième cycle** est opérée afin de faciliter aux étudiants européens l'accès à une formation en France. Les conventions de coopération et d'échange d'étudiants entre établissements hospitaliers européens seront ainsi possibles.

Ensuite, il fixe les **procédures d'accès à la qualification** qui concernent principalement les médecins à diplôme étranger non communautaire.

La reconnaissance du statut de ces médecins a été progressivement opérée, une étape importante ayant été franchie par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle (CMU). La question de l'accès à une spécialité demeure cependant puisqu'ils ne sont pas titulaires d'un diplôme d'études spécialisée, diplôme mentionnant la qualification et sur la base duquel s'opère la reconnaissance de celle-ci par le Conseil de l'ordre.

Les conditions de l'obtention de la qualification de spécialiste seront fixées par décret. Elle s'opérera selon un dispositif similaire à celui prévu pour la délivrance des autorisations individuelles d'exercice, c'est-à-dire à la suite de l'examen par une commission tripartite (représentants des médecins, des ministères de la santé et de l'éducation nationale).

Sont concernés à ce titre :

- les médecins diplômés avant 1984 ;

- les médecins à diplôme étranger à qui une autorisation individuelle d'exercice a été délivrée ;
- les praticiens adjoints contractuels ;
- les titulaires d'un certificat universitaire de chirurgie ;
- les médecins titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialité et d'un doctorat français obtenu après 1984 ;
- les médecins titulaires d'un doctorat français (ou obtenu dans un pays de l'union européenne) et d'une spécialisation acquise dans un pays de l'Union européenne ;
- les médecins souhaitant faire reconnaître une qualification en cours de carrière.

Dans ces trois derniers cas aucune possibilité de reconnaissance de la qualité de spécialiste n'était jusqu'ici possible.

En outre, en application des règles européennes, pourront être autorisés à exercer la médecine en France les médecins de l'Union européenne dont la qualification de spécialiste acquise à l'extérieur de l'Union aura été reconnue par un autre pays membre.

Annexe 5 : Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale**Article 60**

I. - L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Art. L. 632-2. - Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.

« Pour l'accomplissement de ce cycle d'études, le choix des disciplines et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat. Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent ce choix au sein d'une liste fixée par arrêté interministériel.

« Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les modalités des épreuves, l'organisation du troisième cycle des études médicales, la durée des formations nécessaires durant ce cycle et ultérieurement pour obtenir, selon les disciplines, une qualification et les modalités selon lesquelles les internes, quelle que soit la discipline choisie, peuvent, dans les limites compatibles avec l'évolution des techniques et de la démographie médicales, changer d'orientation et acquérir une formation par la recherche. »

II. - L'article L. 632-5 du même code est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et les résidents » sont supprimés ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « Les internes et les résidents » sont remplacés par les mots : « Quelle que soit la discipline d'internat, les internes » ;

c) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les internes de médecine générale exercent leurs fonctions durant un semestre dans un centre hospitalier universitaire et pendant un autre semestre auprès de praticiens généralistes agréés. Les internes autres que ceux de médecine générale exercent leurs fonctions durant au moins deux semestres dans les hôpitaux autres qu'un centre hospitalier universitaire, sauf si le nombre de services dûment accrédités comme services formateurs ne le permet pas. Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par un décret tenant notamment compte des exigences de formation de chaque spécialité. »

III. - Les articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 632-8 du même code sont abrogés.

IV. - Les deux premiers alinéas de l'article L. 632-10 du même code sont ainsi rédigés :

« Les ministres chargés respectivement de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent chaque année le nombre de postes d'internes en médecine de telle façon que tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales puissent entreprendre un troisième cycle, et en fixent la répartition selon des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat.

« La liste des services et des départements formateurs et la répartition des postes d'internes

dans les services et départements sont arrêtés par le représentant de l'Etat dans la région après avis d'une commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'attribution des postes d'internes aux élèves médecins des écoles du service de santé des armées. »

V. - L'article L. 632-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 632-12. - Des décrets en Conseil d'Etat déterminent :

« 1° Les conditions dans lesquelles les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen autres que la France, titulaires d'un diplôme de fin de deuxième cycle des études médicales ou d'un titre équivalent, peuvent accéder à un troisième cycle de médecine générale ou spécialisée ;

« 2° Les modalités selon lesquelles les médecins ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ayant exercé pendant au moins trois ans leur activité professionnelle, peuvent accéder à une formation de troisième cycle des études médicales différente de leur formation initiale ; les compétences acquises sont prises en compte pour la durée et le déroulement de ces formations ;

« 3° Les règles d'accès aux formations de troisième cycle pour les médecins autres que les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de spécialiste. »

VI. - Les dispositions des I, II, III et IV sont applicables aux étudiants accédant à la deuxième année du deuxième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 2001-2002.

VII. - Les étudiants ne répondant pas aux conditions du VI et qui n'auront pas épuisé leurs possibilités de candidature aux concours d'internat prévus par les dispositions antérieures à la présente loi conservent ces possibilités jusqu'au terme de l'année universitaire 2003-2004, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

VIII. - L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne, de la principauté d'Andorre ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires d'un diplôme obtenu dans l'un de ces Etats, autre que ceux définis à l'article L. 4131-1 peuvent être autorisés à exercer la médecine en France. »

Article 66

Il est inséré, avant le dernier alinéa de l'article 9 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales, deux alinéas ainsi rédigés :

« Les médecins ayant obtenu leur diplôme d'Etat de docteur en médecine antérieurement à la mise en œuvre des modalités d'octroi du diplôme, définies par la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutique, titulaires d'une compétence ordinale respectivement en chirurgie thoracique ou en chirurgie pédiatrique ou en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ou en urologie peuvent solliciter, avant le 1er janvier 2002, leur inscription comme spécialistes respectivement en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ou en chirurgie infantile ou en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ou en chirurgie urologique.

« De même, les médecins ayant obtenu leur diplôme d'Etat de docteur en médecine antérieurement à la mise en œuvre des modalités d'octroi du diplôme, définies par la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 précitée, titulaires de la spécialité en chirurgie générale, peuvent solliciter avant le 1er janvier 2002 leur inscription comme spécialistes en chirurgie viscérale et digestive. Dans ce cas, l'inscription est accordée après avis de commissions particulières de qualification placées auprès du Conseil national de l'ordre des médecins dont la composition sera fixée par décret. »

Annexe 6 : Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

J.O n° 15 du 18 janvier 2004

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu l'accord entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, publié au Journal officiel des Communautés européennes du 30 avril 2002 ;

Vu le code de l'éducation, notamment le chapitre II du titre III du livre VI de la troisième partie ;

Vu le code de la santé publique, notamment le titre III du livre Ier de la quatrième partie ;

Vu la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;

Vu le décret n° 84-177 du 2 mars 1984 portant application de l'article L. 4131-6 du code de la santé publique relatif à l'obtention des diplômes d'Etat de docteur en médecine et de docteur en chirurgie dentaire par les étudiants de nationalité étrangère ou les personnes titulaires de diplômes étrangers de médecin ou de chirurgien-dentiste, ou ayant accompli des études en vue de ces diplômes, et à l'obtention par les titulaires d'un diplôme étranger de sage-femme du diplôme français d'Etat correspondant ;

Vu le décret n° 84-932 du 17 octobre 1984 modifié relatif aux diplômes nationaux de l'enseignement supérieur ;

Vu le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales ;

Vu le décret n° 90-97 du 25 janvier 1990 modifié relatif aux conditions d'accès aux formations spécialisées du troisième cycle des études médicales pour les médecins étrangers autres que les ressortissants d'Etats appartenant aux Communautés européennes, de la Confédération suisse ou de la Principauté d'Andorre ;

Vu le décret n° 2003-73 du 23 janvier 2003 fixant la réglementation du diplôme d'études supérieures de biologie médicale ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 28 octobre 2003 ;

Vu les avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 12 mai 2003 et du 20 octobre 2003 ;

Vu l'avis du conseil régional de la Guadeloupe en date du 4 novembre 2003 ;

Vu l'avis du conseil régional de La Réunion en date du 14 novembre 2003 ;

Vu la saisine du conseil régional de la Guyane en date du 20 octobre 2003 ;

Vu la saisine du conseil régional de la Martinique en date du 21 octobre 2003 ;

Vu la saisine du conseil régional de La Réunion en date du 24 octobre 2003 ;

Vu la saisine du conseil général de Mayotte en date du 22 octobre 2003 ;

Vu la saisine du conseil général de la Guadeloupe en date du 20 octobre 2003 ;

Vu la saisine du conseil général de la Guyane en date du 20 octobre 2003 ;

Vu la saisine du conseil général de la Martinique en date du 21 octobre 2003 ;

Vu la saisine du conseil général de La Réunion en date du 24 octobre 2003 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

TITRE Ier - DISPOSITIONS GENERALES**Chapitre Ier Accès au troisième cycle des études médicales****Article 1**

Peuvent accéder au troisième cycle des études médicales :

- les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales en France ;
- les étudiants ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la Confédération suisse, de la Principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, autres que la France, titulaires d'un diplôme de fin de deuxième cycle des études médicales ou d'un titre équivalent délivré par l'un de ces Etats. Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé détermine les conditions dans lesquelles sont appréciées ces équivalences.

Article 2

Les étudiants de troisième cycle des études médicales s'inscrivent chaque année dans une université comportant une unité de formation et de recherche médicale.

Article 3

Le troisième cycle des études médicales est organisé dans des circonscriptions géographiques dénommées « interrégions », comprenant au moins trois centres hospitaliers universitaires.

Les subdivisions d'internat créées à l'intérieur de ces interrégions constituent un espace géographique comportant un seul centre hospitalier universitaire.

La liste des interrégions et des subdivisions d'internat est arrêtée par les ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé.

L'ensemble de la formation est assuré sous le contrôle de la ou des unités de formation et de recherche médicale de la subdivision.

Pour l'application des dispositions du présent décret, la région Ile-de-France, d'une part, les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique, d'autre part, sont considérés comme une interrégion et une subdivision.

La subdivision de l'océan Indien comprend le département de La Réunion et Mayotte. En l'absence de centre hospitalier universitaire, elle est rattachée à un centre hospitalier universitaire métropolitain par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et de l'outre-mer.

Article 4

Des épreuves classantes nationales anonymes permettent à tous les candidats mentionnés à l'article 1er du présent décret d'obtenir une affectation en qualité d'interne.

Le nombre de postes ainsi que leur répartition par discipline et par centre hospitalier universitaire sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé, avant la levée de l'anonymat des résultats des épreuves classantes nationales, compte tenu des besoins de santé de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques, ainsi que des capacités de formation des centres hospitaliers universitaires, des établissements hospitaliers, y compris militaires ou

privés participant au service public et liés à ces centres par convention, des organismes agréés extra-hospitaliers et des laboratoires agréés de recherche.

Article 5

Les épreuves mentionnées à l'article 4 comportent des épreuves rédactionnelles, dont l'une au moins consiste en l'analyse d'un ou plusieurs dossiers cliniques et une autre en une lecture critique d'un ou plusieurs articles scientifiques.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur fixe le programme, les conditions d'organisation, le déroulement, la nature, la pondération des épreuves ainsi que la composition et les modalités d'organisation du jury.

Article 6

La liste des disciplines de troisième cycle des études médicales est fixée par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé compte tenu des besoins de santé de la population et des progrès de la recherche.

Article 7

Les candidats se présentent aux épreuves mentionnées à l'article 4 dès l'année universitaire durant laquelle ils peuvent valider le deuxième cycle des études médicales.

Ils ne peuvent effectuer que deux fois le choix prévu à l'article 10 :

- la première fois au cours de l'année universitaire durant laquelle ils remplissent les conditions prévues à l'article 1er.
- la deuxième fois l'année universitaire suivante.

L'interne ayant obtenu une première affectation et désirant bénéficier d'un deuxième choix doit avoir exercé ses fonctions dans la discipline acquise à l'issue du premier choix. Il doit faire connaître, avant la fin du premier semestre de fonctions, son intention de renoncer au bénéfice des premières épreuves classantes nationales. Dans cette hypothèse, les résultats obtenus au cours de la deuxième tentative se substituent à ceux obtenus au cours de la première.

Lors du deuxième choix, les stages effectués au cours de la première année peuvent être validés au titre de la nouvelle formation choisie, selon des modalités fixées par les conseils des unités de formation et de recherche médicale concernées, sur proposition de l'enseignant coordonnateur, mentionné à l'article 23. En ce cas, les internes sont réputés avoir une ancienneté augmentée du nombre de semestres validés.

Article 8

Le droit du candidat à effectuer deux fois le choix prévu à l'article 10 est maintenu en cas d'empêchement à participer aux épreuves classantes nationales résultant d'un congé de maternité, de paternité ou d'adoption, d'un cas de force majeure ou pour raison médicale dûment justifiée.

Article 9

Si, lors de la procédure de choix, le candidat est dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté pour des raisons de force majeure ou pour une raison médicale dûment justifiée, il conserve son rang de classement et participe à la procédure de choix organisée au titre des épreuves classantes nationales de l'année suivante, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article 10

La procédure nationale de choix de la discipline et du centre hospitalier universitaire de rattachement est organisée en fonction du rang de classement obtenu par le candidat selon des modalités fixées par arrêtés des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Le rang de classement obtenu par le candidat à l'issue des épreuves est pris en compte lors de la procédure du choix des stages.

Les affectations sont prononcées par le préfet de région.

Chapitre II – Formation

Section I - Organisation des stages et des enseignements

Article 11

Après la procédure de choix, les internes, rattachés à un centre hospitalier régional, relèvent pour leur formation pédagogique, selon des modalités déterminées par le ou les conseils de l'unité ou des unités de formation et de recherche médicale de la subdivision et après approbation des présidents d'université concernés, de l'unité de formation et de recherche médicale de l'université où ils prennent leur inscription annuelle.

Article 12

Au cours de leur formation, les internes peuvent, conformément aux dispositions de l'article 27 du décret du 7 avril 1988 susvisé, bénéficier, en fonction de leur rang de classement aux épreuves prévues à l'article 4 et en tenant compte de leur projet de recherche, d'une année de recherche dont les modalités d'organisation ainsi que le nombre de postes offerts chaque année sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé.

Les stages effectués au cours d'une année de recherche ne sont pas pris en compte dans les obligations de formation pratique prévues pour chaque diplôme d'études spécialisées.

Article 13

Les internes reçoivent à temps plein une formation théorique et pratique de trois à cinq ans selon le diplôme d'études spécialisées envisagé.

Un arrêté des ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé fixe, pour chaque diplôme d'études spécialisées, le temps nécessaire à son obtention, le programme des enseignements, la durée et la nature des fonctions pratiques ainsi que les règles de validation applicables.

Article 14

L'interne de médecine générale doit :

- dans le cadre de ses fonctions hospitalières, effectuer un semestre de formation dans les services agréés pour la médecine générale des centres hospitaliers universitaires ;
- dans le cadre de ses fonctions extra-hospitalières, effectuer un stage d'un semestre auprès de praticiens généralistes agréés dits « maîtres de stage ». Ce stage peut se dérouler auprès de plusieurs praticiens. Le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis trois ans au moins et être habilité par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'interne, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés, respectivement, de

l'enseignement supérieur et de la santé.

Article 15

Les internes autres que ceux de médecine générale exercent leurs fonctions durant au moins deux semestres dans des hôpitaux autres qu'un centre hospitalier universitaire. Toutefois, l'enseignant coordonnateur du diplôme d'études spécialisées, en fonction des exigences de formation de ce diplôme et des capacités de formation de la subdivision dont relève l'interne, peut limiter à un semestre cette durée.

Article 16

La formation pratique prévue à l'article 13 comporte des fonctions hospitalières et extra-hospitalières.

Les fonctions hospitalières sont effectuées dans les services agréés des centres hospitaliers universitaires et des établissements hospitaliers, y compris les établissements militaires ou privés participant au service public et liés par convention à ces centres, conformément à l'article L. 632-5 du code de l'éducation. L'interne est placé sous l'autorité du responsable médical de la structure auprès de laquelle il est affecté.

Les fonctions extra-hospitalières peuvent être exercées dans des organismes agréés extra-hospitaliers ou dans des laboratoires agréés de recherche. L'interne est, en ce cas, placé sous la responsabilité du directeur de l'organisme ou du laboratoire auprès duquel il est affecté.

Au cours du stage de médecine générale, l'interne est placé sous la responsabilité du maître de stage.

Chaque stage de formation pratique fait l'objet d'une validation dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article 17

Les stages dans les services agréés pour leur formation sont offerts tous les six mois aux internes, par discipline ou groupe de disciplines, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

La durée de chaque stage est d'un semestre. Le choix des internes s'effectue par ancienneté de fonctions validées pour un nombre entier de semestres. A ancienneté égale, le choix s'effectue selon le rang de classement dans la discipline ou le groupe de disciplines.

Les internes de psychiatrie peuvent, à leur demande, effectuer un stage de deux semestres spécifiques consécutifs dans le même service d'un centre hospitalier faisant l'objet d'une sectorisation.

Les internes de santé publique peuvent, à la suite d'un seul et même choix, effectuer un stage de deux semestres consécutifs au sein de l'Ecole nationale de la santé publique selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Le choix des stages est organisé dans le cadre de chaque subdivision par le préfet de région.

Article 18

Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé fixent, par arrêté, les conditions dans lesquelles les internes peuvent être autorisés :

- à accomplir des stages semestriels dans des services agréés au titre d'une discipline ou d'un groupe de disciplines différent de leur discipline ou groupe de disciplines d'affectation ;
- à accomplir des stages soit dans une subdivision autre que celle dans laquelle ils ont été

affectés, soit à l'étranger, soit à l'Ecole nationale de la santé publique.

Article 19

Les stages extra-hospitaliers font l'objet de conventions passées entre :

- les responsables des organismes ou laboratoires agréés ou les maîtres de stage ;
- le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'interne ;
- le directeur du centre hospitalier auquel l'intéressé est administrativement rattaché. Chaque convention fixe les modalités d'organisation du stage ainsi que les conditions de réparation et d'assurances des dommages causés ou subis par l'interne durant celui-ci. La convention désigne le maître de stage.

Les conventions de stages extra-hospitaliers pour le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ne peuvent être conclues qu'après avis du médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

Article 20

En application du troisième alinéa de l'article L. 632-2 du code de l'éducation, les internes peuvent demander avant la fin du quatrième semestre d'internat à changer de discipline dans la subdivision dans laquelle ils sont affectés, dans les conditions prévues à l'article 10 du présent décret. Cette possibilité ne peut s'exercer qu'une seule fois, et n'est offerte que dans la mesure où leur rang initial de classement les a situés, dans la discipline pour laquelle ils souhaitent opter, à un rang au moins égal à celui du dernier candidat issu des mêmes épreuves classantes nationales et affecté dans cette discipline au niveau de la subdivision.

Section II - Obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine

Article 21

La thèse conduisant au diplôme d'Etat de docteur en médecine est soutenue devant un jury présidé par un professeur des universités-praticien hospitalier et composé d'au moins quatre membres dont trois enseignants titulaires des disciplines médicales désignés par le président de l'université sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée. La soutenance de cette thèse peut intervenir, au plus tôt, dès la validation du troisième semestre de formation et, au plus tard, trois années après la validation du troisième cycle des études médicales. Si la thèse n'a pu être soutenue dans les délais impartis, des dérogations dûment justifiées peuvent être accordées par le président de l'université sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

La délivrance du diplôme d'Etat de docteur en médecine ne peut intervenir qu'au terme de la validation totale du troisième cycle, conjointement à celle du diplôme d'études spécialisées obtenu, délivré par les universités habilitées à cet effet. A titre dérogatoire, les titulaires d'un diplôme d'études spécialisées, obtenu conformément aux dispositions du décret du 25 janvier 1990 susvisé, qui remplissent les conditions pour s'inscrire en troisième cycle des études médicales, peuvent soutenir leur thèse dès leur inscription dans ce cycle.

Section III - Les diplômes d'études spécialisées et les diplômes d'études spécialisées complémentaires

Article 22

L'inscription définitive à un diplôme d'études spécialisées est prise, au plus tard à la fin du quatrième semestre effectué après nomination en qualité d'interne, sur avis du coordonnateur mentionné à l'article 23.

Pour pouvoir s'inscrire au diplôme d'études spécialisées de leur choix correspondant à leur discipline d'affectation, les internes doivent avoir effectué au moins un semestre spécifique de la spécialité dans un service agréé au titre de ce diplôme et pouvoir satisfaire dans les délais impartis aux exigences du programme du diplôme d'études spécialisées qu'ils choisissent.

Article 23

Dans chacune des interrégions, la préparation de chaque diplôme d'études spécialisées ou de chacune des options d'un tel diplôme est placée sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques.

Pour le diplôme d'études spécialisées de médecine générale, l'enseignant-coordonnateur est assisté, dans chaque unité de formation et de recherche médicale de la subdivision, soit par un département de médecine générale créé par l'université en application de l'article L. 713-3 du code de l'éducation, soit par une commission de coordination et d'évaluation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Les enseignants coordonnateurs des autres diplômes d'études spécialisées sont assistés d'une commission.

La composition des commissions, le mode de désignation des enseignants-coordonnateurs ainsi que la durée de leurs fonctions sont fixés par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Un décret fixe les modalités de désignation de l'enseignant responsable de la coordination de l'enseignement du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale.

Article 24

Le temps de préparation, le programme des enseignements, la durée et la nature des fonctions pratiques concernant le diplôme d'études spécialisées de biologie médicale sont fixés dans les conditions prévues par le décret du 23 janvier 2003 susvisé.

Article 25

Il est institué, dans certaines disciplines ou spécialités, des diplômes d'études spécialisées complémentaires dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Ces diplômes sont de deux types :

- les diplômes du groupe I, d'une durée de deux ans ;
- les diplômes du groupe II, d'une durée de trois ans, qui ouvrent droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme.

Article 26

La formation en vue des diplômes d'études spécialisées complémentaires est dispensée à temps plein. Elle comporte un enseignement théorique et une formation pratique accomplie dans des services agréés dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à la formation en vue des diplômes d'études spécialisées.

Le temps de préparation de chaque diplôme d'études spécialisées complémentaires, le

programme des enseignements, la durée et la nature des fonctions pratiques qui doivent être exercées dans les services hospitaliers ou extra-hospitaliers agréés sont fixés par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Les dispositions de l'article 12, des deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article 16, et de l'article 19 du présent décret sont applicables aux diplômes d'études spécialisées complémentaires.

Article 27

Pour pouvoir s'inscrire en vue de la préparation d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires du groupe II, les internes doivent avoir effectué, au plus tard avant la fin du cinquième semestre de l'internat, un semestre spécifique à ce diplôme.

Article 28

Pour obtenir un diplôme d'études spécialisées complémentaires, les candidats doivent :

1. Etre titulaires d'un diplôme d'études spécialisées donnant accès au diplôme d'études spécialisées complémentaires postulé ;
2. Avoir satisfait aux conditions exigées pour la validation des diplômes d'études spécialisées complémentaires telles que fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;
3. Avoir effectué au cours de l'internat :
 - pour les diplômes d'études spécialisées complémentaires du groupe I, deux semestres de fonctions, sauf dérogation dûment justifiée accordée par le coordonnateur ;
 - pour les diplômes d'études spécialisées complémentaires du groupe II, quatre semestres de fonctions.

Article 29

Les diplômes d'études spécialisées ainsi que les diplômes d'études spécialisées complémentaires sont délivrés par les universités habilitées à cet effet par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Section IV - Dispositions diverses

Article 30

La liste des services, organismes ou laboratoires agréés pour les formations pratiques de troisième cycle, à l'exclusion de la biologie médicale, ainsi que la répartition des postes d'internes sont arrêtées dans chaque subdivision par le préfet de région, après avis d'une commission de subdivision qui formule ses propositions au plus tard une semaine avant la date d'ouverture de la procédure de choix semestrielle des internes.

La composition de cette commission, la procédure de désignation de ses membres et la durée de leurs fonctions sont fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé et, pour les procédures d'agrément des services et de répartition de postes concernant un ou plusieurs hôpitaux des armées, du ministre de la défense.

Article 31

Lorsque le choix des postes d'internes s'effectue au sein de l'interrégion Provence-Alpes-Côte

d'Azur - Corse et de l'interrégion des Antilles-Guyane, les attributions confiées par le présent décret aux préfets de région sont exercées conjointement par le préfet de région Provence-Alpes-Côte d'Azur et par le préfet de la région Corse, d'une part, et par les préfets des régions de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique, d'autre part.

TITRE II - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Chapitre Ier - Dispositions applicables aux élèves médecins des écoles du service de santé des armées

Article 32

Les dispositions du titre Ier sont applicables aux élèves médecins des écoles du service de santé des armées, à l'exception de celles de l'article 12 et sous réserve des dispositions particulières prévues au présent chapitre.

Article 33

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine prévu à l'article 21, les élèves médecins des écoles du service de santé des armées qui réunissent les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article 1er effectuent le troisième cycle des études médicales dans les conditions fixées par le présent chapitre.

Article 34

Conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 632-2 du code de l'éducation, les élèves médecins exercent le choix de la discipline et du centre hospitalier universitaire de rattachement mentionné à l'article 10 au sein d'une liste arrêtée par les ministres chargés des armées, de l'enseignement supérieur et de la santé, selon leur rang de classement aux épreuves classantes nationales.

Article 35

La liste prévue à l'article 34 répartit les postes d'internes par disciplines et par centres hospitaliers universitaires en fonction des besoins des armées. Les centres hospitaliers universitaires de rattachement sont choisis parmi ceux auprès desquels sont établis des hôpitaux des armées.

Article 36

Les hôpitaux des armées sont regardés comme relevant de la subdivision d'internat attachée à chacun des centres hospitaliers universitaires figurant sur la liste prévue à l'article 34.

Article 37

Les services des hôpitaux des armées et les formations sanitaires des armées agréés au titre de la médecine générale ou dûment accrédités comme services formateurs au titre des disciplines autres que la médecine générale le sont pour l'ensemble des unités de formation et de recherche médicales des universités où les élèves médecins prennent leur inscription annuelle.

Article 38

Les stages prévus à l'article 17 sont proposés par les préfets de région dont relèvent les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article 35 et attribués nominativement, tous les six mois, aux élèves médecins par le ministre chargé des armées.

Article 39

Un enseignant, membre du corps des médecins des armées, désigné à cet effet par le ministre chargé des armées, est chargé de suivre la préparation de chaque élève médecin inscrit à la préparation d'un diplôme d'études spécialisées, en liaison avec l'enseignant-coordonnateur mentionné à l'article 23.

Article 40

Les élèves médecins inscrits à la préparation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale effectuent le stage d'un semestre, prévu à l'article 14, dans les services médicaux des formations administratives du ministère de la défense.

Article 41

Pour la durée de leur formation, les élèves médecins restent soumis à leur statut militaire, sans préjudice du pouvoir disciplinaire des juridictions universitaires dont ils relèvent au titre de leur accès au troisième cycle des études médicales.

Article 42

La possibilité de changement de discipline, prévue à l'article 20, est soumise à autorisation du ministre chargé de la défense.

Chapitre II - Dispositions applicables aux assistants des hôpitaux des armées

Article 43

Les dispositions du chapitre Ier du présent titre et celles relatives à la prise en compte des compétences acquises sont applicables aux assistants des hôpitaux des armées, sous réserve des dispositions particulières prévues au présent chapitre.

Article 44

Les médecins des armées ayant exercé pendant au moins trois ans leur activité professionnelle peuvent, dans les conditions fixées par le présent chapitre, accéder à une formation de troisième cycle des études médicales différente de leur formation initiale.

Article 45

Un concours de l'assistantat des hôpitaux des armées est organisé annuellement dans chacune des disciplines répondant aux besoins des armées.

Un arrêté des ministres chargés de la défense, de l'enseignement supérieur et de la santé fixe la composition des jurys, la nature, la durée et les coefficients respectifs des épreuves de ces concours.

Article 46

Le nombre de postes offerts aux concours de l'assistantat des hôpitaux des armées ainsi que leur répartition par discipline et par centre hospitalier de rattachement sont fixés chaque année par arrêté conjoint des ministres mentionnés à l'article 45. Ces postes viennent en sus de ceux ouverts au titre des choix prévus aux articles 10 et 34.

Les candidats reçus à ces concours choisissent, selon leur rang de classement, le centre hospitalier universitaire mentionné au premier alinéa du présent article dans des conditions fixées par arrêté des ministres mentionnés à l'article 45.

Chapitre III - Dispositions particulières à l'outre-mer

Article 47

Les conventions prévues aux articles L. 683-3 et L. 684-3 du code de l'éducation fixent notamment les règles de choix des services agréés proposés aux internes ainsi que les modalités de leur affectation.

Article 48

Dans l'interrégion des Antilles-Guyane, les attributions confiées au préfet de région par les articles 10 et 17 du présent décret sont exercées conjointement par les préfets des régions Guadeloupe, Guyane et Martinique. Pour la subdivision de l'océan Indien, les attributions confiées au préfet de région par l'article 17 sont exercées par le préfet de la région Réunion et le représentant de l'Etat à Mayotte.

Article 49

Pour l'application des dispositions prévues au dernier alinéa de l'article 18 du présent décret, les internes de médecine générale peuvent effectuer des stages dans l'inter-région des Antilles-Guyane et dans la subdivision de l'océan Indien. La durée des stages ne pourra pas dans ce cas être inférieure à deux semestres.

Article 50

Pour l'application des dispositions prévues au dernier alinéa de l'article 18 du présent décret, les internes autres que ceux de médecine générale peuvent effectuer des stages dans l'interrégion des Antilles-Guyane et dans la subdivision de l'océan Indien. La durée des stages ne pourra pas dans ce cas être supérieure à deux semestres.

Article 51

Pour la subdivision de l'interrégion des Antilles-Guyane et la subdivision de l'océan Indien, la composition de la commission de subdivision prévue à l'article 30 est fixée par arrêté des ministres chargés respectivement de l'enseignement supérieur, de la santé et de l'outre-mer.

TITRE III – Accès des médecins français, andorrans et ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la Confédération suisse ou des autres Etats parties à l'accord sur l'espace économique européen aux formations de troisième cycle des études médicales.

Article 52

Les médecins généralistes ou spécialistes français, andorrans ou ressortissants de l'un des Etats membres de la Communauté européenne, de la Confédération suisse ou de l'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de l'un des diplômes permettant l'exercice de la médecine dans l'un de ces Etats, peuvent accéder au troisième cycle de médecine :

- soit après avoir subi les épreuves d'un concours spécial dénommé concours d'internat à titre européen, portant sur le même programme que celui défini à l'article 5 du présent décret ;
- soit après avoir subi les épreuves d'un concours spécial d'accès au diplôme d'études spécialisées de médecine du travail dont le programme est différent de celui défini à l'article 5 du présent décret.

Pour pouvoir se présenter à ces concours spéciaux, les candidats doivent justifier d'au moins trois années d'activité professionnelle en qualité de docteur en médecine, selon des modalités prévues par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 53

Les candidats font connaître avant les concours le choix du diplôme d'études spécialisées qu'ils souhaitent préparer. En cas d'échec, ils ne peuvent se présenter à nouveau qu'une fois au concours pour le même diplôme d'études spécialisées ou pour un autre diplôme d'études spécialisées.

Les modalités d'organisation et d'inscription, le programme, le déroulement, la nature, la pondération des épreuves ainsi que les procédures d'affectation sont fixés par arrêté des ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé.

Le nombre de postes mis au concours ainsi que leur répartition par discipline et par centre hospitalier universitaire sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article 54

Les internes nommés en application du présent titre sont soumis aux dispositions pédagogiques prévues au présent décret.

Les candidats admis sont soumis aux mêmes dispositions que celles applicables aux autres internes.

Il est tenu compte des compétences acquises et des fonctions de troisième cycle déjà accomplies ainsi que de la formation déjà suivie dans le cadre de la formation médicale continue selon des règles fixées par les conseils des unités de formation et de recherche médicale de la circonscription, après approbation par les présidents d'université.

Les internes bénéficiant, pour la durée de leur formation pratique, des dispositions prévues au troisième alinéa du présent article sont réputés avoir une ancienneté augmentée du nombre de semestres admis en équivalence.

TITRE IV - DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 55

I. - Les dispositions du présent décret sont applicables aux étudiants et aux élèves médecins des écoles du service de santé des armées ayant accédé à la deuxième année du deuxième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 2001-2002.

Pour l'application des dispositions du VII de l'article 60 de la loi du 17 janvier 2002 susvisée, des concours d'internat sont organisés au cours de l'année universitaire 2003-2004, dans des conditions fixées par le décret du 7 avril 1988 susvisé. Le nombre et la localisation des postes d'internes offerts à ces concours sont déterminés en fonction du nombre respectif d'étudiants susceptibles d'être candidats à ces épreuves et à celles organisées la même année en application de l'article L. 632-2 du code de l'éducation.

II. - Les étudiants ayant accédé en deuxième année du deuxième cycle antérieurement à l'année universitaire 2001-2002 ou n'ayant pas été inscrits dans cette année d'études en tant que bénéficiaires des dispositions du décret du 2 mars 1984 susvisé, qui conservaient la possibilité de se présenter une deuxième fois aux épreuves du concours de l'internat prévues à l'article 15 du décret du 7 avril 1988 susvisé, peuvent se présenter, en 2003-2004, soit aux épreuves

prévues à l'alinéa précédent, soit à celles prévues à l'article L. 632-2 du code de l'éducation. Ils épuisent ainsi leurs possibilités d'accéder au troisième cycle des études médicales.

III. - Les étudiants ayant accédé en deuxième année du deuxième cycle antérieurement à l'année universitaire 2001-2002 ou n'ayant pas été inscrits dans cette année d'études en tant que bénéficiaires des dispositions du décret du 2 mars 1984, qui postulent pour la première fois à l'accès au troisième cycle des études médicales, peuvent se présenter, en 2003-2004, soit aux épreuves prévues au I du présent article, soit à celles prévues à l'article L. 632-2 du code de l'éducation. Pour leur deuxième tentative, ils se présentent aux épreuves classantes nationales.

IV. - Les candidats ayant choisi de poursuivre des études de troisième cycle de médecine générale à l'issue des épreuves organisées au titre de l'année universitaire 2003-2004, en application de l'article L. 632-2 du code de l'éducation, sont affectés à la rentrée universitaire 2004-2005 dans les centres hospitaliers universitaires en tenant compte, selon leur rang de classement, des vœux géographiques qu'ils ont exprimés et des nécessités de leur formation.

V. - En cas d'échec aux épreuves des concours prévus au deuxième alinéa du I du présent article, les candidats mentionnés aux II et III de cet article sont nommés résidents s'ils n'avaient pas déjà cette qualité. Ils poursuivent leur formation dans les conditions fixées par le décret du 7 avril 1988 susvisé.

Article 56

A compter de l'année universitaire 2004-2005, les étudiants inscrits en résidanat devront se présenter aux épreuves prévues à l'article L. 632-2 du code de l'éducation pour bénéficier des dispositions du b du 2° de l'article 18 du décret du 7 avril 1988 susvisé.

Article 57

A compter de l'année universitaire 2005-2006, aucune première inscription en résidanat n'est autorisée.

A compter de cette même année universitaire, les étudiants engagés en résidanat ont jusqu'au terme de l'année universitaire 2011-2012 pour valider l'intégralité de la formation théorique et pratique et soutenir leur thèse.

Les étudiants qui ont validé l'intégralité de la formation théorique et pratique du deuxième cycle des études médicales, admis à s'inscrire en première année de résidanat antérieurement à l'année universitaire 2003-2004 mais qui ne se sont pas inscrits en résidanat, se présentent aux épreuves classantes nationales pour être inscrits en troisième cycle selon leur rang de classement. Cette possibilité ne leur est offerte qu'une fois.

Article 58

Les dispositions de l'article 5 du présent décret relatives à l'épreuve de lecture critique d'un ou plusieurs articles scientifiques sont applicables à compter de l'année universitaire 2007-2008.

Article 59

La ministre de la défense, le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et la ministre de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 16 janvier 2004.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Luc Ferry

La ministre de la défense, Michèle Alliot-Marie

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattei

La ministre de l'outre-mer, Brigitte Girardin

Annexe 7 : Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de l'éducation ;

Vu le décret n° 2003-76 du 23 janvier 2003 fixant la réglementation du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale ;

Vu le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 21 juin 2004,

Arrêtent :

Chapitre Ier : Liste des diplômes d'études spécialisées de médecine

Article 1

La liste des diplômes d'études spécialisées qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle des études médicales est, pour chaque discipline, fixée comme suit :

Spécialités médicales

Anatomie et cytologie pathologiques.

Cardiologie et maladies vasculaires⁴⁸.

Dermatologie et vénéréologie.

Endocrinologie et métabolisme.

Gastro-entérologie et hépatologie.

Génétique médicale.

Hématologie.

Médecine interne.

Médecine nucléaire.

Médecine physique et de réadaptation.

Néphrologie.

Neurologie.

Oncologie.

Pathologies cardio-vasculaires.

Pneumologie.

Radiodiagnostic et imagerie médicale.

Rhumatologie.

Spécialités chirurgicales

Chirurgie générale.

Neurochirurgie.

⁴⁸ L'arrêté du 24 mai 2005 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 supprime « maladies vasculaires »

Ophthalmologie.

Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.

Stomatologie.

Anesthésie-réanimation

Anesthésie-réanimation.

Biologie médicale

Biologie médicale.

Gynécologie médicale

Gynécologie médicale

Gynécologie-obstétrique.

Gynécologie-obstétrique.

Médecine générale

Médecine générale.

Médecine du travail

Médecine du travail.

Pédiatrie

Pédiatrie.

Psychiatrie

Psychiatrie.

Santé publique

Santé publique et médecine sociale.

Chapitre II Réglementation

Article 2

Le contenu de chaque diplôme d'études spécialisées est précisé dans une maquette annexée au présent arrêté. Celle-ci définit la durée de la formation, le programme des enseignements théoriques et les stages de formation pratique.

Article 3

Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux diplômes d'études spécialisées de médecine, à l'exception du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, dont la réglementation est fixée par le décret du 23 janvier 2003 susvisé.

Article 4

Sont admis à s'inscrire en vue des diplômes d'études spécialisées mentionnés à l'article 1er ci-dessus les internes en médecine et autres catégories d'étudiants assimilés des armées classés aux épreuves classantes nationales prévues par l'article 4 du décret du 16 janvier 2004 susvisé.

Les candidats affectés à l'issue des épreuves classantes nationales qui postulent aux diplômes d'études spécialisées prennent une inscription administrative annuelle auprès d'une des universités de la subdivision dans laquelle ils sont affectés, selon les règles fixées par le ou les conseils des unités de formation et de recherche de médecine et approuvées par le ou les présidents d'université concernés.

Article 5

L'inscription définitive à un diplôme d'études spécialisées s'effectue au plus tôt après accomplissement effectif d'un stage spécifique de la spécialité dans un service agréé au titre de ce diplôme, et au plus tard à la fin du quatrième semestre après nomination en qualité d'interne, sur avis de l'enseignant coordonnateur, dont le rôle, les compétences, le mode de désignation et la durée de mandat sont fixés à l'article 8 du présent arrêté.

Article 6

Les enseignements sont organisés par les unités de formation et de recherche de médecine des universités habilitées à cet effet, selon des modalités déterminées par leur conseil et après approbation du ou des présidents d'université. Les enseignements sont dispensés au sein des unités de formation et de recherche, des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires et des autres établissements d'affectation des candidats.

Article 7

La préparation de chaque diplôme d'études spécialisées ou de chacune des options d'un tel diplôme est placée sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques de chaque diplôme d'études spécialisées dans l'interrégion. Il est désigné pour une durée de trois ans, renouvelable une fois consécutivement, sur présentation d'un projet pédagogique de formation, par les directeurs des unités de formation et de recherche de médecine de l'interrégion ou les présidents des comités de coordination des études médicales, après avis des conseils des unités de formation et de recherche concernées ainsi que des enseignants de la spécialité.

Article 8

Les enseignants coordonnateurs interrégionaux d'un même diplôme d'études spécialisées sont chargés, après concertation, de formuler des propositions :

- a) Aux unités de formation et de recherche de médecine en ce qui concerne le contenu, les modalités et les méthodes d'évaluation des enseignements ;
- b) Aux différentes commissions de subdivision d'agrément des stages prévues à l'article 30 du décret du 16 janvier 2004 susvisé, en ce qui concerne les critères d'agrément des services, en prenant en compte notamment :
 1. L'encadrement et les moyens pédagogiques ;
 2. Le degré de responsabilité des internes ;
 3. La nature et l'importance des activités de soins et, éventuellement, de recherche clinique.

En tant que de besoin, les coordonnateurs de deux diplômes d'études spécialisées se concertent sur le contenu et les conditions d'accès aux enseignements théoriques de leur formation et font des propositions d'agrément commun de stage.

Article 9

Pour la préparation de chaque diplôme d'études spécialisées, l'enseignant coordonnateur est assisté d'une commission interrégionale de coordination et d'évaluation. Pour le diplôme d'études spécialisées de médecine générale, l'enseignant coordonnateur est assisté, dans chaque unité de formation et de recherche médicale de la subdivision, soit par un département de médecine générale créé par l'université dans les conditions prévues à l'article L. 713-3 du code de l'éducation, soit par une commission de coordination et d'évaluation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Article 10

La commission interrégionale de coordination et d'évaluation instituée pour chaque spécialité comprend :

- l'enseignant coordonnateur du diplôme ou, le cas échéant, les enseignants coordonnateurs des options du diplôme ;
- et au minimum trois autres personnels enseignants et hospitaliers titulaires des centres hospitaliers universitaires, dont deux au moins de la spécialité. Ces enseignants sont responsables de l'enseignement des diplômes d'études spécialisées concernés ; ils doivent appartenir à différentes unités de formation et de recherche de médecine de l'interrégion.

S'agissant de la médecine générale, les enseignants associés sont autorisés à siéger au sein de la commission interrégionale.

Deux des membres de la commission doivent être extérieurs au centre hospitalier universitaire dont relève l'interne. Les membres de la commission sont nommés pour une durée de trois ans par les directeurs des unités de formation et de recherche de médecine.

Article 11

La commission interrégionale de coordination et d'évaluation se réunit au moins une fois par an, sur convocation de l'enseignant coordonnateur, pour examiner le contenu et les modalités d'enseignement et de validation des enseignements et des stages. Elle entend, à titre consultatif, un interne inscrit dans le diplôme d'études spécialisées ; il est désigné par l'enseignant coordonnateur sur proposition de l'association des internes de la spécialité considérée et, le cas échéant, du syndicat d'internes en médecine le plus représentatif.

La commission est consultée, pour avis, par l'enseignant coordonnateur du diplôme d'études spécialisées concerné dans le cadre du dépôt des dossiers de demande d'agrément des lieux de stage de formation pratique d'internes fournis par chaque chef de service hospitalier ou extrahospitalier.

Article 12 (modifié par l'arrêté du 14 octobre 2005)

La commission interrégionale propose la délivrance du diplôme d'études spécialisées au cours du dernier semestre d'internat. Elle se fonde sur :

- la validation de l'ensemble de la formation théorique⁴⁹ ;
- la validation de tous les stages exigés pour le diplôme d'études spécialisées, attestée par un carnet de stage ou, à défaut, par les fiches mises en annexe à l'arrêté relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des internes ;
- un mémoire rédigé et soutenu par l'interne et portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale. Ce mémoire peut porter sur un thème spécifique ou être constitué d'un ensemble de travaux. Le sujet de ce mémoire doit être préalablement approuvé par l'enseignant coordonnateur. Avec son accord, la thèse peut, en tout ou partie, tenir lieu de mémoire si elle porte sur un sujet de la spécialité et si elle est soutenue lors de la dernière année d'internat ;
- un document de synthèse rédigé par l'interne, portant sur les travaux scientifiques qu'il a réalisés, notamment dans le cadre de la préparation d'un diplôme d'études approfondies ou d'un master, sur sa participation à des congrès ou colloques, ses stages à l'étranger et toute autre formation ou expérience complémentaires ;

⁴⁹ Alinéa ajouté par l'arrêté du 14 octobre 2005

- des appréciations annuelles de l'enseignant coordonnateur et, le cas échéant, des enseignants coordonnateurs d'autres spécialités ;
- l'avis du directeur de l'unité de formation et de recherche dont relève l'interne.

Article 13

Les candidats n'ayant pas obtenu leur diplôme à la fin de leurs études de troisième cycle en qualité d'interne ont la possibilité de se présenter à nouveau devant la commission. Ils doivent, pour cela, reprendre une inscription universitaire.

Article 14

Lors de la validation terminale de la formation des internes, la commission visée à l'article 10 ci-dessus peut prendre en considération des stages pratiques supplémentaires validés dans des services agréés au titre d'un autre diplôme d'études spécialisées et des enseignements différents de ceux des diplômes d'études spécialisées auxquels sont inscrits les intéressés, à condition qu'ils soient effectués en plus des obligations de formation théorique et pratique exigées par la maquette du diplôme d'études spécialisées concerné et selon les règles fixées par les conseils des unités de formation et de recherche et approuvées par les présidents d'université.

Article 15

Le directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur général de la santé au ministère de la santé et de la protection sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 22 septembre 2004.

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Pour le ministre et par délégation : Le directeur de l'enseignement supérieur, J.-M. Monteil

Le ministre de la santé et de la protection sociale,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général de la santé :

Le chef du service politique de santé et qualité du système de santé, D. Eyssartier

Annexe 8 : Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la santé et de protection sociale,

Vu le code de l'éducation ;

Vu le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales ;

Vu le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 21 juin 2004, Arrêtent :

Chapitre Ier : Liste des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine

Article 1

La liste des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle des études médicales est fixée en fonction de leur groupe d'appartenance comme suit :

Groupe I

Addictologie.

Allergologie et immunologie clinique.

Andrologie.

Cancérologie.

Dermatopathologie.

Foetopathologie.

Hémobiologie-transfusion.

Médecine de la reproduction.

Médecine légale et expertises médicales.

Médecine du sport.

Médecine d'urgence.

Médecine vasculaire.

Néonatalogie.

Neuropathologie.

Nutrition.

Orthopédie dento-maxillo-faciale.

Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique.

Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Groupe II

Chirurgie infantile.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

Chirurgie de la face et du cou.

Chirurgie orthopédique et traumatologie.

Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

Chirurgie urologique.

Chirurgie vasculaire.

Chirurgie viscérale et digestive.

Gériatrie.

Réanimation médicale.

Les diplômes du groupe II ouvrent droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme.

Chapitre II : Réglementation

Article 2

Le contenu de chaque diplôme d'études spécialisées complémentaires est précisé dans une maquette annexée au présent arrêté. Celle-ci définit la durée de la formation, le programme des enseignements théoriques, les stages de formation pratique et la liste des diplômes d'études spécialisées permettant d'y accéder.

Article 3

Sont admis à s'inscrire en vue des diplômes d'études spécialisées complémentaires mentionnés à l'article 1er ci-dessus les internes en médecine et les assistants des hôpitaux des armées.

Les internes prennent une inscription administrative annuelle auprès de l'université de la subdivision dont ils relèvent, selon les règles fixées par le conseil de l'unité de formation et de recherche de médecine et approuvées par le président de l'université concernée.

Pour pouvoir s'inscrire à un diplôme d'études spécialisées complémentaires du groupe II, les internes doivent avoir effectué, au plus tard avant la fin du cinquième stage de l'internat, un stage spécifique à ce diplôme.

L'inscription à plusieurs diplômes d'études spécialisées complémentaires n'est pas autorisée.

Article 4

Les études en vue des diplômes d'études spécialisées complémentaires visés à l'article 1er ont une durée de deux ans s'ils appartiennent au groupe I et de trois ans s'ils appartiennent au groupe II, accomplis consécutivement ou non dans les services agréés, en application de la procédure prévue par les articles 68 et 68-1 du décret du 7 avril 1988 susvisé et par l'article 30 du décret du 16 janvier 2004 susvisé.

Pour les diplômes d'études spécialisées complémentaires dits du groupe I, deux stages doivent être effectués au cours de l'internat, sauf dérogation dûment justifiée, accordée par

l'enseignant coordonnateur mentionné à l'article 23 du décret du 16 janvier 2004 susvisé. Les deux autres stages comportent des fonctions hospitalo-universitaires ou hospitalières dans des services agréés.

Pour les diplômes d'études spécialisées complémentaires dits du groupe II, quatre stages doivent être effectués au cours de l'internat. Les deux autres stages comportent des fonctions hospitalo-universitaires ou hospitalières dans des services agréés.

Article 5

Dans chaque interrégion, les universités comportant au moins une unité de formation et de recherche de médecine peuvent être habilitées à délivrer les diplômes d'études spécialisées complémentaires mentionnés à l'article 1er du présent arrêté.

Article 6

Les enseignements sont organisés par les unités de formation et de recherche de médecine des universités habilitées à cet effet, selon des modalités déterminées par les conseils des unités de formation et de recherche de médecine, sur proposition de l'enseignant coordonnateur du diplôme dans l'interrégion, et approuvées par le ou les présidents d'université.

Article 7

Les enseignements sont dispensés au sein des unités de formation et de recherche, des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires et des autres établissements d'affectation des candidats.

Article 8

La préparation de chaque diplôme d'études spécialisées complémentaires est placée sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques de chaque diplôme d'études spécialisées complémentaires dans l'interrégion ; il est désigné, pour une durée de trois ans renouvelable une fois consécutivement, sur présentation d'un projet pédagogique de formation, par les directeurs des unités de formation et de recherche de médecine de l'interrégion après avis des conseils des unités de formation et de recherche concernées ainsi que des enseignants de la spécialité.

Article 9

L'enseignant coordonnateur peut, par dérogation aux dispositions de l'article 4 ci-dessus, après avis de la commission compétente pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires concerné, autoriser les candidats à accomplir la totalité ou trois stages de leur formation durant l'internat, lorsque les obligations de formation pratique du diplôme d'études spécialisées complémentaires postulé le permettent, ou après l'obtention du diplôme d'études spécialisées.

Article 10

Les enseignants coordonnateurs interrégionaux d'un même diplôme d'études spécialisées complémentaires sont chargés, après concertation, de formuler des propositions :

- a) Aux unités de formation et de recherche de médecine en ce qui concerne le contenu, les modalités et les méthodes d'évaluation des enseignements ;
- b) Aux différentes commissions de subdivision d'agrément des stages, prévues à l'article 30 du décret du 16 janvier 2004 susvisé en ce qui concerne les critères d'agrément des services, en prenant en compte notamment :
 1. L'encadrement et les moyens pédagogiques ;

2. Le degré de responsabilité des internes ;
3. La nature et l'importance des activités de soins et éventuellement de recherche clinique.

En tant que de besoin, les coordonnateurs de deux diplômes d'études spécialisées complémentaires se concertent sur le contenu et les conditions d'accès aux enseignements théoriques de leur formation et font des propositions d'agrément commun de stage.

Article 11

Dans chaque interrégion ou groupe d'interrégions, une commission interrégionale de coordination et d'évaluation spécifique à chaque diplôme d'études spécialisées complémentaires assiste l'enseignant coordonnateur ; elle propose la délivrance du diplôme d'études spécialisées complémentaires au terme du dernier stage.

Le diplôme d'études spécialisées complémentaires ne peut être délivré qu'aux titulaires d'un des diplômes d'études spécialisées mentionnés dans l'annexe propre au diplôme d'études spécialisées complémentaires considéré.

Pour délivrer le diplôme d'études spécialisées complémentaires, la commission interrégionale visée à l'article 11 se fonde sur :

- la validation de l'ensemble de la formation théorique ;
- la validation de tous les stages exigés pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires, attestée par un carnet de stage ou, à défaut, par les fiches mises en annexe à l'arrêté relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des internes ;
- des appréciations de l'enseignant coordonnateur ;
- l'avis du directeur de l'unité de formation et de recherche dont relève l'interne.

Article 12

La commission interrégionale, instituée pour chaque diplôme d'études spécialisées complémentaires, comprend :

Le professeur d'université-praticien hospitalier chargé de coordonner pour chaque interrégion l'organisation des enseignements théoriques et pratiques ;

Au moins trois personnels enseignants et hospitaliers titulaires des centres hospitaliers et universitaires, titulaires, dont deux de la discipline, désignés par les directeurs des unités de formation et de recherche de médecine organisant conjointement les enseignements. Ces enseignants sont responsables de l'enseignement des diplômes d'études spécialisées complémentaires concernés ; ils doivent appartenir aux différentes unités de formation et de recherche de médecine de l'interrégion.

Les membres de la commission sont nommés pour une durée de trois ans par les directeurs des unités de formation et de recherche de médecine, la commission se réunit au moins une fois par an.

Article 13

La commission interrégionale de coordination et d'évaluation se réunit au moins une fois par an, sur convocation de l'enseignant coordonnateur, pour examiner le contenu et les modalités d'enseignement et de validation des enseignements et des stages. Elle entend, à titre consultatif, un interne inscrit dans le diplôme d'études spécialisées complémentaires ; il est désigné par l'enseignant coordonnateur sur proposition de l'association des internes de la

spécialité considérée et, le cas échéant, du syndicat d'internes en médecine le plus représentatif.

Elle est consultée, pour avis, par l'enseignant coordonnateur du diplôme d'études spécialisées concerné dans le cadre du dépôt des dossiers de demande d'agrément des lieux de stage de formation pratique d'internes fournis par chaque chef de service hospitalier ou extrahospitalier.

Article 14

Des stages pratiques supplémentaires, validés dans des services agréés au titre d'un diplôme d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires différent, peuvent être pris en compte pour la validation de la formation par la commission visée à l'article 12 ci-dessus, à condition qu'ils soient effectués en plus des obligations de formation théorique et pratique exigées par la maquette du diplôme d'études spécialisées complémentaires postulé et après accord de l'enseignant coordonnateur, selon les règles fixées par les conseils des unités de formation et de recherche et approuvées par les présidents d'université.

Article 15

Des enseignements différents de ceux du diplôme d'études spécialisées complémentaires auquel est inscrit le candidat peuvent être pris en compte pour la validation de la formation selon les modalités définies pour les stages pratiques à l'article 13 ci-dessus.

Article 16

Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux internes qui s'inscrivent en diplôme d'études spécialisées complémentaires à compter de l'année universitaire 2004-2005.

Les dispositions des arrêtés du 4 mai 1988 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine sont abrogées.

Les internes en cours de diplôme d'études spécialisées complémentaires restent soumis, pour leur formation, aux maquettes annexées à l'arrêté du 4 mai 1988 relatif à la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

Article 17

Le directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur général de la santé au ministère de la santé et de la protection sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 22 septembre 2004.

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Pour le ministre et par délégation : Le directeur de l'enseignement supérieur, J.-M. Monteil

Le ministre de la santé et de la protection sociale,

Pour le ministre et par délégation : Par empêchement du directeur général de la santé : Le chef du service politique de santé et qualité du système de santé, D. Eyssartier

**Annexe 9 : Directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil
du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles
(Extraits)⁵⁰**

Section 2. Médecins

Article 24. Formation médicale de base

1. L'admission à la formation médicale de base suppose la possession d'un diplôme ou certificat donnant accès, pour les études en cause, aux établissements universitaires.

2. La formation médicale de base comprend au total au moins six années d'études ou 5 500 heures d'enseignement théorique et pratique dispensées dans une université ou sous la surveillance d'une université.

Pour les personnes ayant commencé leurs études avant le 1er janvier 1972, la formation visée au premier alinéa peut comporter une formation pratique de niveau universitaire de six mois effectuée à temps plein sous le contrôle des autorités compétentes.

3. La formation médicale de base donne la garantie que l'intéressé a acquis les connaissances et les compétences suivantes:

a) connaissance adéquate des sciences sur lesquelles se fonde la médecine, ainsi qu'une bonne compréhension des méthodes scientifiques, y compris des principes de la mesure des fonctions biologiques, de l'appréciation des faits établis scientifiquement et de l'analyse de données;

b) connaissance adéquate de la structure, des fonctions et du comportement des êtres humains, en bonne santé et malades, ainsi que des rapports entre l'état de santé de l'homme et son environnement physique et social;

c) connaissance adéquate des matières et des pratiques cliniques lui fournissant un aperçu cohérent des maladies mentales et physiques, de la médecine sous ses aspects préventifs, diagnostique et thérapeutique, ainsi que de la reproduction humaine;

d) expérience clinique adéquate sous surveillance appropriée dans des hôpitaux.

Article 25. Formation de médecin spécialiste

1. L'admission à la formation de médecin spécialiste suppose l'accomplissement et la validation de six années d'études dans le cadre du cycle de formation visé à l'article 24 au cours desquelles ont été acquises des connaissances appropriées en médecine générale.

2. La formation médicale spécialisée comprend un enseignement théorique et pratique, effectué dans une université, un centre hospitalier universitaire ou, le cas échéant, un établissement de soins de santé agréé à cet effet par les autorités ou organismes compétents.

Les États membres veillent à ce que les durées minimales des formations médicales spécialisées visées à l'annexe V, point 5.1.3, ne soient pas inférieures aux durées visées audit

⁵⁰ Le texte complet de la directive est disponible à l'adresse internet suivante :
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2005/l_255/l_25520050930fr00220142.pdf

point. La formation s'effectue sous le contrôle des autorités ou des organismes compétents. Elle comporte une participation personnelle du médecin candidat spécialiste à l'activité et aux responsabilités des services en cause.

3. La formation s'effectue à temps plein dans des postes spécifiques reconnus par les autorités compétentes. Elle implique la participation à la totalité des activités médicales du département où s'effectue la formation, y compris aux gardes, de sorte que le spécialiste en formation consacre à cette formation pratique et théorique toute son activité professionnelle pendant toute la durée de la semaine de travail et pendant la totalité de l'année, selon des modalités fixées par les autorités compétentes. En conséquence, ces postes font l'objet d'une rémunération appropriée.

4. Les États membres subordonnent la délivrance d'un titre de formation de médecin spécialiste à la possession d'un des titres de formation de médecin avec formation de base visés à l'annexe V, point 5.1.1.

5. Les durées minimales de formation visées à l'annexe V, point 5.1.3, peuvent être modifiées selon la procédure visée à l'article 58, paragraphe 2, en vue de leur adaptation au progrès scientifique et technique.

Article 26. Dénominations des formations médicales spécialisées

Les titres de formation de médecin spécialiste visés à l'article 21 sont ceux qui, délivrés par les autorités ou organismes compétents visés à l'annexe V, point 5.1.2, correspondent, pour la formation spécialisée en cause aux dénominations en vigueur dans les différents États membres et figurant à l'annexe V, point 5.1.3.

L'introduction à l'annexe V, point 5.1.3, de nouvelles spécialisations médicales communes pour au moins les deux cinquièmes des États membres peut être décidée selon la procédure visée à l'article 58, paragraphe 2, en vue de la mise à jour de la présente directive à la lumière de l'évolution des législations nationales.

Article 27. Droits acquis spécifiques aux médecins spécialistes

1. Un État membre d'accueil peut exiger des médecins spécialistes dont la formation médicale spécialisée à temps partiel était régie par des dispositions législatives, réglementaires et administratives en vigueur à la date du 20 juin 1975 et qui ont entamé leur formation de spécialiste au plus tard le 31 décembre 1983 que leurs titres de formation soient accompagnés d'une attestation certifiant qu'ils se sont consacrés effectivement et licitement aux activités en cause pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation.

2. Chaque État membre reconnaît le titre de médecin spécialiste délivré en Espagne aux médecins qui ont achevé une formation spécialisée avant le 1er janvier 1995, même si elle ne répond pas aux exigences minimales de formation prévues à l'article 25, pour autant que ce titre soit accompagné d'un certificat délivré par les autorités espagnoles compétentes et attestant que l'intéressé a passé avec succès l'épreuve de compétence professionnelle spécifique organisée dans le cadre des mesures exceptionnelles de reconnaissance figurant dans le décret royal 1497/99 dans le but de vérifier que l'intéressé possède un niveau de connaissances et de compétences comparable à celui des médecins possédant des titres de médecin spécialiste définis, pour l'Espagne, à l'annexe V, points 5.1.2 et 5.1.3.

3. Chaque État membre qui a abrogé les dispositions législatives, réglementaires ou administratives concernant la délivrance des titres de formation de médecin spécialiste visés à l'annexe V, points 5.1.2 et 5.1.3, et qui a pris des mesures relatives à des droits acquis en faveur de ses ressortissants, reconnaît aux ressortissants des autres États membres le droit de bénéficier de ces mêmes mesures, si ces titres de formation ont été délivrés avant la date à partir de laquelle l'État membre d'accueil a cessé de délivrer ses titres de formation pour la spécialisation concernée.

Les dates d'abrogation de ces dispositions figurent à l'annexe V, point 5.1.3.

Article 28. Formation spécifique en médecine générale

1. L'admission à la formation spécifique en médecine générale suppose l'accomplissement et la validation de six années d'études dans le cadre du cycle de formation visé à l'article 24.

2. La formation spécifique en médecine générale conduisant à l'obtention des titres de formation délivrés avant le 1er janvier 2006 est d'une durée d'au moins deux ans à temps plein. Pour les titres de formation délivrés après cette date, elle a une durée d'au moins trois années à temps plein.

Lorsque le cycle de formation visé à l'article 24 comporte une formation pratique dispensée dans un établissement hospitalier agréé disposant de l'équipement et des services appropriés en médecine générale ou dans le cadre d'une pratique de médecine générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins dispensent des soins primaires, la durée de cette formation pratique peut être incluse, dans la limite d'une année, dans la durée prévue au premier alinéa pour les titres de formation délivrés à partir du 1er janvier 2006.

La faculté visée au deuxième alinéa n'est ouverte que pour les États membres dans lesquels la durée de la formation spécifique en médecine générale était de deux ans au 1er janvier 2001.

3. La formation spécifique en médecine générale s'effectue à temps plein sous le contrôle des autorités ou des organismes compétents. Elle est de nature plus pratique que théorique.

La formation pratique est dispensée, d'une part, pendant six mois au moins, dans un établissement hospitalier agréé disposant de l'équipement et des services appropriés et, d'autre part, pendant six mois au moins, dans le cadre d'une pratique de médecine générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins dispensent des soins primaires.

Elle se déroule en liaison avec d'autres établissements ou structures sanitaires s'occupant de la médecine générale. Toutefois, sans préjudice des périodes minimales mentionnées au deuxième alinéa, la formation pratique peut être dispensée pendant une période maximale de six mois dans d'autres établissements ou structures sanitaires agréés s'occupant de la médecine générale.

La formation comporte une participation personnelle du candidat à l'activité professionnelle et aux responsabilités des personnes avec lesquelles il travaille.

4. Les États membres subordonnent la délivrance d'un titre de formation spécifique en médecine générale à la possession d'un des titres de formation de médecin avec formation de base visés à l'annexe V, point 5.1.1.

5. Les États membres peuvent délivrer les titres de formation visés à l'annexe V, point 5.1.4, à un médecin qui n'a pas accompli la formation prévue au présent article mais qui possède une autre formation complémentaire sanctionnée par un titre de formation délivré par les autorités compétentes d'un État membre. Toutefois, ils ne peuvent délivrer de titre de formation que si

celui-ci sanctionne des connaissances d'un niveau qualitativement équivalent à celui des connaissances résultant de la formation prévue au présent article.

Les États membres déterminent notamment dans quelle mesure la formation complémentaire déjà acquise par le demandeur ainsi que son expérience professionnelle peuvent être prises en compte pour remplacer la formation prévue au présent article.

Les États membres ne peuvent délivrer le titre de formation visé à l'annexe V, point 5.1.4, que si le demandeur a acquis une expérience en médecine générale d'au moins six mois dans le cadre d'une pratique de médecine générale ou d'un centre dans lequel des médecins dispensent des soins primaires visés au paragraphe 3.

Article 29. Exercice des activités professionnelles de médecin généraliste

Chaque État membre subordonne, sous réserve des dispositions relatives aux droits acquis, l'exercice des activités de médecin généraliste, dans le cadre de son régime national de sécurité sociale, à la possession d'un titre de formation visé à l'annexe V, point 5.1.4.

Les États membres peuvent dispenser de cette condition les personnes qui sont en cours de formation spécifique en médecine générale.

Article 30. Droits acquis spécifiques aux médecins généralistes

1. Chaque État membre détermine les droits acquis. Toutefois, il doit considérer que le droit d'exercer les activités de médecin généraliste dans le cadre de son régime national de sécurité sociale, sans le titre de formation visé à l'annexe V, point 5.1.4, constitue un droit acquis pour tous les médecins qui bénéficient de ce droit à la date de référence visée audit point en vertu des dispositions applicables à la profession de médecin donnant accès aux activités professionnelles de médecin avec formation de base et qui sont établis à cette date sur son territoire en ayant bénéficié des dispositions de l'article 21 ou de l'article 23.

Les autorités compétentes de chaque État membre délivrent, sur demande, un certificat attestant le droit d'exercer les activités de médecin généraliste dans le cadre de leur régime national de sécurité sociale, sans le titre de formation visé à l'annexe V, point 5.1.4, aux médecins qui sont titulaires de droits acquis en vertu du premier alinéa.

2. Chaque État membre reconnaît les certificats visés au paragraphe 1, deuxième alinéa, délivrés aux ressortissants des États membres par les autres États membres en leur donnant le même effet sur son territoire qu'aux titres de formation qu'il délivre et qui permettent l'exercice des activités de médecin généraliste dans le cadre de son régime national de sécurité sociale.

Annexe 10 : Décret n°2004-252 du 19 mars 2004, relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de l'éducation, et notamment les articles L. 632-4 et L. 632-12 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4111-1, L. 4127-1 et L. 4131-1 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins en date du 30 janvier 2004 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1

Les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste qui leur a été initialement reconnue.

Article 2

L'obtention de la qualification de spécialiste, mentionnée à l'article 1er, relève de la compétence de l'ordre national des médecins. Les décisions sont prises par le conseil départemental de l'ordre après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité. Ces décisions sont susceptibles d'appel devant le conseil national, qui statue après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité auprès de lui.

Article 3

Pour obtenir cette qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaire de la spécialité sollicitée.

Article 4

La composition des commissions, la procédure d'examen des dossiers et la liste des spécialités sont fixées par un arrêté du ministre portant règlement de qualification, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

Article 5

Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Jean-Pierre Raffarin, Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattei

Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Luc Ferry

Annexe 11 : Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins

Le ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de l'éducation, et notamment les articles L. 632-4 et L. 632-12 ;

Vu le décret n° 2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste,

Arrête :

TITRE Ier. DISPOSITIONS RELATIVES À LA PROCÉDURE DE QUALIFICATION

Article 1

Sont reconnus qualifiés les médecins qui possèdent l'un des documents suivants :

1. Le diplôme d'études spécialisées ;
2. Le diplôme d'études spécialisées complémentaire, dit du groupe II qualifiant ;
3. Le document annexé au diplôme de docteur en médecine sur lequel il est fait état de la qualification en médecine générale ;
4. Le certificat d'études spéciales ;
5. La décision de qualification en médecine générale prononcée par le Conseil national de l'ordre des médecins pour les médecins ayant obtenu le diplôme d'Etat de docteur en médecine avant le 1er janvier 1995.

A défaut de la possession des diplômes ci-dessus mentionnés, sont prises en considération les formations et l'expérience dont se prévaut l'intéressé. Celles-ci seront appréciées dans les conditions prévues aux articles 2 à 8 du présent règlement.

Article 2

Des commissions nationales de première instance et d'appel sont instituées dans chacune des spécialités des diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires du groupe II qualifiants.

Les commissions, dont les membres sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans, sont composées comme suit :

Un président, médecin qualifié dans la discipline intéressée et professeur des universités-praticien hospitalier ou, pour la commission de qualification en médecine générale, enseignant associé en médecine générale.

Ce médecin est proposé à la désignation du ministre de la santé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

Quatre médecins qualifiés dans la discipline intéressée, dont deux proposés par le Conseil national de l'ordre des médecins et deux proposés par le ou les syndicats nationaux les plus représentatifs de la discipline intéressée ou, à défaut, par le ou les syndicats médicaux nationaux les plus représentatifs.

Des suppléants sont désignés suivant la même procédure et en même nombre. Ils siègent en l'absence des titulaires.

Aucun mandat ne pourra être renouvelé au-delà de l'âge de soixante-huit ans.

Un médecin inspecteur régional de la santé et un médecin-conseil de la caisse régionale d'assurance maladie pour la Commission nationale de première instance, ou le représentant du ministre chargé de la santé et un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale pour la Commission nationale d'appel assistent à la commission avec voix consultative.

Les membres titulaires ou suppléants ne peuvent siéger à la Commission nationale d'appel s'ils ont déjà eu à examiner la demande en première instance.

Article 3

La demande de qualification est adressée par l'intéressé au conseil départemental de l'ordre dont il relève lorsqu'il est inscrit au tableau de l'ordre.

Le Conseil national reçoit les demandes de qualification des médecins visés à l'article L. 4112-6 du code de la santé publique et le conseil départemental de la ville de Paris celles des médecins inscrits sur la liste spéciale des médecins résidant à l'étranger prévues à l'article 1er du décret n° 59-878 du 18 juillet 1959.

L'impétrant doit faire figurer toutes les pièces justificatives à l'appui de sa demande. La demande qui n'est pas assortie de l'un des diplômes visés à l'article 1er est obligatoirement transmise à la commission compétente par le conseil départemental de l'ordre.

Les conclusions de la commission compétente sont contenues dans la rédaction d'un avis motivé signé par son président ou le président de séance. Cet avis est adressé au conseil départemental de l'ordre intéressé.

Article 4

Lorsque le conseil départemental adopte l'avis de la commission de qualification, il prend une décision de qualification favorable ou, le cas échéant, défavorable et notifie la décision qu'il a prise au médecin intéressé, au préfet et au Conseil national de l'ordre des médecins.

Article 5

Lorsque le conseil départemental estime par une délibération motivée ne pas devoir suivre l'avis de la commission de qualification, il doit, dans le délai de deux mois qui suit l'envoi de l'avis de la commission compétente, transmettre, avec le procès-verbal de la délibération précitée, le dossier au Conseil national et en aviser en même temps l'intéressé.

Article 6

Le médecin dont la qualification a été refusée par une décision du conseil départemental de l'ordre, prise après avis de la commission compétente, peut faire appel de la décision rendue auprès du Conseil national de l'ordre dans le délai de deux mois qui suit la date de notification du refus de qualification.

Article 7

Le Conseil national de l'ordre transmet sans délai la demande de qualification à la Commission nationale d'appel, dont la composition est mentionnée à l'article 2.

Après avis de la Commission nationale d'appel compétente, le Conseil national de l'ordre confirme ou infirme les décisions susvisées des conseils départementaux et statue éventuellement sur les cas qui lui sont soumis dans les conditions prévues à l'article 5.

Il notifie ses décisions aux intéressés et aux conseils départementaux correspondants qui en assurent l'application.

Article 8

Les intéressés doivent obligatoirement être appelés à présenter leurs observations et être régulièrement convoqués devant les commissions prévues à l'article 2.

Article 9

Le conseil départemental établit la liste des médecins spécialistes de son département.

Dans les cas prévus à l'article 3, alinéa 2, le Conseil national de l'ordre inscrit les médecins qualifiés sur une liste spéciale de qualification établie et tenue à jour par ses soins.

Un médecin peut être titulaire de plusieurs qualifications, mais il ne peut être inscrit que sur la liste d'une seule spécialité.

Les listes des médecins spécialistes peuvent subir des modifications en raison des variations susceptibles d'intervenir dans les modalités d'exercice des praticiens.

Le conseil départemental procède, en conséquence, aux changements de discipline en modifiant les listes de spécialistes, et notifie ces modifications au préfet et au Conseil national de l'ordre des médecins.

TITRE II. DISPOSITIONS RELATIVES À LA RECONNAISSANCE MUTUELLE DES DIPLÔMES, CERTIFICATS ET AUTRES TITRES DE MÉDECINS DÉLIVRÉS AUX RESSORTISSANTS DES ÉTATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE ET DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE OU DE L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN

Article 10

Les diplômes, certificats et autres titres de médecin et de médecin spécialiste délivrés conformément aux obligations communautaires et faisant l'objet d'une reconnaissance mutuelle au sein des Etats membres de l'Union européenne, de la Confédération suisse et des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen figurent sur une liste de diplômes établie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Lors de leur demande d'inscription au tableau de l'ordre, les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne et de la Confédération suisse ou parties à l'Espace économique européen doivent communiquer, notamment, leur diplôme, certificat ou autre titre de médecin ou de médecin spécialiste, accompagné d'une attestation délivrée par les autorités compétentes du pays d'origine ou de provenance certifiant que le bénéficiaire a rempli toutes les conditions de formation prévues par les obligations communautaires.

TITRE III. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 11

Conformément aux dispositions de l'article 8 de l'arrêté du 10 décembre 2003, les médecins ayant obtenu le diplôme d'Etat de docteur en médecine antérieurement à la mise en place du régime d'études médicales instauré par la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux

études médicales et pharmaceutiques peuvent demander avant le 1er janvier 2005 une qualification en qualité de médecin compétent conformément aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 4 septembre 1970 modifié portant règlement de qualification.

Article 12

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 juin 2004.

Pour le ministre et par délégation : Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty

Annexe 12 : Code de l'Education, article L632-12

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 60 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent :

1° Les conditions dans lesquelles les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen autres que la France, titulaires d'un diplôme de fin de deuxième cycle des études médicales ou d'un titre équivalent, peuvent accéder à un troisième cycle de médecine générale ou spécialisée ;

2° Les modalités selon lesquelles les médecins ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ayant exercé pendant au moins trois ans leur activité professionnelle, peuvent accéder à une formation de troisième cycle des études médicales différente de leur formation initiale ; les compétences acquises sont prises en compte pour la durée et le déroulement de ces formations ;

3° Les règles d'accès aux formations de troisième cycle pour les médecins autres que les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, de la principauté d'Andorre ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ;

4° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de spécialiste.

Il est nécessaire de s'arrêter quelques instants sur cet article afin de lever toute ambiguïté d'interprétation du point 4° auquel se réfèrent les textes réglementaires relatifs aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste.

Dans le projet de loi de modernisation sociale, article 17, la rédaction initiale du 4° était :

« (Des décrets en Conseil d'Etat déterminent)... 4° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France, en application du 2° de l'article L.356 du code de la santé publique ou du I de l'article 60 de la loi n°99-641 du 28 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, peuvent obtenir la qualification de spécialiste »

Le rapport n°2809 du 22 décembre 2000 établi par Philippe Nauche, l'un des deux rapporteurs du projet de loi, au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, précise que ce point 4° *« vise à permettre un accès à la qualification aux médecins à diplôme étranger non communautaire qui exercent dans les hôpitaux avec le statut de praticien adjoint contractuel ou à qui une autorisation individuelle d'exercice de la médecine a été délivrée (qui n'autorise jamais que l'exercice de la médecine générale). »*

Tel que formulé, le texte ne concernait pas les médecins à diplôme français.

Un amendement présenté par le rapporteur lors de la séance du 11 janvier 2001 et adopté par l'Assemblée nationale modifie la rédaction du point 4° comme suit :

« (Des décrets en Conseil d'Etat déterminent)... 4^o Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de spécialiste. »

Cet amendement « a pour objet de mieux définir les possibilités de requalification dans une autre discipline, en fonction des diplômes obtenus et des cursus suivis par les professionnels concernés. Il simplifie les dispositions du projet de loi initial et clarifie donc la situation. »⁵¹

On pourrait se demander à ce stade si la notion de « requalification dans une autre discipline » est bien celle qui convient dans notre cas mais le rapport n°3073 du 21 mai 2001 rédigé par Philippe Nauche lors de la deuxième lecture du projet de loi à l'Assemblée nationale explicite la modification de la rédaction du point 4 : « Cette modification avait pour objet de définir un champ d'application suffisamment large pour permettre à tout médecin autorisé à exercer la médecine en France, quel que soit son cursus passé, de déposer un dossier devant la commission de qualification (y compris celui qui souhaiterait changer d'orientation en cours de carrière). »

⁵¹ Assemblée nationale, débats parlementaires, 1^{ère} séance du jeudi 11 janvier 2001, Compte-rendu intégral, p.235

Annexe 13 : Exercice de la profession de médecin et autorisation d'exercer

L'exercice de la profession de médecin : Article L4111-1 du Code de la Santé Publique

Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est :

1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ;

2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ;

3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7.

L'autorisation à exercer : Article L4111-2 du Code de la Santé Publique

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 136 I Journal Officiel du 11 août 2004)

(Ordonnance n° 2004-1174 du 4 novembre 2004 art. 1 Journal Officiel du 5 novembre 2004)

(Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 art. 83 I, art. 83 II Journal Officiel du 22 décembre 2006)

I. - Le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.

Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves pour chaque profession et pour chaque discipline ou spécialité est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé en tenant compte, notamment, de l'évolution des nombres d'étudiants déterminés conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 631-1 du code de l'éducation.

Le nombre maximum mentionné à l'alinéa précédent n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

Les lauréats, candidats à la profession de médecin, doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en

compte après avis de la commission mentionnée au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice.

I bis. - Le ministre chargé de la santé peut également, après avis de la commission mentionnée au I, autoriser individuellement à exercer des ressortissants d'un Etat autre que ceux membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans l'un de ces Etats, conformément aux obligations communautaires. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession et, en ce qui concerne la profession de médecin, pour chaque discipline ou spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice.

II. - Le ministre chargé de la santé peut également, selon des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat, autoriser individuellement à exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre délivré par un Etat tiers, mais qui a été reconnu dans un Etat membre autre que la France et permet d'y exercer légalement la profession, après avoir examiné les connaissances et qualifications attestées par ce diplôme et par l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle acquises dans un Etat membre au regard de celles exigées par les règles en vigueur pour l'accès et l'exercice de cette profession.

Annexe 14. Projet de décret relatif aux conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir un diplôme qui leur confère la qualification de spécialiste.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et du ministre de la santé et de la protection sociale;

Vu le code de l'éducation et notamment l'article L 632-12. 4°;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales ;

Vu le décret n° 2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste .

Vu l'avis du conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu ;

Décrète :

Article 1 – Le présent décret fixe les conditions dans lesquelles les personnes mentionnées au 4° de l'article L.632-12 du code de l'éducation peuvent obtenir un diplôme qui leur confère la qualification de spécialiste.

Article 2 – Les personnes visées à l'article 1 déposent un dossier de demande de qualification auprès d'une université, comportant une unité de formation et de recherche médicale. Ces demandes sont examinées par des jurys constitués, par spécialité, auprès d'une université, désignée à cet effet, au sein de chacune des interrégions prévues à l'article 3 du décret du 16 janvier 2004 susvisé, par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Cet arrêté détermine également, pour chaque université, la liste des qualifications susceptibles d'être accordées.

Article 3 – Les jurys, prévus à l'article 2 ci-dessus, sont désignés, pour chaque spécialité, par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Ils comportent quatre personnels enseignants et hospitaliers titulaires des centres hospitaliers et universitaires, dont le coordonnateur du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaires postulé ; deux médecins, un libéral et un hospitalier et deux représentants du Conseil de l'ordre des médecins, désignés sur proposition du Conseil national de l'ordre. La présidence du jury est assurée par l'enseignant coordonnateur du diplôme ; il a voix prépondérante.

Lorsque la qualification sollicitée concerne la médecine générale, un des personnels enseignants et hospitaliers est remplacé par un enseignant associé en médecine générale.

Article 4 – Le dossier présenté par le candidat fait apparaître, par référence à la qualification postulée, les compétences, les connaissances et les aptitudes qu'il a acquises. Il comprend les documents rendant compte de son expérience, du domaine et de la durée de son activité

professionnelle et des attestations correspondant aux formations suivies et aux diplômes obtenus antérieurement.

Article 5 – Le jury procède à l'examen du dossier du candidat, s'entretient avec lui sur la base du dossier présenté et apprécie son expérience professionnelle.

- Le jury peut retenir la demande du candidat et proposer la délivrance du diplôme de spécialiste correspondant. L'Ordre des médecins est alors tenu de l'inscrire sur la liste des médecins qualifiés dans la spécialité.
- Lorsque le jury ne retient pas la demande du candidat il indique alors les connaissances, les compétences ou les aptitudes restant à acquérir.

Le candidat dont le dossier a été refusé a la possibilité de présenter une nouvelle demande de qualification à condition d'avoir acquis une expérience et une formation complémentaires ; son dossier fait apparaître les expériences, les connaissances et les aptitudes acquises depuis la décision de rejet.

Article 6 – Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur détermine le montant des droits que les candidats doivent verser aux universités lorsqu'ils déposent un dossier de demande de qualification.

Article 7 – Les candidats visés à l'article L 632-12. 4° du code de l'éducation peuvent également obtenir la qualification de spécialiste en application des dispositions du décret n° 2004-252 du 19 mars 2004 susvisé.

Article 8 – Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre des solidarités et de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le

Par le Premier ministre

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Le ministre des solidarités et de la santé

Annexe 15 : Critères de Qualification en Médecine Générale
Conseil National de l'Ordre des Médecins
Commission de Première Instance de Qualification en Médecine Générale

1. Formation :

- Formation Médicale Initiale : Respect de la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (enseignement et formation pratique) dans son état actuel et dans ses évolutions ultérieures.
- Formations complémentaires en rapport avec la médecine générale :
 - Formation Médicale Continue dans le cadre des organismes agréés par le CN FMC (Conseil National de la Formation Médicale Continue)
 - Diplômes universitaires
 - Autres

2. Activité professionnelle

- Prise en compte des Acquis de l'Expérience (Centre de santé, médecine pénitencière, médecine humanitaire, etc.)
- 1 an minimum en soins primaires ambulatoires dans les 3 ans précédents
- Polyvalence

3. Travaux personnels en rapport avec les Soins Primaires

- Publications
- Communications
- Travaux de recherche
- Expertise en formation médicale

4. Services rendus à la discipline

- Participation aux Réseaux de Santé
- Participation à la Permanence des Soins
- Activité de Santé Publique (éducation pour la santé, prévention, dépistage)
- Médecin habilité par la Haute Autorité de Santé
- Activité de coordinateur d'EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
 - Activité de formateur en Formation Médicale Initiale, Formation Médicale Continue, Evaluation des Pratiques Professionnelles

Annexe 16 : La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille

Paraphrasant Pestiaux et Vanwelde⁵², deux chercheurs bruxellois du Centre Universitaire de Médecine générale de l'Université Catholique de Louvain, je dirai que dans « définir » il y a « défi ». Définir de manière exhaustive la médecine générale est à bien des égards une gageure.

Voici un aperçu chronologique de l'évolution de la définition de la médecine générale à travers les principaux travaux publiés sur la question.

La définition de Leeuwenhorst⁵³ (1974)

« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaîtra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. »

La première définition de la WONCA (1991)

« Le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Le médecin généraliste/médecin de famille accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe ou du diagnostic. Le médecin généraliste/médecin de famille prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. En plus de cela, il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients. Le médecin généraliste/médecin de famille exerce sa profession en fournissant des soins lui-même, ou au travers des services de tierces personnes, selon les besoins du patient et des ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert. »

⁵² Pestiaux D, Vanwelde C. Qu'en pense la dame de Saint-Léon ? Les nouveaux habits de la médecine générale, *Louvain Méd*, 2002, 121: S213-S219

⁵³ *The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice*, Leeuwenhorst, Netherlands, 1974

Les dix principes du Collège national des généralistes enseignants⁵⁴ (1995)

« 1. un grand champ d'activités défini par les besoins du patient et par ses demandes, (...)

2. une réponse à la plupart des demandes de santé,

En France, excepté les problèmes ophtalmologiques, obstétricaux et dermatologiques, la médecine générale prend en charge tous les motifs de consultations. Par exemple 91 % des maladies du métabolisme, 88 % des pathologies digestives, 87 % des affections cardiovasculaires ou respiratoires sont traitées et suivies en médecine générale.

3. une approche centrée sur le patient,

Le point de départ du processus est le patient. Il est aussi important de comprendre comment le patient vit sa maladie que de traiter la maladie elle-même car l'anamnèse centrée sur le patient améliore le résultat final. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses craintes, ses attentes et ses maladies. On peut en tirer deux conséquences : la prise en charge des aspects personnels nécessite des aptitudes pour une bonne relation patient-malade et donc une formation spécifique ; centrer l'approche sur le patient pose le problème d'une classification épidémiologique adaptée, comme la Classification Internationale des Soins Primaires. Cette classification n'est pas utilisée actuellement en France.

4. une prise en compte de l'environnement du patient (contexte familial, communauté),

Les liens entre le patient et son environnement sont permanents. La famille, le mode de vie, la sphère professionnelle interviennent régulièrement dans les pathologies. Un patient a une histoire et sa maladie prend son sens dans cette histoire. La décision médicale doit prendre en considération les conséquences sur le patient et sa vie. Cette approche globale s'intéresse particulièrement à la signification des symptômes. Elle implique une connaissance de l'environnement facilitée par la pratique de terrain et des compétences humaines maintenues grâce à une formation appropriée.

5. le traitement simultané de plaintes et de pathologies multiples,

Le patient consulte souvent pour plusieurs motifs, en général deux, mais ce nombre croît avec l'âge. Les polyopathologies sont fréquentes et concernent spécialement les personnes âgées. La médecine générale doit prendre en compte toutes ces demandes dans un seul acte. La réponse simultanée à plusieurs demandes rend nécessaire une hiérarchisation des problèmes qui rend compte des priorités du médecin et celles du patient

6. la continuité des soins,

L'approche de médecine générale doit être constante and implique un suivi de la naissance (et parfois avant) jusqu'à la mort (et parfois après). Elle assure la continuité des soins en raison même du suivi des patients tout au long de leur vie. Le dossier médical doit en permettre la cohérence. C'est la mémoire objective des consultations, mais seulement une part de l'histoire commune médecin-patient.

7. la coordination des soins,

La synthèse des différents offreurs de soins, la circulation de l'information, l'organisation de l'ordre des traitements repose sur l'existence d'une unité de coordination. La médecine générale peut remplir ce rôle de pivot du traitement si les conditions structurelles le permettent. En France, la régulation de l'accès direct aux spécialistes demeure un problème

⁵⁴ Gay B. *What are the basic conditions for defining general practice*, Présentation au premier congrès de la Société Européenne de Médecine générale / Médecine de famille (WONCA Europe), Strasbourg, 1995.

aigu : les médecins généralistes ne sont pas des *gate keepers*. Développer un travail d'équipe autour du malade avec tous les professionnels de santé ne peut qu'améliorer la qualité des soins.

8. une faible prévalence des maladies graves,

La prévalence est le rapport entre le nombre des personnes malades et l'effectif de la population susceptible d'être malade. La prévalence est plus faible en médecine générale qu'à l'hôpital parce qu'il n'y a pas de sélection des patients en médecine de ville. Or la valeur prédictive, positive ou négative (probabilité d'être ou non affecté par la maladie) d'un signe clinique ou d'un test diagnostique dépend de la prévalence de la maladie dans la population concernée. Si la prévalence est faible, la valeur prédictive diminue. Le même signe n'a ainsi pas la même importance en pratique ambulatoire et à l'hôpital, ce qui explique les approches différentes. En médecine générale, la faible prévalence d'une maladie grave impose un processus basé sur la vraisemblance.

9. des soins à un stade précoce des pathologies,

Le patient consulte souvent dès la survenue des symptômes et il est difficile d'établir un diagnostic à ce stade précoce. Si les signes d'une maladie déclarée sont en général bien connus, ce n'est pas le cas pour les premiers signes qui sont souvent les mêmes pour de nombreuses maladies. Après avoir pesé le risque d'une évolution dangereuse, la décision pourra tout à fait être d'attendre et de voir les développements futurs. La faible prévalence et les stades précoces des maladies ne permettent pas de faire un diagnostic positif. Le résultat de la consultation reste souvent au niveau d'un ou plusieurs symptômes, parfois l'idée d'une maladie, rarement un diagnostic complet.

10. une efficacité en termes de coûts.

Traiter des problèmes « communs » demande des solutions simples. L'utilisation d'une technologie limitée évite des investigations lourdes et coûteuses. La proximité, la continuité et la coordination des soins, la connaissance du patient assure une réponse médicale appropriée. La médecine générale permet de limiter les coûts à la stricte nécessité et propose au patient une attitude raisonnable en termes de dépenses de santé. »

L'approche de l'OMS ⁵⁵ (1998)

« La médecine générale peut se développer dans différents systèmes de distribution des soins. Malgré les différences de planification, d'organisation et d'administration de ces systèmes, il existe des spécificités propres dans tous les pays. Bien que certaines de ces caractéristiques soient également applicables à d'autres spécialités, elles restent l'apanage de la médecine générale. Elles sont décrites ci-dessous :

1. Générale

Les soins administrés par les médecins de famille ne sont pas limités à certaines catégories de la population : ils s'adressent à tout le monde, sans restriction d'âge, de sexe, de milieu social, d'ethnie ni de religion. En médecine de famille aucune catégorie de plaintes ni de problèmes liés à la santé n'est exclue. Elle doit être accessible dans un délai bref. L'accès n'est pas limité par des barrières géographiques, culturelles, administratives ou financières.

⁵⁵ Organisation Mondiale de la Santé, *Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale/médecine de famille en Europe*, Copenhague, 1998. Seule la version anglaise du document a été publiée. La traduction française utilisée est due au docteur Jean-Yves Chambonet, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nantes.

2. Continue

La médecine générale est d'abord centrée sur la personne, avant d'être centrée sur la maladie. Elle est basée sur des relations personnelles durables entre le patient et le médecin, elle englobe la santé des individus de manière longitudinale et s'étend sur des périodes importantes de leur vie, sans se limiter à un épisode de recours aux soins.

3. Globale

La médecine générale comprend les soins préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs, ainsi que l'éducation pour la santé, en intégrant les domaines bio-médical, psychologique et social. Elle traite des liens entre la souffrance et la maladie et intègre dans les décisions, les aspects humains et éthiques de la relation médecin/patient.

4. Coordonnée

La grande majorité des problèmes dont souffrent les individus peuvent être résolus lors de la première entrevue avec le médecin de famille. Lorsque cela s'avère nécessaire le médecin de famille dirige le patient vers un spécialiste ou vers un autre professionnel de santé. Les médecins de famille informent les patients sur les services proposés et les meilleurs moyens de les utiliser. Les médecins de famille apparaissent comme les conseillers de leurs patients et leurs apportent ou procurent le soutien moral approprié. Ils sont aussi responsables de la coordination des soins et des prises en charge sociales.

5. Collaboratrice

Les médecins de famille devraient être préparés à travailler avec les autres professionnels de santé et les acteurs sociaux. Pour atteindre tous ces objectifs, il est souhaitable que le médecin de famille fasse partie d'une équipe multidisciplinaire dont il pourrait assurer la direction.

6. Orientée vers la famille

En médecine générale, les problèmes individuels sont traités dans leur contexte familial, social et culturel, et ce en fonction des circonstances sociales et d'emploi.

7. Orientée vers la communauté

Les problèmes du patient doivent être examinés en tenant compte du contexte communautaire local. Le médecin de famille devrait identifier les besoins de la communauté concernée en matière de santé en collaborant avec les autres professionnels, avec les institutions médico-sociales et avec des associations d'usagers afin d'améliorer les problèmes sanitaires locaux. »

La définition de Olesen, Dickinson et Hjortdahl⁵⁶ (2000)

« Le médecin généraliste - médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de problème(s) de santé présenté(s). Le médecin généraliste - médecin de famille prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. Le médecin généraliste s'engage avec des individus autonomes dans les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, y compris palliatifs, de l'accompagnement et de la

⁵⁶ Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition, *British Medical Journal*, 2000; 320,354-357

guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale. »

La seconde définition de la WONCA (2002)

Il s'agit sans doute de la définition la plus élaborée à ce jour. Onze critères caractérisent la médecine générale / médecine de famille⁵⁷ :

1) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

Le terme "habituellement" est utilisé pour indiquer que dans certaines circonstances, (ex. traumatisme majeur), ce n'est pas le premier point de contact. Cependant, ce devrait être le premier point de contact pour la plupart des situations. Il ne devrait pas y avoir de barrières qui empêchent l'accès. Les médecins généralistes – médecins de famille devraient prendre en charge tous types de patients, jeune ou vieux, homme ou femme, et tous types de problèmes de santé. La médecine générale est la ressource première et essentielle. Elle couvre un vaste champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes des patients. Cette approche montre les nombreuses facettes de la discipline ainsi que l'opportunité de leur utilisation dans la gestion de problèmes individuels et communautaires.

2) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

Ce rôle de coordination est un point clef de l'efficacité des soins de santé de première ligne de bonne qualité. Il permet d'assurer que le patient consulte le professionnel de la santé le plus approprié à ses problèmes de santé. La synthèse des différents prestataires de soins, la circulation appropriée de l'information et les modalités de prescription des traitements, nécessitent l'existence d'une unité de coordination. La médecine générale peut remplir ce rôle de pivot si les conditions structurelles le permettent. Développer le travail d'équipe autour du patient avec des professionnels de la santé permet d'améliorer la qualité des soins. La gestion de l'interface avec d'autres spécialités permet à la discipline d'assurer un accès approprié à ceux qui ont besoin de services de haute technologie basés sur des soins de santé de seconde ligne. Un rôle central de la discipline est d'apporter une assistance aux patients et donc de les protéger des risques consécutifs aux dépistages, examens et traitements inutiles, et de les guider à travers la complexité du système des soins de santé.

3) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

La médecine générale s'occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie, et non d'une pathologie impersonnelle ou d'un "cas". Le patient est le point de départ du processus. Il est aussi important de comprendre comment le patient fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-

⁵⁷ Nous reproduisons la définition extraite des pages 10 à 14 du document « les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille », WONCA Europe, 2002, 51 pages.

même. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins.

4) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste - médecin de famille contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste - médecin de famille et est en elle-même thérapeutique.

5) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

L'approche de la médecine générale doit être constante dès la naissance (et parfois même avant) jusqu'à la mort (et parfois après). En suivant les patients toute leur vie, la continuité des soins est assurée. Le dossier médical est la preuve explicite de cette constance. L'objectif est de conserver la mémoire des consultations, mais ceci n'est qu'une partie de l'histoire de la relation médecin-patient. Les médecins généralistes – médecins de famille peuvent fournir des soins durant une période substantielle de la vie de leurs patients, durant plusieurs épisodes de maladie. Ils assurent également l'accessibilité aux soins de santé durant les 24 heures de la journée, en déléguant et en coordonnant les soins nécessaires quand ils n'ont pas la possibilité de les donner personnellement.

6) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

Les problèmes qui se présentent aux médecins généralistes – médecins de famille dans la communauté sont très différents de ceux qui sont rencontrés dans les services de soins de seconde ligne. La prévalence et l'incidence des maladies sont différentes de celles observées dans les services hospitaliers et les maladies graves sont moins fréquemment rencontrées en médecine générale que dans les services hospitaliers car il n'y a pas de sélection préalable. Ceci requiert la mise en place d'un processus de prise de décision spécifique, basé sur la probabilité qui est alimentée par la connaissance de la patientèle et de la communauté. La valeur prédictive, positive ou négative d'un signe clinique ou d'un test diagnostique est différente en médecine générale – médecine de famille par rapport au cadre hospitalier. Il est fréquent que le médecin généraliste - médecin de famille ait à rassurer des personnes anxieuses par rapport à une maladie après en avoir préalablement déterminé l'absence.

7) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

La médecine générale – médecine de famille doit gérer tous les problèmes de santé de patients individuels. Elle ne peut se limiter uniquement à la prise en charge de la maladie présentée, mais souvent le médecin prend en charge des problèmes multiples. La plupart du temps, le patient consulte pour plusieurs affections, dont le nombre augmente avec l'âge. La réponse simultanée à plusieurs demandes implique nécessairement une gestion hiérarchisée des problèmes qui prend en compte les priorités du patient et celles du médecin.

8) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

Souvent, le patient consulte dès l'apparition des symptômes, et il est difficile d'établir un diagnostic à ce stade initial de la maladie. Ce type de présentation signifie que d'importantes décisions pour le patient doivent être prises sur base d'information limitée et la valeur prédictive de l'examen clinique et des tests est alors moins élevée. Même si les signes cliniques d'une maladie spécifique sont généralement bien connus, la règle ne s'applique pas aux signes initiaux qui sont souvent non-spécifiques et communs à de nombreuses maladies. Dans de telles circonstances, la gestion des risques est un élément clef de la discipline. En excluant une conséquence immédiatement sérieuse, la décision peut être d'attendre de plus amples développements et de réexaminer la situation plus tard. Le résultat d'une consultation unique reste souvent au niveau d'un ou plusieurs symptômes, parfois à un tableau de maladie, et elle n'aboutit que rarement à un diagnostic complet.

9) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

Les interventions doivent être appropriées et efficaces et pour autant que possible, basées sur des arguments solides. Intervenir quand cela n'est pas nécessaire peut être néfaste et causer le gaspillage de ressources précieuses du système de santé.

10) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

La discipline reconnaît sa responsabilité envers le patient à titre individuel et de manière plus large envers la communauté pour la prise en charge soins de santé. Parfois, ceci peut causer des tensions et peut amener des conflits d'intérêts qui doivent être gérés de manière appropriée.

11) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle

La discipline doit reconnaître toutes ces dimensions simultanément et accorder à chacune une importance adéquate. Les comportements face à la maladie et les modes d'évolution des pathologies varient selon ces diverses dimensions. Les interventions qui ne s'attaquent pas à la racine du problème causent beaucoup d'insatisfaction au patient.