

N° 10

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 octobre 2022

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi  
visant à la **consolidation** et à la **professionnalisation de la formation**  
des **internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux »**,*

Par Mme Corinne IMBERT,

Sénatrice

---

*(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, présidente ; Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, vice-présidents ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, secrétaires ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, MM. Abdallah Hassani, Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, M. Jean-Marie Janssens, Mmes Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.*

**Voir les numéros :**

**Sénat :** 419 (2021-2022) et 11 (2022-2023)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL .....	5
EXAMEN DES ARTICLES.....	11
EXAMEN EN COMMISSION.....	27
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 <i>BIS</i> , ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS ») .....	45
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES.....	47
LA LOI EN CONSTRUCTION .....	49



## L'ESSENTIEL

Le diplôme d'études spécialisées de médecine générale est aujourd'hui le seul à ne durer que trois ans et ne bénéficie pas, en conséquence, de l'ensemble des apports de la réforme du troisième cycle de 2017.

La proposition de loi, approuvée par la commission, ajoute une quatrième année professionnalisante, affectée à des stages longs en ambulatoire et tenant compte des besoins de santé des territoires.

### I. UN TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE PLUS COURT QUI NE PRÉPARE PAS SUFFISAMMENT LES ÉTUDIANTS À L'INSTALLATION

#### A. UN TROISIÈME CYCLE COURT ET NE BÉNÉFICIAIT PAS DE TOUS LES APPORTS DE LA RÉFORME DE 2017

Fixée à trois ans, **la durée du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale fait figure d'exception** : ceux des quarante-trois autres spécialités s'étendent tous sur quatre à six années. Si cette durée est égale au minimum fixé par la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications, le troisième cycle de médecine générale s'avère toutefois plus long dans de nombreux pays européens.

Ainsi, les étudiants de médecine générale sont les seuls à **ne pas bénéficier de la troisième phase d'internat**, dite « *de consolidation* », pourtant particulièrement professionnalisante. Ils ne bénéficient pas non plus du **statut de docteur junior**, associé à cette dernière phase et permettant aux étudiants de réaliser, pendant une année, des stages en autonomie progressive et supervisée, tout en bénéficiant d'une rémunération supérieure à celle reçue pendant l'internat.

Enfin, alors que la soutenance de la thèse d'exercice constitue désormais l'une des conditions d'accès à la phase de consolidation du troisième cycle et est donc souvent réalisée, dans les autres spécialités, dans les délais, les enseignants auditionnés ont souligné que les **retards de soutenance étaient fréquents en médecine générale**. Les étudiants ayant la possibilité de la soutenir au plus tard trois ans après la validation de leur dernière année d'internat, ils **retardent fréquemment leur installation** pour venir à bout de cet exercice.

### **B. UN NOMBRE DE STAGES EN AMBULATOIRE VARIABLE ET NE FAVORISANT PAS UNE INSTALLATION RAPIDE**

Plusieurs praticiens et enseignants entendus par la rapporteure ont souligné que la maquette actuelle du troisième cycle de médecine générale ne comprenait pas suffisamment de **stages professionnalisants en exercice ambulatoire**. Ce dernier constitue pourtant un débouché naturel de la spécialité.

*Seuls deux des six stages que comprend le troisième cycle actuel sont obligatoirement réalisés en exercice ambulatoire.*

Dans la maquette actuelle du DES de médecine générale, **seuls deux des six stages prévus sont obligatoirement réalisés en ambulatoire** : un stage en médecine générale dans la première année, un stage en soins primaires en autonomie supervisée (dit Saspas) en dernière année. L'ensemble des personnes auditionnées s'entendent pourtant sur le fait que les stages en pratique ambulatoire, particulièrement lorsqu'ils sont réalisés en autonomie supervisée, sont susceptibles de favoriser une installation rapide des internes à l'issue de leur formation en leur donnant une expérience concrète du **fonctionnement d'un cabinet libéral ou d'une structure d'exercice coordonné**.

## **II. DANS CERTAINS TERRITOIRES, D'IMPORTANTES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS**

### **A. UNE PROFESSION À LA DÉMOGRAPHIE SINISTRÉE**

**Le nombre de médecins généralistes diminue depuis plus de dix ans**, alors que les besoins de santé augmentent. Entre 2010 et 2021, la France a ainsi perdu environ 5 000 médecins généralistes, passant de 62 000 à 57 000 praticiens dans la spécialité. Rapportée à la population, cette dégradation est encore plus importante : **la densité médicale des généralistes a diminué de 18 % sur 20 ans**, quand elle ne diminuait que de 9 % pour les autres spécialités sur la même période.

### Baisse du nombre de médecins généralistes entre 2010 et 2021



### Évolution de la densité médicale des généralistes sur 20 ans



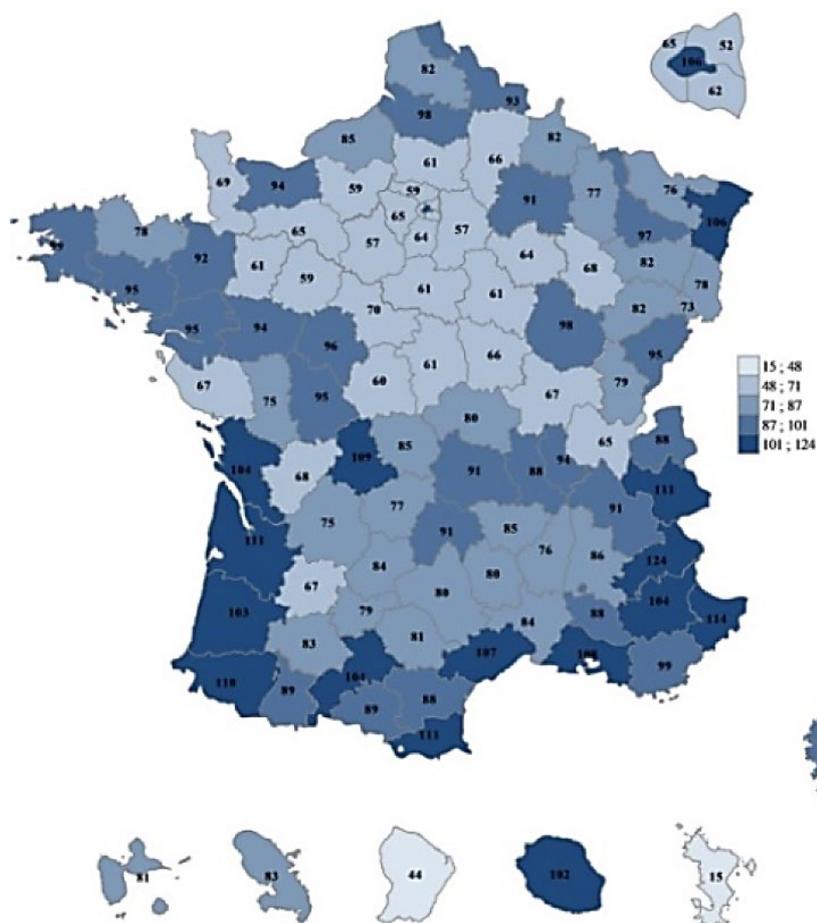
Source : Données CNAM, 2022

Si la suppression du *numerus clausus* par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) et l'augmentation du recrutement d'étudiants laissent espérer une amélioration de la situation à terme, la démographie médicale ne devrait pas se redresser avant plusieurs années. **La France ne retrouverait en 2030 que le nombre de généralistes qu'elle comptait en 2020.**

#### **B. DES TERRITOIRES CONCENTRANT LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS**

Si la démographie déclinante des médecins touche l'ensemble des territoires, certains **concentrent les difficultés d'accès aux soins**. La densité de médecins généralistes est, ainsi, 1,7 fois plus importante dans les 10 % des départements les mieux dotés que dans les 10 % des départements les moins bien dotés. En 2018, **6 % environ de la population française**, n'ayant pas accès à plus de 2,5 consultations par an et par habitant en moyenne, **vivait dans une zone sous-dotée en médecins généralistes**. Les territoires ruraux, comme certaines banlieues urbaines, notamment en Île-de-France, cumulent les difficultés d'accès aux soins de premier recours.

### Densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants en 2021



Source : CNAM, 2022

## III. UNE RÉFORME QUI DOIT PERMETTRE D'AMÉLIORER LA FORMATION DES ÉTUDIANTS TOUT EN TENANT COMPTE DES BESOINS DE SANTÉ DES TERRITOIRES

### A. UNE QUATRIÈME ANNÉE PERMETTANT D'AMÉLIORER LA FORMATION DES ÉTUDIANTS

En portant la durée du DES de médecine générale à quatre ans, la proposition de loi examinée par la commission vise à renforcer la **professionnalisation des étudiants**, en leur permettant d'accéder au statut de docteur junior et d'effectuer **une année pleine de stage en autonomie supervisée**. Pour mieux préparer les étudiants à l'installation, elle prévoit que cette année est intégralement **réalisée en exercice ambulatoire**.

L'allongement du DES doit également permettre d'**enrichir la maquette de formation**, afin de mieux préparer les étudiants à leurs futures conditions d'exercice et afin de leur permettre, lorsqu'ils le souhaitent, d'approfondir des compétences spécifiques au cours de formations spécialisées.

#### **B. UNE PRISE EN COMPTE DES BESOINS DE SANTÉ DES TERRITOIRES**

La proposition de loi vise également à mieux tenir compte des besoins de santé de chaque territoire dans l'affectation des étudiants : les stages de quatrième année devront être réalisés, **en priorité, dans les zones sous-denses identifiées par les agences régionales de santé**.

Cette priorisation ne se fera pas au détriment des conditions de formation : les stages réalisés seront supervisés par des **maîtres de stage formés et agréés par l'université**, et devront permettre un véritable accompagnement de l'étudiant dans la découverte de l'autonomie.

*Les stages seront supervisés par des maîtres de stage agréés.*

#### **C. ASSURER LA RÉUSSITE DE CETTE RÉFORME**

Afin de permettre aux parties prenantes de réviser, en concertation, les référentiels de formation, et afin d'éviter que les internes actuels de médecine générale voient leur troisième cycle allongé en cours de formation, la commission a précisé les conditions d'application de la réforme en prévoyant que la quatrième année **ne s'appliquerait pas aux étudiants ayant, à la date de publication de la loi, débuté leur troisième cycle**.

Au-delà, la réussite de la réforme suppose qu'un **nombre suffisant de maîtres de stage soient formés et agréés sur chaque territoire**. L'enjeu est bien identifié par les collectivités, et les efforts de chaque partie prenante ont déjà permis une augmentation de presque 10 % du nombre de maîtres de stage entre 2019 et 2021.

Enfin, la rapporteure a souhaité qu'une réflexion soit engagée sur les conditions matérielles de réalisation des stages, afin que les docteurs juniors soient **justement rétribués** au regard du travail qu'ils fourniront et de la contribution qu'ils apporteront à l'amélioration de l'accès aux soins.

Réunie le mercredi 5 octobre 2022 sous la présidence de Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a **adopté avec modifications** la proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la **formation des internes en médecine générale** afin de lutter contre « les déserts médicaux ».



## EXAMEN DES ARTICLES

### *Article unique*

#### **Allongement du troisième cycle des études de médecine générale et contenu de la quatrième année**

*Cet article tend, d'une part, à fixer la durée minimale du troisième cycle des études de médecine à quatre ans et, d'autre part, à affecter la quatrième année du troisième cycle de médecine générale à la réalisation de stages en pratique ambulatoire, en régime d'autonomie supervisée et en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.*

**I. Le dispositif proposé : l'allongement du troisième cycle de médecine générale envisagé depuis plusieurs années afin d'accroître le caractère professionnalisant de la formation**

**A. D'une durée de trois ans, le troisième cycle de médecine générale résultant de la réforme de 2017 fait figure d'exception**

**1. La réforme de 2017 a profondément remanié le troisième cycle des études de médecine**

Réformé en 2016 et 2017, le troisième cycle des études de médecine comprend désormais **quarante-quatre diplômes d'études spécialisées (DES)**, remplaçant les anciens DES et DES complémentaires (DESC) dont le chevauchement s'avérait particulièrement complexe. L'étudiant obtient, après soutenance avec succès d'une thèse d'exercice, le diplôme d'État de docteur en médecine<sup>1</sup> et, après validation de l'ensemble de la formation, d'un DES<sup>2</sup> permettant la qualification et l'exercice dans chacune des spécialités : le post-internat ne sert plus comme complément de formation initiale.

La **durée du troisième cycle** des études de médecine est comprise **entre trois et six ans** et fixée, pour chaque spécialité, par les maquettes de formation définies par arrêté<sup>3</sup>. À l'exception des spécialités dont la durée est de trois ans, qui ne comprennent que les deux premières, le troisième cycle est organisé en trois phases :

- une **phase 1 dite « socle »** visant l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession ;

---

<sup>1</sup> Article R. 632-24 du code de l'éducation.

<sup>2</sup> Article R. 632-25 du code de l'éducation.

<sup>3</sup> Article R. 632-20 du code de l'éducation.

- une **phase 2 dite « d'approfondissement »** visant l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie ;

- une **phase 3 dite « de consolidation »** visant la consolidation de l'ensemble des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité<sup>1</sup>.

Des formations complémentaires sont accessibles aux étudiants, qui permettent l'acquisition de compétences spécifiques :

- **32 options**, spécifiques à l'une des quarante-quatre spécialités et ouvrant droit à un exercice complémentaire de surspécialité au sein de la spécialité<sup>2</sup> ;

- **26 formations spécialisées transversales (FST)**<sup>3</sup>, communes à plusieurs spécialités et ouvrant droit, là encore, à un exercice complémentaire de sur-spécialité<sup>4</sup>.

Enfin, **deux statuts distincts** sont, depuis la réforme, applicables aux étudiants de troisième cycle : si le **statut d'interne**<sup>5</sup>, antérieur à la réforme, s'applique toujours aux étudiants des phases 1 et 2 du troisième cycle, un nouveau **statut de docteur junior**<sup>6</sup> est désormais accordé aux étudiants de la phase 3, dite de consolidation. Adapté à l'autonomie renforcée, bien que progressive, attendue des étudiants de cette dernière phase, le statut de docteur junior bénéficie notamment d'une rémunération revalorisée.

Ces statuts sont **applicables à l'ensemble des étudiants d'une même phase de troisième cycle**, sans distinction de spécialité ou de mode d'exercice. L'article L. 632-5 du code de l'éducation dispose, à cet égard, que *« quelle que soit la discipline d'internat, les internes sont soumis aux mêmes dispositions statutaires et perçoivent la même rémunération »*.

---

<sup>1</sup> Article R. 632-20 du code de l'éducation.

<sup>2</sup> Article R. 632-21 du code de l'éducation.

<sup>3</sup> Prévues par l'article R. 632-22 du code de l'éducation, les formations spécialisées transversales accessibles sont listées par l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées.

<sup>4</sup> Figurent parmi les FST citées, à titre indicatif, par le référentiel de formation en médecine générale : l'addictologie, la douleur, la médecine du sport, la médecine scolaire.

<sup>5</sup> Articles R. 6153-1 à R. 6153-1-23 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Articles R. 6153-2 à R. 6153-40 du code de la santé publique.

## Les statuts d'interne et de docteur junior

### 1° Autonomie

Le **docteur junior**, inscrit pour la durée de la phase 3 sur un tableau spécial du conseil départemental de l'ordre des médecins<sup>1</sup>, exerce notamment des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome. Il suit sa formation sous le régime de l'autonomie supervisée. Les actes réalisés sous ce régime le sont par **le docteur junior seul**. Le responsable du lieu de stage organise la restitution régulière par le docteur junior de toute activité réalisée en autonomie. Les actes, à l'inverse, que le docteur junior ne réalise pas encore en autonomie supervisée sont réalisés dans les conditions en vigueur pour les internes<sup>2</sup>.

L'**interne** en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins<sup>3</sup>.

### 2° Responsabilité

Le **docteur junior** comme l'**interne** exercent leurs fonctions par délégation et sous la responsabilité du praticien dont ils relèvent<sup>4</sup>.

### 3° Rémunération

La **rémunération des internes et docteurs juniors** comprend :

- des émoluments forfaitaires versés après service fait (au 1<sup>er</sup> juillet 2022, 28 074,34 € brut annuels pour les docteurs juniors et 27 988,47 € brut annuels pour les internes de 3<sup>e</sup> année)<sup>5</sup> ;

- des primes et indemnités (liées aux gardes et astreintes réalisées, ou à la participation à des jurys de concours)<sup>6</sup> ;

- de remboursements de frais (remboursement de frais de déplacement, indemnités forfaitaires de transport et d'hébergement).

Les docteurs juniors perçoivent, en sus, une prime annuelle d'autonomie supervisée de 5 000 € pour la première année de phase 3 et de 6 000 € pour la seconde année<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Article R. 6153-1-1 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article R. 6153-1-2 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article R. 6153-3 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Articles R. 6153-1-2 et R. 6153-3 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.

<sup>6</sup> Articles D. 6153-1-8 et D. 6153-10-1 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Arrêté du 11 février 2020 relatif aux émoluments, aux primes et indemnités des docteurs juniors.

**2. D'une durée de trois ans, le troisième cycle de médecine générale fait figure d'exception et ne comprend pas de phase de consolidation**

Si, en application de l'article R. 632-20 du code de l'éducation, la durée des DES doit être comprise entre trois et six ans, la médecine générale est **la seule des quarante-quatre spécialités pour laquelle la durée minimale a été retenue**<sup>1</sup>. La durée des DES de la plupart des autres spécialités de la discipline médicale – allergologie, dermatologie, gériatrie, médecine d'urgence, neurologie, *etc.* – est fixée à quatre ans. Les spécialités de la discipline chirurgicale, elles, ont le plus souvent un troisième cycle de six ans.

En conséquence, l'internat de médecine générale est également le seul à **ne pas comprendre de phase 3 de consolidation**<sup>2</sup>, limitée aux spécialités dont le troisième cycle dure au moins quatre années. Le troisième cycle de médecine générale est structuré en une phase socle de deux semestres et une phase d'approfondissement de quatre semestres<sup>3</sup>. Si le statut de docteur junior n'est donc pas applicable aux étudiants de médecine générale, un **stage en soins primaires en autonomie supervisée (Saspas)**, réalisé en ambulatoire auprès d'un ou plusieurs praticiens agréés maîtres de stage des universités (MSU), a toutefois, de longue date<sup>4</sup>, été intégré au référentiel de formation et apporte aux internes une expérience de l'autonomie.

**Les stages prévus par le référentiel de formation  
du DES de médecine générale**

**1° Phase socle (2 semestres)**

- un stage en médecine générale en ambulatoire auprès d'un MSU ;
- un stage en médecine d'urgence dans un lieu hospitalier.

**2° Phase d'approfondissement (4 semestres)**

- un stage en médecine polyvalente dans un lieu hospitalier ;
- un stage en santé de l'enfant (ambulatoire auprès d'un MSU ou lieu hospitalier) ;

<sup>1</sup> La durée de chacun des DES, comme le contenu de la formation, sont fixés par l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées.

<sup>2</sup> Article R. 632-20 du code de l'éducation.

<sup>3</sup> Référentiel de formation du DES de médecine générale annexé à l'arrêté du 21 avril 2017 précité.

<sup>4</sup> Le Saspas figurait déjà dans le référentiel de formation de médecine générale de 2004, porté par l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

- un stage en santé de la femme (ambulatoire auprès d'un MSU ou lieu hospitalier) ;

- un stage en soins primaires en autonomie supervisée (Saspas), en ambulatoire auprès d'un MSU.

Dans le cas où les capacités de formation s'avéreraient insuffisantes, un stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant peut se substituer aux deux prévus. Dans ce cas, un stage libre peut être réalisé par l'étudiant, de préférence auprès d'un MSU.

**B. Envisagée depuis 2017 afin d'accroître le caractère professionnalisant de la formation, l'allongement du troisième cycle de médecine générale suppose un développement suffisant de la maîtrise de stage universitaire**

**1. L'allongement du troisième cycle et le développement des stages ambulatoires nécessitent la présence de maîtres de stage universitaires, dont le nombre a fortement augmenté ces dernières années**

L'extension du troisième cycle de médecine générale à quatre ans, pour l'aligner avec la majorité des autres spécialités de la discipline médicale et ouvrir aux étudiants la phase de consolidation, a été **envisagée dès la réforme du troisième cycle**. L'IGAS recommandait d'ailleurs, en décembre 2017, de « réviser la durée du DES de médecine générale à quatre ans, sous réserve que les conditions de faisabilité soient évaluées et réunies (modèle de financement, réduction des inégalités et renforcement des filières les plus faibles) », afin que les universités « soient en situation trois ans après de disposer des MSU nécessaires répartis sur les territoires »<sup>1</sup>. L'allongement du troisième cycle ayant pour principal objectif affiché de développer les périodes de stage en autonomie et en ambulatoire (actuels Saspas), la présence de MSU agréés susceptibles d'accueillir et encadrer les stagiaires ou docteurs juniors constitue en effet un enjeu important de la réforme.

---

<sup>1</sup> IGAS, Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales, op. cit. : recommandation n° 14.

Si le nombre de MSU a considérablement augmenté ces dernières années, il est toutefois longtemps resté **insuffisant pour permettre à toutes les universités de généraliser le Saspas** et, plus encore, d'envisager un allongement du troisième cycle et la mise en place d'une année supplémentaire en autonomie supervisée. Selon la direction générale de l'offre de soins, en 2016 et quand bien même celui-ci était prévu par le référentiel de formation, un interne sur deux seulement de médecine générale réalisait un Saspas<sup>1</sup>. La question, subsidiaire, de la répartition des MSU sur le territoire est également importante, l'un des objectifs affichés de la réflexion étant de faire en sorte que la période renforcée d'autonomie en troisième cycle contribue à l'amélioration de l'offre de soins dans les territoires.

### **Le statut des maîtres de stage universitaires (MSU)**

La formation en stage de troisième cycle des études de médecine peut être accomplie<sup>2</sup> :

- dans les CHU ;
- dans d'autres établissements de santé, publics ou privés, ou des hôpitaux des armées ;
- auprès de praticiens agréés-maîtres de stage des universités (MSU) exerçant en centre de santé, en cabinet libéral, en maison de santé ou au sein d'un centre médical du service de santé des armées ;
- au sein d'autres organismes extra-hospitaliers.

Les MSU ont accompagné le développement des stages en ambulatoire. Leur statut est fixé par voie réglementaire.

#### **1° Conditions d'agrément**

Pour être agréé, le praticien doit<sup>3</sup> :

- attester avoir suivi une formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant, auprès d'une université ou d'un organisme habilité<sup>4</sup>, d'une durée de deux jours ;
- proposer des activités médicales adaptées à la phase de formation, option ou FST ;
- justifier d'un niveau d'encadrement et des moyens pédagogiques mis en œuvre pour assurer la qualité de la formation dispensée.

---

<sup>1</sup> Ibid.

<sup>2</sup> Article R. 632-27 du code de l'éducation, appliquant l'article L. 632-5 du même code.

<sup>3</sup> Article R. 632-28-1 du code de l'éducation.

<sup>4</sup> Article R. 632-28-2 du code de l'éducation.

## 2° Modalités d'agrément

L'agrément est délivré par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) après avis d'une commission de subdivision<sup>1</sup>, comprenant notamment, dans sa formation relative à l'agrément : le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR), le directeur général de l'ARS, le ou les directeurs généraux des CHU de la subdivision, un praticien des armées, cinq enseignants titulaires ou associés, cinq représentants étudiants<sup>2</sup>.

L'agrément est accordé, la première fois, pour une durée d'un an maximum, puis renouvelé pour une période de cinq ans en l'absence de réserve ou d'un an lorsqu'il doit être assorti de recommandations. Il peut être suspendu, retiré ou refusé<sup>3</sup>.

## 3° Rémunération

Les MSU perçoivent des honoraires pédagogiques versés par l'unité de formation et de recherche (UFR) médicale, dont le montant est fixé à **600 euros brut par mois de stage et par étudiant**<sup>4</sup>.

Afin de compenser les coûts liés au suivi de la formation nécessaire à l'agrément, le futur MSU perçoit par ailleurs une indemnité forfaitaire de **690 euros**.

Enfin, les internes et docteurs juniors étant rémunérés forfaitairement, les actes qu'ils réalisent rémunèrent leur responsable de stage et compensent la perte de revenus liée au temps consacré à leur encadrement.

Le **nombre de MSU a considérablement augmenté ces dernières années** et doit augmenter encore dans les années à venir, cette évolution accompagnant le développement des stages en ambulatoire et permettant d'envisager l'allongement du troisième cycle de médecine générale. Le nombre total de praticiens agréés serait ainsi passé de 11 805 en 2019 à 12 941 en 2021. Le ministère vise à atteindre 13 937 MSU en 2024, ce qui représenterait une augmentation de plus de 18 % de leur nombre sur cinq ans<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Article R. 632-28-3 du code de l'éducation.

<sup>2</sup> Article 21 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

<sup>3</sup> Article 36 de l'arrêté du 12 avril 2017 précité.

<sup>4</sup> Article 17 de l'arrêté du 12 avril 2017 précité ; article 12 de l'arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine.

<sup>5</sup> Instruction interministérielle n° DGOS/RH1/DGESIP/2022/51 du 24 février 2022 relative au développement des stages en ambulatoire pour les étudiants en deuxième et troisième cycles des études de médecine.

## **2. L'allongement de la durée du troisième cycle et le développement des stages ambulatoires renforceraient la professionnalisation des étudiants et favoriseraient leur installation rapide**

Désormais envisageable, l'allongement de la durée du troisième cycle de médecine générale permettrait de **renforcer le caractère professionnalisant de leur formation** et de favoriser **l'installation rapide des étudiants**.

Une telle révision du troisième cycle permettrait, d'abord, d'accorder une plus grande place **aux stages en autonomie supervisée et en ambulatoire**.

Alors que la maquette actuelle de médecine générale ne comprend, en phase 2, qu'un « *stage en soins primaires en autonomie supervisée* » (Saspas) d'une durée d'un semestre, la création d'une quatrième année de troisième cycle permettrait aux étudiants d'accéder au statut de docteur junior et de réaliser un ou plusieurs stages supplémentaires en autonomie supervisée.

Dès 2017, l'IGAS envisageait ainsi de déplacer le Saspas en phase de consolidation et que celui-ci, dans ces conditions, « *serait doublé et réalisé dans un ou deux territoires à définir, cohérents avec les besoins de santé et le projet professionnel de l'interne et du territoire* »<sup>1</sup>.

Par ailleurs, l'allongement de la durée du troisième cycle devrait permettre de limiter le phénomène, signalé par plusieurs personnes entendues par la rapporteure, de retard des étudiants dans la soutenance de leur thèse. En effet, l'accès à la phase 3 du troisième cycle, donc à la fin de leur formation et au statut de docteur junior, est aujourd'hui conditionné, dans l'ensemble des spécialités pour lesquelles le troisième cycle est d'au moins quatre ans, à la soutenance de la thèse. En médecine générale, la thèse est également soutenue en fin de phase 2 mais ne conditionne pas l'accès à une troisième phase. Au contraire, les étudiants ont la possibilité de la soutenir « *au plus tard trois ans après la validation de la dernière phase* »<sup>2</sup>, retardant d'autant l'installation de ceux qui bénéficient de ce délai.

La mise à jour de la maquette de formation pourrait, enfin, permettre de **développer la formation à l'installation**, par exemple en développant des enseignements de comptabilité ou de gestion. En favorisant la professionnalisation des étudiants et leur installation rapide – en cabinet ou en exercice coordonné –, elle contribuerait à améliorer l'offre de soins dans une spécialité particulièrement concernée par les problèmes de démographie médicale.

---

<sup>1</sup> IGAS, Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales, op. cit.

<sup>2</sup> Article R. 632-23 du code de l'éducation.

C. Les difficultés d'accès aux soins sont particulièrement prégnantes en médecine générale

**1. La médecine générale est une spécialité dont la démographie apparaît particulièrement sinistrée**

*a) La baisse du nombre de médecins généralistes*

La **diminution de la densité médicale** s'est accélérée dans la dernière décennie et **touche particulièrement les médecins généralistes**. Après une stagnation dans les années 2000, le nombre de médecins généralistes libéraux a diminué chaque année entre 2010 et 2021, passant de 62 000 à 57 000 sur cette période. La baisse est encore plus importante lorsqu'elle est rapportée à la population : la densité médicale des généralistes a diminué de 18 % sur 20 ans quand elle ne diminuait que de 9 % pour les autres spécialités sur la même période<sup>1</sup>.

Cette évolution laisse craindre une aggravation des difficultés dans l'accès aux soins de premier recours. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) estime qu'en 2021, 11 % des patients de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant déclaré, soit plus de 6 millions d'assurés<sup>2</sup>.

*b) Ce problème démographique devrait perdurer dans les années à venir*

Si la suppression du *numerus clausus* par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) et l'augmentation du recrutement d'étudiants laissent espérer une amélioration de la situation à terme, **la démographie médicale ne devrait pas se redresser avant plusieurs années**. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) estimait en 2017 que la baisse du nombre de médecins devrait se poursuivre jusqu'en 2025<sup>3</sup>. Une étude plus récente encore ne met en avant, sous hypothèses de comportements et de législation constants, qu'une augmentation modérée du nombre de médecins les années suivantes<sup>4</sup> :

- entre 2025 et 2030, une légère hausse permettrait de compenser la baisse actuelle et de retrouver à l'issue de la décennie le niveau de 2020 ;

- une hausse plus soutenue devrait ensuite permettre d'atteindre en 2040 un nombre de médecins supérieur de 18 % au niveau actuel.

---

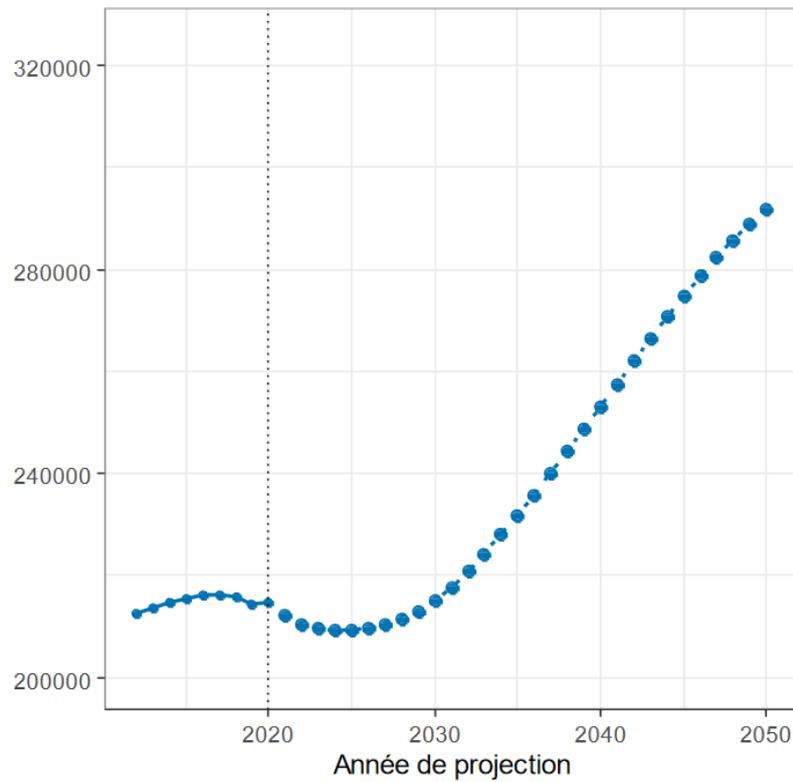
<sup>1</sup> CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023, juillet 2022.

<sup>2</sup> CNAM, *op.cit.*

<sup>3</sup> Drees, Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, mai 2017.

<sup>4</sup> Drees, Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques, mars 2021.

## Projection d'évolution du nombre de médecins dans les prochaines années Médecins



Source : Drees, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? », Les dossiers de la Drees, n° 76, mars 2021

### 2. Les dispositifs existants apparaissent insuffisants pour améliorer l'accès aux soins de premier recours dans certains territoires

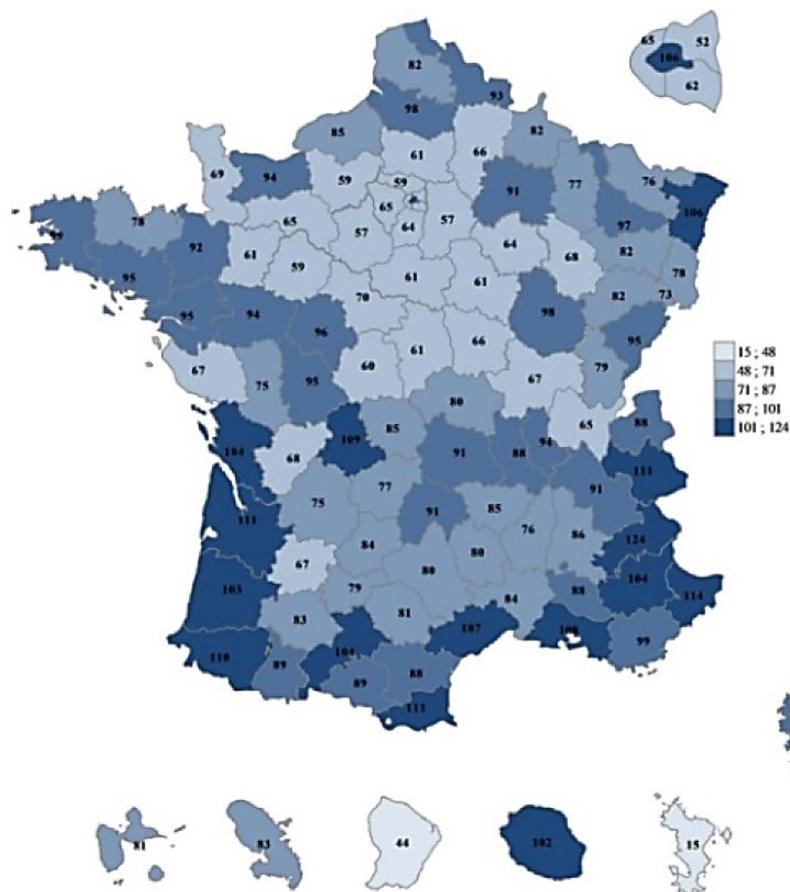
a) Bien qu'inférieures à celles d'autres spécialités, les inégalités de répartition des médecins généralistes restent importantes

Si la densité de médecins généralistes est, en conséquence, globalement déclinante, **tous les territoires n'apparaissent pas égaux face à cette difficulté**. Ainsi, la densité de médecins généralistes est 1,7 fois plus importante dans les 10 % des départements les mieux dotés que dans les 10 % de départements les moins bien dotés<sup>1</sup>. Si ce rapport apparaît moins inégalitaire que celui des autres spécialités – la répartition des généralistes sur le territoire étant plus homogène –, il demeure significatif et ne fait pas état, par ailleurs, des disparités importantes pouvant exister à l'intérieur des départements.

<sup>1</sup> CNAM, op. cit.

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), développé par la Drees, permet de mieux mesurer **l'adéquation entre l'offre et la demande de soins à l'échelle de la commune**. En 2018, 6 % environ de la population française, n'ayant pas accès en moyenne à plus de 2,5 consultations par an et par habitant en moyenne, vivait dans une zone sous-dotée en médecins généralistes<sup>1</sup>. Les territoires ruraux, comme les banlieues du pôle urbain de Paris, ont tendance à cumuler les difficultés d'accès aux soins de premier recours (médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes)<sup>2</sup>.

### Densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants en 2021



Source : CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses 2022, juillet 2022

<sup>1</sup> Drees, En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population, février 2020.

<sup>2</sup> Drees, Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux, septembre 2021.

b) De nombreux dispositifs ont été mis en place pour inciter l'installation en zone sous-dense et se sont avérés insuffisants

De nombreux dispositifs visant à encourager l'installation de **médecins dans les zones sous-denses** ont été mis en place ces dernières années, qui s'avèrent toutefois **peu lisibles** et **insuffisants**<sup>1</sup> pour enrayer la dynamique observée de désertification, dans un contexte de démographie médicale déclinante.

#### **Les principaux dispositifs incitatifs visant à lutter contre la « désertification » médicale**

La **convention médicale de 2016** met en place des dispositifs d'aide financière à l'installation des médecins en zone sous-dense (jusqu'à 50 000 €), au maintien dans un tel territoire ou à l'accompagnement d'un nouveau confrère lors d'une sortie d'exercice.

Le **contrat de début d'exercice**, conclu avec l'ARS, incite les jeunes médecins à s'installer en libéral dans les zones sous-dotées, en contrepartie d'une garantie minimale de rémunération.

Le **contrat d'engagement de service public (CESP)** permet aux étudiants de bénéficier d'une bourse d'études de 1 200 € brut par mois en contrepartie d'un engagement à exercer en secteur 1 et en zone sous-dotée pendant une période égale à la durée du versement.

Des **bourses, aides financières à l'installation ou à la réalisation de stages** sont proposées par les collectivités territoriales. Celles-ci favorisent également le développement de **structures pluri-professionnelles et de l'exercice coordonné** (maisons de santé, centres de santé), devant permettre d'améliorer l'accès aux soins, notamment dans les territoires sous-dotés, et de renforcer leur attractivité en proposant aux professionnels des conditions d'exercice correspondant mieux à leurs aspirations.

Nécessaires, ces mesures ne permettent toutefois pas, le plus souvent, de résoudre le problème de densité médicale que soulève à court terme la démographie déclinante de la profession. L'amélioration de la professionnalisation des internes de médecine générale pourrait y contribuer. Surtout, l'affectation de stages en zones sous-denses, en tenant compte des besoins des territoires comme de leur capacité à fournir l'accompagnement indispensable à la formation des étudiants, pourrait constituer une mesure complémentaire, susceptible d'avoir des effets immédiats.

---

<sup>1</sup> La Cour des comptes, en 2017, mentionnait des « mesures correctrices notoirement insuffisantes » : Cour des comptes, L'avenir de l'assurance maladie, novembre 2017.

**D. La proposition de loi allonge le troisième cycle et affecte la quatrième année à des stages en autonomie supervisée, réalisés prioritairement en zone sous-dense**

L'article unique de la proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux », déposée par le président Bruno Retailleau sur le bureau du Sénat le 31 janvier 2022, vise à allonger le troisième cycle de médecine générale et à affecter la quatrième année de ce dernier à la réalisation de stages en ambulatoire, en autonomie supervisée et, en priorité, en zone sous-dense.

Le **I de l'article unique** insère ainsi, à l'article L. 632-2 du code de l'éducation, deux alinéas disposant :

- d'une part, que la durée du troisième cycle des études de médecine, fixée par décret, ne peut être inférieure à quatre ans ;

- d'autre part, que la quatrième année du troisième cycle de médecine générale est intégralement effectuée en stage en pratique ambulatoire dans des lieux agréés, sous un régime d'autonomie supervisée et en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, déterminées par arrêté du directeur général de l'ARS en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Ces dispositions remplacent un alinéa, inséré à l'initiative du Sénat dans le code de l'éducation en 2019, prévoyant que les étudiants de médecine générale réalisent, lors de leur troisième année d'internat, un stage d'un semestre en pratique ambulatoire en autonomie supervisée, en priorité en zone sous-dense.

Le **II de l'article unique** détermine les conditions d'application de ces dispositions.

**II. La position de la commission : approuver le dispositif et en clarifier les modalités**

Depuis plus de cinq ans, l'allongement du quatrième cycle de médecine générale est très régulièrement évoqué dans le débat public. L'élection présidentielle de 2022, à cet égard, ne fait pas exception. Le dispositif porté par la proposition de loi figure d'ailleurs, en des termes très proches, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 déposé par le Gouvernement sur le bureau de l'Assemblée nationale le 26 septembre dernier. Au terme de ses travaux, et après avoir conduit de nombreuses auditions, la rapporteure estime que la présente proposition de loi constitue le **véhicule le plus sûr pour adopter cette réforme qui apparaît, à la fois, nécessaire et urgente.**

L'allongement de la durée du troisième cycle de médecine générale permettrait, d'abord, **de renforcer la professionnalisation des étudiants en médecine générale et de favoriser, ainsi, leur installation rapide**. Il s'agit du principal objectif de la présente proposition de loi. Les auditions ont ainsi permis d'établir qu'un large consensus existe, au sein de la profession comme parmi les enseignants, en faveur de l'instauration d'une quatrième année de troisième cycle. Celle-ci rapprocherait la médecine générale des autres spécialités de la discipline médicale, et l'intégrerait pleinement à la réforme du troisième cycle intervenue il y a cinq ans. Elle permettrait aux étudiants de la spécialité de bénéficier du statut de docteur junior. Elle les amènerait à effectuer, surtout, une année complète de pratique en autonomie supervisée, comparable à celle dont bénéficient les autres spécialités.

En renforçant le caractère professionnalisant de leur formation, en les plaçant progressivement en situation d'autonomie, et en précipitant la soutenance de leur thèse d'exercice, la quatrième année de troisième cycle devrait **favoriser l'installation rapide des étudiants de la spécialité**. Elle constitue en cela, et en elle-même, une mesure **favorable à l'offre de soins**. À cet égard, le Collège national des généralistes enseignants a souligné, lors de son audition, que la phase de consolidation, aujourd'hui absente en médecine générale, est « *un gage d'autonomisation et de développement des pratiques professionnelles propre à permettre une installation rapide dans de bonnes conditions de sécurité pour les jeunes médecins comme pour leurs patients* ».

**L'affectation des stages en priorité aux zones sous-denses a soulevé des inquiétudes**, relayées par les associations représentatives des internes lors des auditions. Sur ce point, la rapporteure souligne que s'il est indispensable de tenir compte, dans l'affectation des internes et docteurs juniors, des besoins des territoires en matière d'offre de soins, l'accompagnement des étudiants et le caractère formateur des stages de troisième cycle ne doivent pas être sacrifiés. Les stages de quatrième année seront réalisés sous la supervision d'un maître de stage universitaire, chargé d'accompagner l'autonomisation progressive des étudiants.

Pour mieux refléter les objectifs de la proposition de loi, qui vise avant tout à améliorer la formation des étudiants de médecine générale, la rapporteure a proposé d'adopter un **amendement COM-3** visant à modifier son intitulé pour préférer « *Proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale* ».

Si la mesure est désormais portée par le PLFSS déposé par le Gouvernement sur le bureau de l'Assemblée nationale<sup>1</sup>, la rapporteure souligne toutefois que **la présente proposition de loi constitue le véhicule le plus adapté**. La mesure s'inspire, d'abord, d'un dispositif voté en 2019 à l'initiative du Sénat, prévoyant que les étudiants de médecine générale réalisent, lors de leur troisième année d'internat, un stage d'un semestre en pratique ambulatoire en autonomie supervisée, en priorité dans les zones sous-denses. Cette disposition n'a jamais été appliquée par le Gouvernement, faute de l'intervention d'un décret nécessaire à la pleine mise en œuvre du dispositif.

La proposition de loi s'inspire également des travaux de la récente commission d'enquête du Sénat relative à la situation de l'hôpital, qui proposait de « *développer les stages de médecine générale en milieu ambulatoire et renforcer la formation en médecine générale par une quatrième année d'internat exercée en activité ambulatoire et en autonomie supervisée [...], en priorité en zone sous-dotée* »<sup>2</sup>.

Par ailleurs, les dispositions insérées dans le PLFSS soulèvent des questions de recevabilité, leur absence d'effet sur les dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale étant, au demeurant, explicitée dans l'étude d'impact du Gouvernement.

Enfin, si la mesure apparaît urgente, ses modalités d'application doivent permettre d'en assurer la pleine réussite. À cet égard, les personnes auditionnées ont souligné qu'afin de préserver la cohérence de leur formation, la mesure ne devrait pas s'appliquer aux étudiants actuels du DES de médecine générale. Par ailleurs, selon le Conseil national de l'Ordre, auditionné par la rapporteure, un tel délai d'application permettrait de préparer dans de bonnes conditions l'« *année blanche* », sans sortie de médecins généralistes diplômés, que la mesure ne manquera pas de générer. Celle-ci interviendrait, dans le cas où la proposition loi serait définitivement adoptée dans les prochains mois, en 2026. Un tel report permettrait enfin de construire dans des conditions satisfaisantes les nouveaux référentiels de formation, et de poursuivre l'effort d'augmentation du nombre de maîtres de stage dans chaque territoire.

En conséquence, la rapporteure a proposé d'adopter un **amendement COM-2** clarifiant les modalités d'application de la proposition de loi en prévoyant que l'extension du troisième cycle de médecine générale et, en conséquence, la mise en place de la quatrième année ne s'appliqueront pas aux étudiants qui, à la date de sa publication, avaient d'ores et déjà débuté le troisième cycle des études de médecine.

La commission a adopté l'article unique ainsi modifié.

---

<sup>1</sup> Article 23 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 26 septembre 2022.

<sup>2</sup> Rapport de la commission d'enquête, Hôpital : sortir des urgences, déposé le 29 mars 2022.



## EXAMEN EN COMMISSION

*Réunie le mercredi 5 octobre 2022, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport de Mme Corinne Imbert, rapporteure, sur la proposition de loi n° 419 (2021-2022) visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux ».*

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Tout d’abord, je veux accueillir au sein de notre commission notre nouveau collègue M. Jean-Marie Janssens qui remplace Mme Daphné Ract-Madoux.

Nous commençons nos travaux par l’examen de la proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux ».

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – La proposition de loi que nous examinons ce matin a été déposée par le président Bruno Retailleau, avec une double intention à laquelle je souscris pleinement. Le texte vise à améliorer la formation en médecine générale, en allongeant le troisième cycle d’une année et en le rendant plus professionnalisant. Mais il s’agit également de trouver un moyen d’action nouveau pour s’attaquer à la problématique des « déserts médicaux » que nous connaissons bien, selon l’expression largement usitée. J’y reviendrai.

La proposition de loi comporte un article unique, qui prolonge la durée du troisième cycle des études de médecine générale à quatre ans et affecte la quatrième année à la réalisation de stages en ambulatoire en autonomie supervisée. Cette mesure était évoquée depuis longtemps.

La durée du troisième cycle de médecine générale, qui reste fixée à trois ans, fait exception. Plus courte que celles des 43 autres spécialités, elle isole la médecine générale, l’empêche de bénéficier de certaines avancées de la réforme de 2017 et ne permet pas d’assurer la professionnalisation complète des étudiants. Ainsi, les étudiants en médecine générale sont les seuls à ne pas bénéficier d’une troisième phase d’internat, dite « de consolidation », visant à consolider les connaissances et compétences acquises jusque-là. Ils ne bénéficient pas non plus du statut de docteur junior, associé à cette dernière phase et permettant aux étudiants de réaliser, pendant une année entière, des stages en autonomie progressive et supervisée, tout en bénéficiant d’une meilleure rémunération. Cette durée s’avère également plus courte que celle qui est retenue dans de nombreux autres pays européens : les médecins généralistes suivent, par exemple, un troisième cycle de quatre ans en Irlande ou en Pologne ; de cinq ans au Danemark, en Suède ou en Norvège.

Les enseignants et les médecins que nous avons auditionnés sont majoritairement très favorables à cette mesure, et nous ont parfois indiqué y travailler depuis plusieurs années. Ils ont insisté sur l'opportunité d'enrichir la maquette de formation, dans l'objectif de mieux préparer les étudiants à l'installation et de leur permettre plus facilement, s'ils le souhaitent, d'approfondir des compétences spécifiques, communes à plusieurs spécialités, au cours de formations spécialisées transversales. Ils ont, surtout, insisté sur l'opportunité de développer les stages en ambulatoire, aujourd'hui trop peu présents de manière obligatoire dans le cursus.

En améliorant la professionnalisation des internes de médecine générale, la proposition de loi vise également à favoriser leur installation rapide. Si le troisième cycle est rallongé à quatre ans, les étudiants ne pourront plus, comme aujourd'hui, soutenir leur thèse jusqu'à trois ans après la fin de leur internat et retarder d'autant leur installation. Comme dans les autres spécialités, ils seront contraints de la soutenir à l'issue de la troisième année, l'accès à la quatrième étant conditionné à la soutenance. Surtout, la réalisation d'une année entière de stages en ambulatoire et en autonomie supervisée, sous le statut de docteur junior, permettra d'améliorer largement la professionnalisation des étudiants et de mieux les préparer à l'exercice en ville. En elle-même, la mesure devrait donc être favorable à l'amélioration de l'offre de soins.

Toutefois, la proposition de loi ne s'arrête pas là. Afin de répondre plus directement aux problèmes d'accès aux soins dans de très nombreux territoires, elle prévoit que les stages en ambulatoire de quatrième année seront prioritairement réalisés dans les zones sous-denses identifiées par les agences régionales de santé (ARS). Cette mesure a concentré, ces dernières semaines, les inquiétudes des organisations représentatives des internes, qui ont souligné qu'elles ne souhaitent pas que la formation soit instrumentalisée pour régler les difficultés d'accès aux soins de certains territoires. Je tiens donc à le dire d'emblée, la mesure n'entend pas sacrifier la qualité de l'encadrement des étudiants. Au contraire, et comme c'est déjà le cas aujourd'hui, les stages seront supervisés par des maîtres de stage formés et agréés par l'université, et devront permettre un véritable accompagnement de l'étudiant.

Afin de tenir compte de ces inquiétudes, et parce que l'expression « désert médical » ne me paraît pas décrire fidèlement la réalité contrastée des zones sous-denses, je vous propose d'adopter un amendement modifiant l'intitulé de la proposition de loi pour mieux mettre en valeur son objectif principal : l'amélioration de la formation des internes en médecine générale.

Toutefois, je crois également qu'il n'est pas possible d'ignorer entièrement les besoins de nos territoires en matière d'offre de soins dans l'affectation des internes en stage. Au contraire, les affectations doivent être cohérentes avec les besoins de santé des territoires chaque fois que cela est possible sans perte sur la qualité d'accompagnement.

C'est pourquoi, afin d'assurer la pleine efficacité de cette mesure, les efforts devront être poursuivis pour augmenter encore le nombre de maîtres de stages universitaires et s'assurer que ceux-ci maillent suffisamment le territoire. Il s'agit d'un enjeu central, et bien identifié puisque leur nombre a déjà augmenté considérablement ces dernières années et de nombreuses collectivités territoriales cherchent déjà à favoriser l'agrément de maîtres de stage sur leur territoire. C'est à la condition de concilier ces deux impératifs - amélioration de la formation des étudiants en médecine générale et amélioration du service rendu à la population dans les territoires - que la réforme pourra être un succès. Cette proposition de loi constitue un pas pour apporter une meilleure réponse aux attentes de soins. Elle a plusieurs mérites, dont celui de démystifier l'installation avec une meilleure connaissance d'un cabinet, mais également de démystifier la notion de zone sous-dense : il y a une vie dans ces territoires.

Un autre motif d'inquiétude réside dans la situation matérielle des étudiants affectés dans des territoires éloignés de leur domicile. Les collectivités territoriales font déjà beaucoup d'efforts dans ce domaine. Sur ce point comme sur d'autres, je constate que le Gouvernement a souhaité ouvrir une concertation dans le cadre d'une mission interministérielle, qui devra rendre ses conclusions dans les prochains mois. Les docteurs juniors, quand bien même ils exercent en autonomie progressive des actes de prévention, de diagnostic et de soin, sont aujourd'hui rémunérés forfaitairement et, il faut le dire, assez faiblement au regard du travail qu'ils accomplissent souvent. Je souhaite que des solutions puissent être trouvées pour rétribuer justement les étudiants qui suivront cette année supplémentaire et leur permettre de la réaliser dans de bonnes conditions.

Enfin, les personnes auditionnées nous ont toutes confirmé que l'allongement du troisième cycle et la mise en place de la quatrième année ne devraient pas s'appliquer aux étudiants actuels du troisième cycle de médecine générale, pour ne pas nuire à la cohérence de leur formation et ne pas précipiter la mise à jour du référentiel de formation, dont le contenu devra faire l'objet de concertations. Je vous propose donc d'adopter un amendement prévoyant que le dispositif de la proposition de loi ne s'appliquera pas aux étudiants qui, à la date de la publication de la loi, auront déjà débuté le troisième cycle des études de médecine.

Je voudrais maintenant m'attarder sur le contexte d'intervention de cette proposition de loi. Le Gouvernement a repris l'essentiel de son dispositif pour l'inclure au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 qu'il a déposé, la semaine dernière, à l'Assemblée nationale, alors même que la proposition de loi était d'ores et déjà déposée au Sénat depuis janvier.

En effet, la mesure s'inspire, d'abord, d'un dispositif adopté en 2019 à notre initiative, qui prévoyait que les étudiants de médecine générale réalisent, lors de leur troisième année d'internat, un stage d'un semestre en pratique ambulatoire en autonomie supervisée, en priorité dans les zones sous-denses. Cette disposition n'a jamais été appliquée par le Gouvernement, qui n'a pas pris les décrets d'application nécessaires. La mesure proposée s'inspire aussi d'une recommandation du rapport de la commission d'enquête relative à la situation de l'hôpital et au système de santé en France, qui recommandait de « développer les stages de médecine générale en milieu ambulatoire et renforcer la formation en médecine générale par une quatrième année d'internat [...], en priorité en zone sous-dotée [...] ».

En revanche, je crois aussi que la proposition de loi constitue le véhicule le plus sûr pour adopter de cette mesure. Non pas seulement parce qu'elle est antérieure au projet de loi du Gouvernement et qu'elle est issue de nos travaux, mais aussi parce que l'article 23 du PLFSS, qui porte cette mesure, soulève des questions de recevabilité. En effet, l'absence d'incidence financière de la mesure sur les régimes obligatoires de base est mise en évidence par l'étude d'impact transmise par le Gouvernement.

C'est pourquoi je vous demande d'adopter ce matin la proposition de loi ainsi amendée, qui permettra d'améliorer à la fois la formation des étudiants de médecine générale et l'accès aux soins dans nos territoires.

Enfin, pour clore cette intervention, il me revient, en tant que rapporteure, de vous proposer un périmètre pour l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution. Je considère qu'il comprend des dispositions relatives au contenu et à la durée de formation des médecins généralistes.

En revanche, j'estime que ne présenteraient pas de lien, même indirect, avec le texte dont nous avons à débattre des amendements relatifs à la formation des autres professions médicales et paramédicales ; au régime fiscal ou social, aux règles d'installation ou de conventionnement des professionnels de santé ; aux compétences des professionnels de santé. De tels amendements seraient donc déclarés irrecevables par notre commission en application de l'article 45 de la Constitution.

*Il en est ainsi décidé.*

**M. Daniel Chasseing.** – Notre rapporteure a bien expliqué les enjeux. Malgré les initiatives des maires, les aides publiques restent insuffisantes pour attirer les médecins dans les zones sous-denses et rurales. L'État est pourtant le garant de l'aménagement du territoire : or sans médecin, il n'y a pas de pharmacie, ni de kinésithérapeutes, ni d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), etc. De même, les familles hésitent à s'installer dans ces zones dans ces conditions.

Cette proposition de loi s'inspire d'un dispositif voté en 2019 à l'initiative de notre commission. Il avait alors été négocié avec les internes pour ramener d'un an à six mois la durée du stage de pratique ambulatoire en autonomie supervisée dans les zones sous-denses. J'avais aussi déposé une proposition de loi allant dans le même sens, dont l'examen à l'ordre du jour a été retiré à la faveur de ce texte.

Les étudiants sont attachés au paiement à l'acte dès la quatrième année, car ils ont besoin d'être rémunérés pour financer leurs études. Ce texte va dans ce sens. Ils auraient aussi souhaité conserver le dispositif existant en allongeant la durée du stage de seulement six mois, ce qui aurait porté la durée passée sous le statut de docteur junior à un an. Nous pourrions sans doute les suivre dans cette voie. Certains s'inquiètent que l'encadrement ne soit pas suffisant, mais ces craintes ne sont pas fondées : les étudiants qui ont passé leur thèse après trois ans d'internat peuvent s'installer sans encadrement. Je voterai cette proposition de loi.

**Mme Émilienne Poumirol.** – Cette proposition de loi arrive au moment où le Gouvernement veut la court-circuiter en inscrivant dans le PLFSS une mesure similaire, mais dépourvue de toute précision. Il a constitué un groupe de travail sur le sujet après avoir déposé son projet de loi, mais les étudiants protestent, car ils ne connaissent pas le contenu de la mesure.

Ce texte a deux défauts, car il vise deux objectifs. Est-ce en effet le rôle du Sénat de se prononcer sur le contenu de la formation des étudiants en médecine ? Il vise aussi à régler le problème des déserts médicaux, un problème très complexe. La rédaction reste imprécise sur le statut des étudiants, qui auraient, selon les doyens de faculté, le statut de docteur junior. Mais une rémunération de 2 500 euros pour une personne à bac+10, c'est peu !

De plus, dispose-t-on d'assez de maîtres de stage universitaires pour assurer la formation pendant une année de plus à 4 000 étudiants ? Les étudiants ne sont pas opposés à la création d'une quatrième année, encore faut-il qu'elle s'accompagne d'un contenu pédagogique réel, ce qui implique de disposer de maîtres de stage bien formés en nombre suffisant.

Nous nous opposerons à cette proposition de loi dans sa rédaction actuelle ; notre position pourrait évoluer si des précisions étaient apportées sur la rémunération des internes et le contenu de la formation.

**M. Philippe Mouiller.** – Il était judicieux de renommer ce texte, car l'enjeu est avant tout l'amélioration de la formation des internes, même si le texte vise aussi à répondre à la question des déserts médicaux par ce biais.

La réussite de cette proposition de loi dépendra de la capacité à trouver des maîtres de stage ainsi que des modalités d'organisation qui seront retenues. Les étudiants sont favorables à ce texte, avec deux préoccupations néanmoins, relatives à la rémunération, d'une part, et aux conditions d'encadrement par les maîtres de stage, d'autre part.

Le Gouvernement a introduit dans le PLFSS un article sur ce sujet, alors même que l'on sait très bien que le Conseil constitutionnel le censurera s'il était adopté, dans la mesure où il s'agit d'un cavalier législatif. Ceux qui choisiraient de ne pas voter ce texte au motif qu'un dispositif similaire figure dans le PLFSS doivent donc savoir que cette mesure sera *in fine* retoquée ! Si l'on est favorable à l'esprit du texte, il convient de le voter, sinon le dispositif ne verra pas le jour. J'appelle donc chacun à la cohérence !

Ce texte a le mérite de poser de nouveau la question de la formation, de l'accompagnement et des conditions d'installation des médecins. Je le voterai.

**Mme Laurence Cohen.** – Je rassure M. Mouiller : nous sommes cohérents, nous voterons contre ce texte et contre le PLFSS !

Nous sommes tous confrontés à la question des déserts médicaux, sujet sensible aussi bien dans les zones rurales que dans les grandes zones urbaines, comme en Île-de-France. J'ai été atterrée par les réponses de la ministre hier dans l'hémicycle lors du débat sur les urgences hospitalières et les soins non programmés : elle ne cessait d'invoquer les 41 mesures de la mission flash menée par François Braun comme un mantra... La réalité est que l'on manque cruellement de médecins généralistes, puisque 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant. Je crains que cette proposition de loi non seulement ne résolve pas les difficultés, mais aussi les aggrave.

Je remercie notre rapporteure pour sa pédagogie et son travail. Je m'étonne toutefois qu'il n'y ait pas eu de réflexion sur le contenu des formations en amont. Les internes sont inquiets, car ils craignent d'être envoyés dans des zones sous-dotées, sans aucun accompagnement puisque l'on manque justement de médecins seniors dans ces territoires pour les encadrer. L'année supplémentaire de formation prévue risque d'être une année blanche en termes de formation dans ce contexte.

De plus en plus, les jeunes médecins aspirent à travailler en salariat, dans des structures collectives, pour ne pas avoir des horaires intenable. Or, il n'y a aucune réflexion sur ce sujet, non plus que sur la permanence des soins. Il n'y a pas eu d'anticipation. Le Gouvernement nous balade avec la suppression du *numerus clausus* : le nombre de médecins supplémentaires formés est très faible, tout simplement parce qu'on ne donne pas aux universités les moyens de former plus de professionnels.

Mieux vaudrait ainsi s'intéresser à ces sujets fondamentaux, plutôt que de s'abaisser à engager un débat de cour maternelle pour revendiquer la paternité de ce texte, qui ne règlera d'ailleurs rien, et d'accuser le Gouvernement de vouloir le récupérer.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Comment une quatrième année d'internat permettra-t-elle de réduire les déserts médicaux ? Ce texte est muet sur le statut de ces médecins juniors, sur leur salaire. Il est question d'une rémunération à l'acte, mais comment cela va-t-il se passer concrètement avec les maîtres de stage ? Combien d'actes ces derniers les autoriseront-ils à réaliser ? Les internes sont vent debout contre ce texte.

Nous sommes régulièrement sollicités par des maires qui ont besoin d'aide pour les aider à trouver des médecins pour venir s'installer dans les centres de santé qu'ils ont construits et qui sont vides. Dans le Pas-de-Calais, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous en ophtalmologie est d'un an. À Paris, ces délais sont bien moindres. Six millions de Français n'ont plus de médecin traitant. C'est à ces inégalités que nous devons nous attaquer.

Un autre problème concerne le nombre des maîtres de stage et le nombre de places ouvertes en médecine dans les universités. À cet égard, une année d'études en plus ne règlera rien. Il y a quelques années, la formation durait sept ans et nous n'étions pas plus mal soignés !

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – C'est vrai, mais je pense que si l'on proposait de revenir à l'ancien système les étudiants seraient aussi vent debout.

**M. Olivier Henno.** – Ne nous étonnons pas que le Gouvernement reprenne le texte de cette proposition de loi dans le PLFSS.

Même s'il ne faut pas trop en attendre, elle permet d'avancer sur deux points. Premièrement, elle vise à harmoniser notre système avec ceux qui sont en vigueur en Europe en ce qui concerne les spécialistes et les docteurs juniors. Il ne me semble pas anormal que le troisième cycle dure quatre ans ; si l'on en croit les étudiants, ce sont plutôt les études qui précèdent qui sont un peu longues. Deuxièmement, elle répond au défi des déserts médicaux. En filigrane, ce texte pose la question de la liberté d'installation des médecins, un tabou qui ne tiendra plus longtemps si certains territoires, comme dans la région de Maubeuge, sont privés de médecins. Mais les étudiants en médecine originaires de Maubeuge rêvent souvent de s'installer dans le Midi...

Il faut aussi s'attaquer à la question de la rémunération, écouter et rassurer les étudiants. Le cursus qui précède le troisième cycle est sans doute un peu long et certains ont l'impression de perdre leur temps. Enfin, il est incompréhensible que la France, septième puissance mondiale, ne soit pas capable d'augmenter – pour des raisons de locaux, de nombre de formateurs, etc. – le nombre de médecins qu'elle forme, alors que la Roumanie le fait sans problème. Il est temps d'identifier les blocages, car cette situation est devenue intolérable.

**M. Jean-Luc Fichet.** – Un jour ou l'autre, il faudra poser la question de la liberté d'installation des médecins. Cessons de tourner autour du pot ! Avec l'instauration de la quatrième année d'internat, l'objectif est de répondre à la problématique des déserts médicaux en envoyant des étudiants dans des endroits où ils ne veulent pas aller, mais le texte ne résout rien, car il prévoit que les stages sont effectués « en priorité » dans ces territoires : cela signifie donc que si les internes ne veulent pas y aller, ils n'iront pas ! Finalement rien ne changera.

Les internes se plaignent de la manière dont ils sont traités à l'hôpital. Nous devons nous pencher sur cette question. Il n'en demeure pas moins qu'ils ont bénéficié d'études financées essentiellement par des crédits publics. Or ils sont libres de s'installer où ils le souhaitent. Aujourd'hui, 15 % des jeunes diplômés s'installent immédiatement, tout en exerçant souvent aussi une spécialité, comme l'épilation laser ou le traitement de la chute des cheveux, qui est plus lucrative. Dix ans après la fin de leurs études, seuls 45 % des diplômés sont installés comme médecins généralistes – c'est peu. J'ajoute enfin que, si le texte est adopté, les collectivités seront sollicitées pour aider les stagiaires de quatrième année à s'installer pendant un an, en leur fournissant des locaux, du matériel, qu'elles n'ont pas forcément. Finalement on tourne autour du pot, sans régler le problème : les zones sous-denses continueront à l'être, car le nombre de médecins généralistes n'augmentera pas avant dix ans. Quant aux centres médicaux pluridisciplinaires, ils ne fonctionneront que là où ils disposeront de médecins, donc pas dans les déserts médicaux ! L'effort pour libérer du temps médical ne résout pas la question de l'éloignement des médecins : certains doivent faire une heure de route pour en trouver un, quand celui-ci peut les recevoir... Le problème est que l'on manque de médecins. L'instauration d'une quatrième année n'y changera rien.

**Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale.** – Ce texte suscite bien des passions. Nous sommes souvent interpellés par les élus locaux et nos concitoyens qui ne trouvent pas de médecins. Plusieurs outils sont envisageables pour améliorer l'accès aux soins, mais entre 10 % et 12 % de la population n'ont pas de médecin traitant. Ce problème se pose partout dans le monde. Ainsi, seuls 30 % des Suédois ont un médecin traitant. Le vieillissement de la population complique encore la donne.

Peut-être devrions-nous harmoniser les études de médecine au niveau européen. On accueille de nombreux étudiants étrangers, et inversement beaucoup de Français partent à l'étranger pour faire leurs études, alors que le *numerus clausus* a été supprimé. Simplement, on manque de place dans les universités et on n'a pas formé assez de professeurs de médecine. En Suède, la formation pour devenir médecin généraliste dure sept ans. En France, la médecine générale a longtemps été mal valorisée. Il est à craindre qu'allonger le cursus d'un an n'aboutisse à rendre moins attractive à nouveau cette voie ; de plus, les étudiants engagés dans cette année supplémentaire ne pourront pas s'installer comme médecins immédiatement. C'est autant de médecins en moins pour le pays. Quant au paiement à l'acte, il risque de constituer une rupture d'égalité avec les internes en spécialité.

La régulation n'est pas une solution. Celle-ci est utile pour gérer un excès d'offre, mais ne peut rien contre la pénurie de médecins. Il faut plutôt parvenir à convaincre les jeunes de s'installer dans les zones sous-denses. Dans les territoires où une dynamique positive s'est installée avec les professionnels, on arrive à repousser les murs et à accueillir des jeunes. Je suis très sceptique sur ce texte. Je m'abstiendrai.

**Mme Véronique Guillotin.** – Certes, redonner de l'intérêt à la médecine générale est une bonne idée. Le point positif du texte est que les internes devront passer leur thèse en troisième année et qu'ils pourront donc potentiellement s'installer rapidement après leur fin d'études. Toutefois, ce texte me gêne.

On comprend qu'il vise à remédier au problème de la désertification médicale. Or la création d'une quatrième année n'apporte aucune réponse à cet égard. Soyons réalistes, on manque de médecins. Il convient de multiplier les efforts pour les attirer, de créer des maisons de santé pluriprofessionnelles, de faire en sorte que les étudiants soient bien accueillis dans les zones sous-denses, bien formés avec des maîtres de stage, *etc.* C'est ainsi que les jeunes souhaiteront s'installer dans ces zones. Mais la solution viendra avec le temps, lorsque l'on formera plus de médecins. Je m'abstiendrai.

**M. Martin Lévrier.** – Je salue le travail de notre rapporteure. Comme Laurence Cohen l'a dit, il est inutile de nous écharper sur la paternité du texte. Je souscris aux propos d'Olivier Henno, même si je suis en désaccord avec lui sur la coercition. Celle-ci ne peut pas fonctionner lorsque l'on manque de médecins. Ce problème ne se pose pas qu'en France, il est mondial. Si l'on développe la coercition, les médecins partiront à l'étranger. Comme cette proposition de loi va dans le sens du PLFSS, je la voterai, de même que je voterai le PLFSS.

**M. René-Paul Savary.** – Évitions de parler de « déserts médicaux » : cette expression dévalorise ces territoires aux yeux des étudiants. Il s'agit de zones insuffisamment dotées en médecins généralistes, c'est tout.

Instaurer une quatrième année en troisième cycle alors que l'on manque de médecins ne semble pas être une très bonne idée a priori. Mais je suis plutôt favorable à réduire de six à cinq ans la durée des deux premiers cycles des études de médecine. Il ne semble pas utile de faire durer les études de médecine pendant dix ans, c'est beaucoup !

Le *numerus clausus* n'a pas disparu, il a été remplacé par un *numerus apertus*. Il conviendrait de le doubler.

**Mme Victoire Jasmin.** – En vous écoutant, je suis de plus en plus inquiète pour nos territoires d'outre-mer, où la situation est déjà critique. On y manque cruellement de médecins et les évacuations sanitaires se multiplient, y compris pour des problèmes bénins.

L'université des Antilles accueille déjà un premier cycle de formation médicale. Le second cycle est en train d'être installé. Les étudiants de troisième cycle vont en métropole et ne retournent pas toujours aux Antilles. La question des maîtres de stage reste posée. Les médecins semblent sceptiques sur ce texte. Il faut tenir compte de la diversité des territoires. Ceux qui ont les moyens peuvent prendre l'avion pour venir se faire soigner en métropole, d'autres ne le peuvent pas.

**Mme Florence Lassarade.** – Merci de cet effort considérable pour essayer d'améliorer les choses. Je voterai cette proposition de loi, mais il faut aller plus loin. C'est parce qu'il y a des spécialistes sur un territoire qu'un généraliste aura envie de s'installer. Le généraliste est la plaque tournante pour orienter ses patients. Voyons les choses plus globalement. Nous devons nous interroger sur la formation des spécialistes en cabinet. J'ai été très frustrée de ne pas pouvoir transmettre : en hôpital et en hôpital périphérique, on ne nous envoyait pas d'internes, ni même d'externes, malgré du potentiel : d'anciens chefs de clinique sont formés à la pédagogie.

Nous voulons des médecins généralistes partout, mais ils sont souvent maltraités par les patients, exigeants à cause du manque de médecins, et qui exercent une forme de pression. Le généraliste qui reçoit fait de son mieux ! Il faut être bienveillants avec les médecins, et former les spécialistes au plus près de leur cabinet, en ville, et non seulement des spécialistes hospitaliers.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – Avec René-Paul Savary et Frédérique Gerbaud, je prépare un amendement pour réduire à cinq ans les deux premiers cycles, afin que les quatre années d'internat trouvent leur place dans le cursus, sans allonger les études médicales.

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Merci de vos nombreuses interventions sur ce sujet motivant, qui le mérite. Vous ne pouvez pas dire que cette proposition de loi ne sert à rien ! J’espère qu’elle sera votée et que nous irons jusqu’au bout. C’est un premier pas. Une promotion rassemble environ 3 500 internes en médecine générale. En moyenne, par département, cela revient à envoyer 36 internes en quatrième année, en autonomie supervisée et en ambulatoire. Cela irriguerait l’ensemble du territoire national, hormis les zones non prioritaires, souvent des villes. En 2010, l’Association des maires de France (AMF) avait organisé une réunion « Déserts médicaux : urbains et ruraux, tous concernés ». On ne peut pas rester à constater qu’il y a un problème d’accès aux soins, que 6 millions de Français sont sans médecin traitant, et ne rien faire. C’est une responsabilité collective. Chacun doit faire un effort : les internes, et à titre personnel, car cela n’a pas été évoqué en audition, je suis favorable à la réduction de la durée du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> cycle si elle est possible ; les facultés, qui devront réorganiser le cursus ; et les médecins installés, auxquels on demande d’être des maîtres de stage universitaires. Nous avons quatre ans pour former 36 maîtres de stage. Ce n’est pas impossible ! Cela soulagera les médecins, même si ces internes ne seront pas des remplaçants. C’est un partage gagnant-gagnant. Le salariat ne règle pas tout, comme on peut le voir en Suède. C’est une proposition d’exercice.

Nous avons eu des échanges apaisés avec les étudiants en médecine. J’étais désappointée lorsqu’ils m’ont dit souhaiter une troisième année d’internat de médecine générale en autonomie supervisée : c’est ce que le Sénat avait voté en 2019, alors que leurs prédécesseurs étaient vent debout contre... Quel temps perdu ! On aurait pu avoir une application au 1<sup>er</sup> novembre 2021, tandis que cette proposition de loi ne s’appliquera qu’en 2026 ! Nous avons perdu cinq ans. Oui, il y a parfois des postures. Le syndicat est sous pression des internes, mais si chacun avance dans le bon sens, on peut améliorer le système de soins.

Avec le temps travaillé choisi, il faut former plus de médecins. Désormais, les médecins veulent une certaine qualité de vie, choisir leur temps de travail. C’est un sujet sociétal global. En face, il y a des patients qui ont besoin de soins. Il faut s’adapter. Saisissons cette proposition de loi. Cela ne fait pas une année blanche.

Actuellement, lorsqu’un étudiant de médecine termine sa troisième année d’internat de médecine générale, il n’a plus que sa thèse à soutenir. Premier avantage de cette quatrième année, il aura soutenu sa thèse, et le doyen ne sera plus obligé d’accorder une dérogation pour soutenir sa thèse au bout de quatre ou cinq ans. Actuellement, il réalise des remplacements lorsqu’il le souhaite. Arrivez-vous à trouver un médecin entre Noël et le jour de l’An ? Avec la proposition de loi, une promotion entière recevrait des patients trois à quatre jours par semaine. C’est une véritable amélioration de la prise en charge, répondant aux attentes des patients et des élus.

Je ne souhaite plus parler de désert médical, car sinon la France est un désert médical à 85 % ! Et c'est très péjoratif, alors que les élus locaux agissent pour rendre leurs territoires plus attractifs.

Monsieur Chasseing, allonger de six mois seulement est une façon, pour les responsables actuels des internes, de ne pas désavouer leurs prédécesseurs, en coupant la poire en deux. Ce n'est pas raisonnable de faire une demi-année universitaire. L'allongement d'un an leur permet d'être docteur junior, avec inscription au tableau de l'ordre, et donc une reconnaissance de leur titre et de leurs compétences. Même s'il s'agit d'une professionnalisation, ils détiennent déjà des connaissances remarquables et un savoir-faire.

Madame Poumirol, le statut de docteur junior est applicable. Dans l'exposé des motifs, M. Bruno Retailleau propose une rémunération à l'acte. Lors de nos auditions, l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG) estimait qu'il y avait une inéquité par rapport aux docteurs junior en spécialité payés forfaitairement, même quand ils exercent en cabinet de ville. Il faut plus de médecins maîtres de stage en spécialité, car si demain les docteurs juniors en spécialité sont rémunérés à l'acte, il y aura de nouveau des futurs médecins capables de prendre des consultations de spécialistes actuellement sous tension. Nous espérons un tel déblocage et une attirance pour les spécialités en ville.

Madame Cohen, la proposition de loi a un objet, mais il faudra faire perdurer la réflexion, notamment sur la formation. En 2019, le Gouvernement ne voulait pas toucher à la maquette, et nous apportait comme réponse les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), pensant régler ainsi l'accès aux soins. Certes, elles permettent de bonnes conditions de travail et de la concertation, sans tout régler : sans médecin, on ne peut prendre en charge des patients !

Les collectivités territoriales réalisent des efforts en négociant avec les facultés de médecine afin que la formation pour être maître de stage universitaire se passe dans les départements, et non plus forcément à la faculté, au plus près des cabinets médicaux. En Charente-Maritime, en une seule formation, nous avons augmenté de 15 % le nombre de médecins maîtres de stage, nous en avons formé 15 ! Donc le chiffre de 36 par département en quatre ans est réaliste.

Concernant le statut de docteur junior, je compte sur le Gouvernement pour encourager la rémunération à l'acte. Il faut reconnaître la compétence de ces médecins.

Madame Apourceau-Poly, nous allons irriguer les territoires avec des internes en dernière année, où ils découvriront l'attractivité du métier.

Madame Doineau, en moyenne, la France a des études de médecine plus courtes et plus spécialisées que les autres pays européens. Les enseignants et les praticiens pensent que ce changement améliorerait l'attractivité de la spécialité en la rapprochant des autres. Reste à revoir la maquette.

Nous aurons 12 000 maîtres de stage universitaires en médecine générale à la fin de l'année – sur un total de 12 941 maîtres de stage –, soit une augmentation de 10 % en trois ans. Actuellement, tout le monde est prêt à faire un effort, car on se désespère un peu de la situation...

**M. Alain Milon.** – Les doyens des facultés de médecine de Marseille et de Nice se plaignent qu'on ne leur envoie pas plus d'internes en médecine générale. On supprime le *numerus clausus*, sans augmenter l'envoi d'internes dans ces petites facultés. Ceux-ci vont prioritairement dans les grosses facultés : Paris, Lille, Bordeaux, Lyon...

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – C'est une question à poser au ministre.

J'ai cosigné cette proposition de loi. Je travaille depuis deux ans avec un membre du conseil de l'ordre sur cette quatrième année. Sincèrement, c'est du gagnant-gagnant. Il n'y a pas de sens à présenter cela comme une lutte contre les déserts médicaux, puisque la quasi-totalité du territoire est sous tension. Oui, il faut peut-être revoir la maquette du cursus et réduire les années antérieures. Nous devons y réfléchir, mais c'est un travail d'une autre ampleur.

Une quatrième année de professionnalisation avec des médecins presque de plein exercice, avec des maîtres de stage, sur tout le territoire, et organiser cela département par département, c'est positif. Il faut y réfléchir avec les territoires. On pourrait imaginer une commission de répartition, qui inclurait l'ARS, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), le conseil de l'ordre, les doyens, mais surtout les élus locaux, pour les répartir sur le territoire. Dans les Pays-de-la-Loire, nous avons fait attention à ce que ce ne soient pas que des urbains qui fassent des études de médecine. En général, les étudiants en médecine viennent de catégories socioprofessionnelles aisées et de milieux urbains. Ils ont peu vécu à la campagne et ne connaissent pas ces territoires, donc ne veulent pas y aller. Toutefois, une fois qu'ils s'y rendent, beaucoup restent sur place. Tout le monde veut vivre à la campagne après le confinement !

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – C'est terminé !

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Les présidents des syndicats d'étudiants sont très favorables à améliorer les conditions d'accueil, au statut de docteur junior, à la rémunération à l'acte. Mais ils changent tous les ans... Je leur ai dit que s'ils ne faisaient pas d'effort, ils subiraient un effet boomerang plus important.

Les médecins sont en souffrance. On a voulu en faire des spécialistes en trois ans, en s'arrêtant au milieu du gué. La quatrième année est une bonne chose, au contact de professionnels. Ils apprendront aussi la gestion. Je plaide pour cette proposition de loi.

#### EXAMEN DE L'ARTICLE UNIQUE

##### *Article unique*

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** - L'amendement **COM-1** rectifié *bis* vise à affecter les stagiaires de quatrième année de médecine générale, en priorité, au sein du ressort territorial du centre hospitalier universitaire dont ils relèvent. Je comprends l'intention des auteurs, mais, s'il est bien nécessaire d'éviter que les internes locaux ne délaissent un territoire, l'amendement présente toutefois plusieurs difficultés. D'abord, le nombre de maîtres de stage n'est pas toujours proportionné, localement, à la population des internes : il peut être utile que des internes exercent dans d'autres régions. Même si je suis favorable à une commission qui valide les terrains de stage, il faut aussi une certaine liberté de choix.

Surtout, qu'en sera-t-il de la Corse, de la Guyane et de Mayotte, qui ne comptent pas de centre hospitalier universitaire (CHU) - même s'ils sont rattachés à un CHU ? Un tel amendement risquerait de priver ces territoires de l'envoi d'internes de quatrième année, et ce, alors que la Guyane et Mayotte ont, et de loin, la démographie médicale la plus faible en médecins généralistes !

Enfin, je m'interroge sur la seconde « priorité » qui figurerait dans le dispositif. Comment concilierait-on les deux priorités prévues par la loi, celle consistant à affecter les internes en zone sous-dense, et celle consistant à les affecter localement ? Avis défavorable.

**Mme Frédérique Gerbaud.** - Même si je comprends vos objections, il faudrait définir un cadre et fixer une règle si cette proposition de loi est adoptée. Quels seraient les critères de déploiement de cette quatrième année dans les territoires sous-denses ? La région Centre-Val de Loire comprend six départements, mais un seul CHU, à Tours, contre trois dans la région Nouvelle-Aquitaine. Il n'y a plus de médecin dans l'Indre, mais un véritable renoncement aux soins. Comment obtiendrons-nous une répartition équitable sur nos territoires, et éviter qu'un médecin formé à Tours ne vienne s'installer dans une autre zone sous-dense à vingt kilomètres de notre département ?

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Cela relève du domaine réglementaire. Ces lieux d'exercice de la professionnalisation doivent être déterminés par une commission regroupant les différents acteurs. Il faut éventuellement ouvrir un peu plus de places d'internes. Les étudiants du sud de l'Indre ont tendance à aller davantage au CHU de Limoges.

**Mme Frédérique Gerbaud.** – Beaucoup plus d'étudiants de l'Indre vont à Limoges plutôt qu'à Tours. Nous avons obtenu du doyen de Limoges qu'en troisième cycle les étudiants puissent, par dérogation, réaliser leur stage dans l'Indre, s'ils en sont originaires. Je comptais rectifier mon amendement pour étendre le dispositif et permettre aux étudiants de s'installer dans leur département d'origine. Le dispositif réglementaire doit être bien appliqué, on ne peut revenir au point zéro.

**Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale.** – Cet amendement montre la faiblesse du dispositif. Il n'y a pas seulement des manques dans les territoires ruraux, mais aussi en ville, et il n'y a pas moins de besoins à l'hôpital qu'en ville. Il manque aussi des internes à l'hôpital. C'est pourquoi je suis réticente à voter cette proposition de loi.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – Il y a une part de coercition. Il faut rester dans le périmètre de la faculté d'origine, sinon ce n'est plus de la formation.

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – C'est réalisé en lien avec l'université.

**M. Daniel Chasseing.** – Je voterai cet amendement. Il est logique que les étudiants réalisent leur stage dans des départements envoyant des malades vers le CHU. Quelqu'un ayant fait ses études à Limoges, mais originaire de Nice pourrait retourner à Nice, mais il est normal qu'il fasse son stage dans les départements dépendant du CHU de Limoges.

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Ce serait une quatrième année organisée avec la faculté dans laquelle ils font leur troisième année. Pourquoi l'université les enverrait-elle très loin ?

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – Il existe déjà des dispositions relevant de décrets sur l'affectation des stagiaires. Ce sont les doyens qui accordent la dérogation.

**Mme Frédérique Gerbaud.** – J'apporterai des précisions par voie d'amendement.

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – J'examinerai ce point.

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Si l'étudiant fait son stage dans le département où se trouve le CHU, qu'en sera-t-il des départements où il n'y a pas de CHU ?

**Mme Frédérique Gerbaud.** – Il y a un CHU par région.

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Trois régions n’ont pas de CHU.

**Mme Frédérique Gerbaud.** – C’est pour irriguer les départements de la région.

**Mme Émilienne Poumirol.** – Lundi, j’ai comparé deux cartes : celle indiquant les déserts médicaux se superpose avec celle des villes universitaires : il y a moins de médecins là où il n’y a pas de ville universitaire. Si les stagiaires vont uniquement près des villes universitaires, nos territoires seront toujours sous-dotés. Il est nécessaire qu’ils puissent exercer partout. Le directeur de l’hôpital de Castelnaudary a poussé un cri d’alarme : ils ont besoin d’accueillir des stagiaires. Ne pensons pas qu’aux CHU, mais aussi aux groupements hospitaliers de territoire (GHT).

**M. Alain Milon.** – L’amendement est intéressant, mais il faut le retravailler, et demander au ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche d’accorder des postes d’internes en médecine générale non en fonction de la taille de la faculté, mais de la population autour de la faculté. Il y a 20 internes en médecine générale à Nice, pour un million d’habitants. C’est largement insuffisant ! Oui, il y a la Côte d’Azur avec Nice et Antibes, mais dans l’arrière-pays, il n’y a pas de médecins !

Il en est de même à Marseille : on accorde 80 postes d’internes pour 1,5 million d’habitants à Marseille, 5 millions pour la région Provence-Alpes-Côte d’Azur (PACA). Il est difficile de régler cela par amendement.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe.** – Je partage ce point de vue. Il y a une forte corrélation entre l’origine des étudiants et leur implantation ensuite. Le ministère lui-même développe la possibilité de favoriser l’inscription en faculté de candidats venant de secteurs en souffrance sur le plan médical pour favoriser ces territoires.

**Mme Frédérique Gerbaud.** – Je retire mon amendement et le redéposerai en séance publique.

*L’amendement COM-1 rectifié bis est retiré.*

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – L’amendement **COM-2** concerne les conditions d’application du dispositif. Afin de préserver la cohérence de leur formation, il prévoit que l’allongement du troisième cycle de médecine générale ne s’applique pas aux étudiants ayant déjà, à la date de publication de la loi, débuté leur troisième cycle.

Si la proposition de loi est définitivement adoptée, les mesures s’appliqueraient en novembre 2023 et auraient un effet sur le terrain en novembre 2026.

*L’amendement COM-2 est adopté.*

*L’article unique est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

*Intitulé de la proposition de loi*

**Mme Corinne Imbert, rapporteure.** – L'amendement **COM-3** intitulerait ainsi la proposition de loi : « Proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation des internes en médecine générale », afin d'éviter le terme de désert médical. Il y a de la vie dans les territoires, qui ont besoin de médecins pour répondre aux besoins.

**Mme Catherine Deroche, présidente.** – Nos débats se poursuivront dans quinze jours en séance publique.

*L'amendement COM-3 est adopté.*

*L'intitulé de la proposition de loi est ainsi modifié.*

*La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

**TABLEAU DES SORTS**

<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
<b>Article unique</b> <b>Allongement du troisième cycle des études de médecine générale et contenu de la quatrième année</b>			
Mme Frédérique GERBAUD	1 rect. <i>bis</i>	Affectation prioritaire des stagiaires au sein du ressort territorial du centre hospitalier dont ils relèvent	<b>Retiré</b>
<b>Mme IMBERT, rapporteure</b>	2	Conditions d'application du dispositif	<b>Adopté</b>
<b>Intitulé de la proposition de loi</b>			
<b>Mme IMBERT, rapporteure</b>	3	Modification de l'intitulé de la proposition de loi	<b>Adopté</b>



## **RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)**

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »<sup>1</sup>.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie<sup>2</sup>. Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte<sup>3</sup>. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial<sup>4</sup>.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

---

<sup>1</sup> Cf. commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites.

<sup>2</sup> Cf. par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 - Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 - Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.

<sup>3</sup> Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 - Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

<sup>4</sup> Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 - Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.

En application du *vademecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales a **arrêté**, lors de sa réunion du mercredi 5 octobre 2022, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 419 (2021-2022) visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre les « déserts médicaux »**.

Elle a considéré que ce périmètre incluait des dispositions relatives au contenu et à la durée de formation des médecins généralistes.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient pas de lien, même indirect, avec le texte déposé, des amendements relatifs :

- à la formation des autres professions médicales et paramédicales ;
- au régime fiscal ou social, aux règles d'installation ou de conventionnement des professionnels de santé ;
- aux compétences des professionnels de santé.

## LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Conseil national de l'Ordre des médecins**

**Dr Henri Foulques**, président de la section Formation et compétences médicales

**Adam Tornay**, directeur des services du Tableau, conseiller juridique

- **Conférence des doyens de facultés de médecine**

**Pr Didier Samuel**, président

**Pr Benoit Veber**, vice-président

- **Collège national des généralistes enseignants (CNGE)**

**Pr Olivier Saint-Lary**, président

- **InterSyndicale nationale des internes (ISNI)**

**Olivia Fraigneau**, présidente

**Maxime Cumunel**, délégué général

- **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG)**

**Raphaël Presneau**, président

**Théophile Denise**, premier vice-président

- **Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf)**

**Yaël Thomas**, président

**Sarah Daubresse**, vice-présidente chargée des études médicales

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

**Philippe Charpentier**, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

**Marc Reynier**, adjoint au sous-directeur des ressources humaines du système de santé

**Pierre-Eloi Bruyère**, chef du bureau démographie et formations initiales

**Vincent Hemery**, adjoint au chef du bureau démographie et formations initiales

**Julien Carricaburu**, conseiller soins primaires et professionnels libéraux

**Pr Philippe Morlat**, conseiller médical

- **Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG)**

**Dr Erik Samtmann**, membre du bureau

- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)**

**Dr Erik Samtmann**, membre du bureau

**Dr Jean-Christophe Nogrette**, secrétaire général adjoint

**Dr Florence Lapica**, vice-présidente

- **Conférence nationale des Unions régionales des professionnels de santé de médecins libéraux (CN URPS-ML)**

**Dr Antoine Leveneur**, président

**Dr Éric Blondet**, secrétaire général

## LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp121-419.html>