

N° 298

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1986-1987

Annexe au procès verbal de la séance du 18 juin 1987.

A V I S

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des affaires culturelles (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE, portant diverses mesures d'ordre social.

Par M. Jean DELANEAU,

Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de* MM. Maurice Schumann, *président*; Leon Eeckhoutte, Paul Séramy, Edgar Faure, Michel Miroudot, *vice-présidents*; Mme Danielle Bidard-Reydet, MM. Jacques Habert, Adrien Gouteyron, Pierre Vallon, *secrétaires*, MM. Hubert d'Andigné, François Autain, Paul Bénard, Jacques Bérard, Jean-Pierre Blanc, Roger Boileau, Philippe de Bourgoing, Pierre Brantus, Jacques Carat, Pierre Carous, Ernest Cartigny, Jean Delaneau, André Diligent, Jean Dumont, Jules Faigt, Alain Gérard, Yves Goussebaire-Dupon, Robert Guillaume, Philippe Labeyrie, Pierre Laffitte, Marc Lauriol, Jean-François Le Grand, Paul Loridant, Mme Hélène Luc, MM. Marcel Lucotte, Kléber Malecot, Hubert Martin, Christian Masson, Michel Maurice Bokanowski, Dominique Pado, Sosefo Makapé Papilio, Jacques Pelletier, Maurice Pic, Raymond Poirier, Roger Quilliot, Ivan Renar, Roland Ruet, Abel Sempe, Pierre Sicard, Pierre Christian Taittinger, Dick Ukeiwé, Albert Vecten, Marcel Vidal

Voir les numéros :

Assemblée nationale : (8^e législ.) : 738, 790 et T.A.111.

Sénat : 271, 273 et 284 (1986-1987).

Sécurité sociale - *Etudes médicales.*

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	3
PREMIERE PARTIE : Les dispositions relatives aux études médicales	5
Section I : Rappel historique	5
I - L'organisation des études médicales avant la réforme de 1958	5
II - La réforme de 1958	8
A - Les insuffisances de l'enseignement médical à la veille de la réforme	8
B - La création d'un Comité interministériel de réflexion	8
C - L'ordonnance du 30 décembre 1958	10
D - Les textes d'application de l'ordonnance	11
E - Les modifications apportées à la réforme de 1958	13
III - La réforme de 1968	15
A - Deux mesures essentielles sont prises par les arrêtés des 23 et 24 juillet 1970	15
B - Le troisième cycle est assez peu modifié	16
IV - L'institution du numerus clausus	18
A - Les mesures prises	18
B - Des résultats décevants	19
V - La préparation de la réforme de 1979	21
A - La commission Rapin	21
B - La commission Fougère	23
VI - La loi du 6 juillet 1979 relative aux études médicales	30

	Pages
A - Une large concertation qui entraîne la modification du projet de loi	30
B - Le contenu de la loi	31
C - Les textes d'application	34
VII - La préparation de la loi de 1982	42
A - Le rapport Roux	42
B - Le rapport Seligmann	43
VIII - La loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques	48
A - Le contenu de la loi	48
B - Les difficultés	51
C - Du vote de la loi à l'instauration d'un régime transitoire	52
Section II : Les articles 28 à 30 du projet de loi portant diverses mesures d'ordre social	61
I) Des mesures justifiées	61
II) Examen des articles	64
Article 28 : Régime du troisième cycle des études médicales	64
Article 29 : Entrée en vigueur du nouveau régime	67
Article 30 : Prolongation des dispositions transitoires	67
DEUXIEME PARTIE : Les dispositions relatives à la publicité	69
Article 52 : Réglementation de la publicité pour les boissons alcoolisées	69
Article 53 : Report de l'introduction des émissions publicitaires à caractère politique sur les chaînes de télévision et de radio publiques et privées	82
Article 54 : Dispositions relatives à l'installation d'établissements ayant pour activité principale la vente ou la mise à disposition du public de publications dont la vente aux mineurs est prohibée	85
Amendements présentés par la commission	87

Mesdames, Messieurs,

Le projet portant diverses mesures d'ordre social contient, comme à l'accoutumée, des dispositions de nature très différente. Deux aspects du texte ont retenu l'attention de votre commission des Affaires culturelles :

- les dispositions relatives aux **études médicales**,

- les dispositions relatives à la **réglementation de la publicité pour les boissons alcooliques**, qui prévoient notamment l'interdiction d'une telle publicité sur toutes les chaînes de télévision, et relatives au **report de l'introduction des émissions publicitaires à caractère politique** après l'entrée en vigueur de mesures garantissant la "transparence" et la "moralisation" de la vie politique.

PREMIERE PARTIE

LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETUDES MEDICALES

SECTION I: RAPPEL HISTORIQUE

I - L'ORGANISATION DES ETUDES MEDICALES AVANT LA REFORME DE 1958

Au cours du XIXème et de la première moitié du XXème siècle, le cursus des études médicales est progressivement mis en place.

Le 13 février 1802, un arrêté institue l'externat et l'internat des hôpitaux de Paris ; le 5 juillet 1820, une ordonnance royale précise que l'accès à la faculté se fait par le biais du baccalauréat ; le 1er novembre 1829, la durée des études est fixée à quatre ans.

Sous le Second Empire, l'enseignement médical s'étoffe avec, d'une part, la création d'une année préparatoire à dominante scientifique - réforme du 8 juin 1854 - et, d'autre part, l'organisation de l'enseignement hospitalier qui reste cependant réservé aux externes et aux internes (décret du 8 juin 1862).

La Troisième République modifie à son tour les études médicales : le décret du 20 juin 1878 élabore les nouvelles conditions d'admission pour les titulaires des baccalauréats en sciences et en lettres, réforme les examens et institue des travaux pratiques obligatoires et des stages hospitaliers pendant 3 ans pour les externes.

Le décret du 31 juillet 1893 organise l'année préparatoire et instaure le P.C.N. (Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles) qui marque l'entrée en première année.

Le décret du 11 janvier 1909 allonge la durée des études : celles-ci durent désormais 5 ans et doivent être à la fois

hospitalières, pratiques et théoriques ; elles doivent comporter des fonctions hospitalières réelles et obligatoires à partir de la 3ème année (cette disposition sera peu suivie d'effets). Ce même décret allonge la liste des stages de spécialités, crée ce qui sera plus tard le stage interné, conserve le PCN. Le cursus minimum est donc porté à 6 ans.

La réforme du 10 septembre 1924 modifie la répartition des enseignements ; enfin le décret du 6 mars 1934 crée une 6ème année supplémentaire : le cursus complet passe alors à 7 ans.

Dernière réforme importante avant l'ordonnance de décembre 1958 : le 16 avril 1946, un décret développe le stage interné et organise l'enseignement des spécialités dans le cadre universitaire au niveau national : les CES (Certificat d'Etudes Spéciales) sont créés.

Ainsi, à la veille de l'ordonnance de 1958, le régime des études médicales présente quatre principaux aspects.

1) Tous les bacheliers ont librement accès aux études médicales universitaires. Ne sont admis à la faculté de médecine que les titulaires du PCB - certificat de physique, chimie, sciences naturelles et biologie - nouvelle appellation pour le PCN créé en 1893. En fin d'année, cet examen donne accès aux études médicales proprement dites. En cas d'échec, l'étudiant est admis à redoubler. En cas de second échec, une année doit s'écouler avant qu'il lui soit possible de reprendre une nouvelle inscription.

2) Les études médicales durent 6 ans. Les stages pratiques ont lieu à l'hôpital le matin, les cours théoriques à la faculté l'après-midi. Des examens sanctionnent tous les ans le niveau des connaissances. Au bout de 7 années, l'étudiant peut passer sa thèse et recevoir le diplôme de docteur en médecine.

3) Les étudiants qui n'ont pas accédé à l'externat (concours ouvert à partir de la 2ème année des études médicales) n'ont pas l'occasion de s'exercer à la pratique médicale. Un nombre restreint d'externes (un sur huit en moyenne) peut accéder à l'internat des hôpitaux des villes de Faculté, à partir de la 2ème année d'externat. Ceux qui ont réussi ces concours exercent des responsabilités réelles dans le système hospitalier. En revanche, les étudiants stagiaires qui ne sont ni externes ni internes assistent en auditeurs passifs à la visite des malades par le "patron" et n'ont aucune responsabilité.

4) En fin d'études, tous les étudiants peuvent acquérir une qualification dans une spécialité par la voie des CES, suivie après le cycle normal des études dans le cadre de la faculté de médecine

sous la responsabilité de l'université, pendant une période de 1 à 5 ans selon les spécialités. Cependant, les internes des hôpitaux des villes universitaires remplissant les conditions requises peuvent obtenir l'équivalence de CES sans avoir à en subir les épreuves.

II - LA RÉFORME DE 1958

A - Les insuffisances de l'enseignement médical à la veille de la réforme

L'organisation des études médicales est progressivement remise en cause à partir des années 1950.

La dualité de l'enseignement dispensé à la faculté et à l'hôpital aboutit à une rupture complète entre les deux institutions : la faculté dispense l'enseignement théorique et l'hôpital l'enseignement pratique. Cette rupture s'est faite au détriment de la faculté, les médecins cliniciens bénéficiant d'un prestige bien supérieur à celui des enseignants universitaires. Cet état de fait a progressivement entraîné une désaffection des étudiants pour les cours universitaires.

Le seul enseignement théorique de la médecine et de la chirurgie n'est réellement donné que par les conférenciers d'externats et d'internat préparant les plus motivés aux concours hospitaliers.

Ainsi, à la veille de la réforme de 1958, une partie des étudiants ne suivent pas ou peu d'enseignement théorique. Par ailleurs, l'enseignement pratique dispensé à l'hôpital est insuffisant. Cela tient à l'organisation hospitalière française : les médecins des hôpitaux, en l'absence de rémunération hospitalière, doivent former une clientèle privée et s'y consacrer. Ces médecins ne peuvent donc qu'accorder un temps limité au service de l'hôpital et n'ont pas suffisamment de temps pour instruire les étudiants. De même, ils ne peuvent - sauf exception - entreprendre et diriger des recherches, ni participer à la gestion de l'hôpital.

B - La création d'un Comité interministériel de réflexion

Devant cette absence de cohérence des études et, plus généralement de la vie médicale et hospitalière, est institué par

le décret du 18 septembre 1956 un "Comité interministériel d'études des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale" recevant mission d'entreprendre des études coordonnées dans les divers domaines de sa compétence en vue de proposer au Gouvernement les interventions qu'il estime opportunes.

Une fois formé, ce Comité, présidé par le professeur Robert DEBRE, s'assigne comme première tâche de se fixer une doctrine élaborée dans le souci de déterminer une articulation appropriée entre les divers aspects de la médecine hospitalière considérée comme un tout et non comme une somme d'éléments hétéroclites.

A cet effet, le Comité distingue les trois missions essentielles de la médecine hospitalière :

- **l'enseignement**, dont découle en grande partie la qualité de la médecine ;

- **les soins**, qui impliquent une disponibilité suffisante des médecins ;

- **la recherche**, qui assure l'évolution du niveau scientifique de la médecine.

Pour mener à bien ces missions, le Comité propose d'instaurer l'emploi à plein temps des médecins des corps hospitaliers et universitaires à l'hôpital, ainsi que la présence à plein temps des étudiants à l'hôpital où enseignements théorique et pratique seront dispensés de façon complémentaire.

Ces deux principes doivent permettre :

- d'assurer une carrière hospitalière aux assistants, chefs de services, professeurs ;

- d'accroître et de rendre plus efficace l'encadrement des étudiants ;

- de faciliter la modernisation appropriée de l'équipement sanitaire national ;

- d'améliorer le concours matériel, intellectuel et moral apporté aux chercheurs.

C - L'ordonnance du 30 décembre 1958

Les principes étant définis, le Comité du professeur DEBRE élabore un avant-projet de loi détaillé, présenté en son sein le 15 mai 1957, puis soumis durant plus d'un an à une procédure de consultation des divers milieux intéressés.

Ce texte devient l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 "relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale".

L'idée directrice, selon l'exposé des motifs de cette ordonnance, "est d'instaurer dans tous les domaines une coopération organique entre les facultés ou écoles de médecine et les hôpitaux de villes universitaires (...) les membres du personnel médical exercent conjointement les fonctions hospitalières et universitaires, l'accès à ces doubles fonctions étant assuré par un recrutement commun (...). Ce personnel chargé à la fois de l'enseignement, de la recherche et des services ou laboratoires hospitaliers doit consacrer à cette triple activité la totalité de son temps. Les études médicales sont organisées de façon telle que la formation clinique de tous les étudiants est garantie par leur participation effective à l'activité hospitalière."

Ces considérations inspirent les mécanismes nouveaux définis par les dix articles de l'ordonnance, à savoir :

- la création des CHU - centres hospitalo-universitaires - centres de soins où sont organisés les enseignements médicaux et la recherche (articles 1, 2 et 4) ;

- la réorganisation des études médicales confiées aux facultés de médecine, les étudiants étant mis en mesure de participer à l'activité hospitalière (article 3) ;

- la nomination par recrutement commun - conjointement par les ministres de l'éducation nationale et de la santé publique - des membres du personnel médical appelés à l'exercice des fonctions hospitalière et universitaire, qui doivent consacrer l'intégralité de leur temps à leurs activités de soins, enseignement et recherche (article 5) ;

- l'association possible au CHU, par des conventions, d'autres hôpitaux ou organismes publics ou privés (article 6) ;
- la répartition des charges financières entre les ministères concernés, les charges d'enseignement incombant à l'Education nationale et celles de recherche à la Santé publique (article 7).

L'ordonnance renvoie à des décrets en Conseil d'Etat le soin de fixer :

- le statut et les conditions de rémunération du personnel médical hospitalier ;
- les conditions d'intégration des personnels en fonction dans les nouveaux cadres ;
- le régime de l'internat et de l'externat dans les villes de CHU ;
- les conditions d'établissement des projets d'aménagement et d'équipement des CHU.

Ainsi, au 1er janvier 1959, les principes de la réforme hospitalo-universitaire sont fixés de manière complète, conformément aux recommandations du Comité et vont marquer l'organisation des études médicales pour les vingt années à venir.

D - Les textes d'application de l'ordonnance

Afin que ces principes se traduisent dans les faits, 30 décrets et 60 arrêtés relatifs à la réforme hospitalo-universitaire paraissent au Journal Officiel entre 1960 et 1966.

1 - Le décret du 28 juillet 1960 "portant réforme du régime des études et des examens en vue du doctorat en médecine" modifie profondément le cursus des études :

- l'accès aux études médicales est ouvert directement aux bacheliers de l'enseignement secondaire, le déroulement du cursus universitaire s'effectuant désormais en six années au lieu de sept précédemment ; la durée de chaque année d'enseignement se trouve fixée à 40 semaines ;

- la première année des études est "médicalisée". Seuls certains enseignements demeurent éventuellement dispensés par les facultés de sciences ;

- une distinction est officiellement effectuée entre diverses modalités de l'enseignement : à l'enseignement théorique, dispensé par les professeurs et maîtres de conférences s'ajoute un enseignement pratique coordonné avec le précédent et donné dans les laboratoires, un enseignement dirigé dispensé à des étudiants répartis en petits groupes et un enseignement clinique comportant une série de stages hospitaliers dans des disciplines diverses ;

- l'enseignement à l'hôpital ne débute qu'après 2 ans et demi et revêt la forme de stages, généralement semestriels, suivis d'un stage hospitalier de six mois en sixième année.

2 - L'arrêté du 2 août 1960 fixe la répartition de l'ensemble des enseignements entre les semestres successifs d'études et la durée globale de chacun, en fonction des 40 semaines officielles de l'année universitaire :

- les cinq semestres initiaux des études médicales sont consacrés aux sciences fondamentales (biologie, biophysique, biochimie, physiologie, anatomie, histologie) et à la sémiologie ;

- le travail clinique en salle n'apparaît qu'à partir du sixième semestre, il se poursuit jusqu'au stage pratique hospitalier, stade ultime des études.

3 - Le programme des enseignements fait l'objet d'un arrêté du 15 février 1961, complété par un arrêté du 30 mars 1961 en ce qui concerne la psychologie.

4 - Enfin, le 25 octobre 1961, un arrêté fixe le régime des examens conduisant au diplôme de docteur en médecine.

Ainsi, l'ensemble des règles réformant l'enseignement médical se trouve en place pour l'année universitaire 1961-1962. Mais cette rentrée fait apparaître de nombreux problèmes, nés de la difficulté de concilier les nécessités de cette réforme avec les moyens en personnels et en équipements disponibles, très insuffisants dans la grande majorité des universités et des hôpitaux.

E - Les modifications apportées à la réforme de 1958

Ces problèmes expliquent une part importante des aménagements apportés au régime initial. Ces modifications concernent quatre points principaux :

1 - les programmes étant jugés excessifs, des allègements interviennent dès 1962 : les 900 heures d'enseignement des deux premiers semestres sont ramenées à 695 puis, en 1963, à l'occasion de la création d'une année préparatoire conduisant à l'examen unique du "Certificat préparatoire aux études médicales" (CPEM), le programme est limité à 600 heures de cours. Un troisième aménagement, réalisé en 1966, confirme cette tendance et la durée de l'enseignement du CPEM passe à 580 heures.

2 - Le début de l'enseignement clinique étant considéré comme trop tardif, l'arrêté du 1er juin 1962 décide que les étudiants sont admis à l'hôpital dès la seconde année d'études.

3 - La troisième modification résulte de la critique faite au nouveau système d'avoir accru à la fois le nombre de matières inscrites aux programmes et le volume des connaissances enseignées. Si les programmes sont en définitive assez peu remaniés, le décret du 27 juillet 1966 fixe à sept années la durée réelle des études médicales, en reportant au-delà de la sixième année le stage pratique qui dure dorénavant un an.

4 - Le dernier aspect essentiel de ces modifications est de mettre fin à la dualité entre, d'une part, le cours des études médicales et, d'autre part, la voie hospitalière ouverte par concours autonome. Cette dualité conduisait en effet l'université à former insuffisamment les étudiants sur le plan clinique tandis que la voie hospitalière formait ceux-ci sur ce même plan sans que les bases scientifiques et théoriques soient totalement maîtrisées. Le décret du 7 mars 1964 prévoit que le recrutement des externes s'opère "dans l'ordre du classement établi à l'issue de la deuxième année de médecine suivant l'année préparatoire aux études médicales, en fonction des notes obtenues aux examens universitaires autres que ceux sanctionnant l'année préparatoire (...)". Un nouveau classement de "repêchage" en fin de troisième année permet de pourvoir 15% des postes réservés à cette fin. Le décret du 29 avril 1965 prévoit un second repêchage

(troisième recrutement en quatrième année), affaiblissant la sélection et diminuant l'effet de rajeunissement de l'externat.

En définitive, la série de retouches réalisées année après année conduit à la veille de la réforme de 1968 :

- à l'allongement de la durée totale des études qui revient à sept années ;

- à un certain réaménagement des horaires et programmes, allégeant notamment le programme de l'année initiale ;

- à la réintroduction surtout, dès la seconde année d'études, d'un enseignement clinique avec présence, dans des conditions souvent difficiles, des étudiants à l'hôpital dès ce moment ;

- à la modification du recrutement des externes des hôpitaux.

III - LA REFORME DE 1968

La loi d'orientation de l'enseignement supérieur du 12 novembre 1968 modifie les conditions d'application de la réforme de 1958.

Réservant un traitement particulier aux études médicales et dentaires qui font l'objet de l'article 45, cette loi maintient en vigueur l'essentiel de l'ordonnance du 30 décembre 1958 et les textes subséquents mais les aménagements nécessaires sont renvoyés à des décrets en Conseil d'Etat et associent le ministre responsable de la santé aux projets déposés par le ministre chargé des universités.

A. Deux mesures essentielles sont prises par les arrêtés des 23 et 24 juillet 1970.

1. Les premières années de l'enseignement médical sont modifiées. Le premier cycle des études médicales (PCEM) est porté à deux ans. Il comporte l'enseignement de disciplines obligatoires essentiellement scientifiques (physique, mathématiques, biophysique, chimie, histologie, embryologie, physiologie, anatomie, psychologie, sciences sociales et économiques) et de matières optionnelles laissées au choix de l'étudiant parmi les enseignements proposés par les U.E.R. Les études sont sanctionnées chaque année par un examen terminal et par un contrôle continu des connaissances. Un diplôme de fin de premier cycle est délivré au terme de la deuxième année.

2. Le deuxième cycle, d'une durée de quatre ans, est divisé en deux parties : la première année constitue une initiation aux fonctions hospitalières. Les trois années suivantes sont consacrées à l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique. La formation théorique est complétée par une formation pratique obligatoire pour tous les étudiants, correspondant dans les faits à ce qui avait été réclamé lors des événements de mai 1968 ("l'externat pour tous").

Le décret du 7 mars 1964 déjà cité avait en effet modifié fondamentalement le régime de l'externat. Alors qu'auparavant, le concours de l'externat portait pour l'essentiel sur l'anatomie et sur des éléments de pathologie médicale et chirurgicale, le nouveau concours institué par le décret prenait en compte toutes les notes des examens passés à la faculté. Le mécanisme devenait ainsi tout à fait différent : jusqu'alors la participation au concours de l'externat impliquait un acte volontaire de la part des étudiants ; le concours n'attirait que ceux qui tenaient à faire une carrière clinique. Le nouveau système aboutissait au contraire à faire nommer aux fonctions d'externes, du fait qu'ils avaient été bien classés, des étudiants qui ne l'avaient pas spécialement recherché alors que d'autres, plus motivés, s'en trouvaient exclus. De plus, si avant 1964 il n'y avait pas de hiérarchie apparente entre les externes et ceux qui ne l'étaient pas, le concours impliquant le volontariat, cette réforme de l'externat instituait une hiérarchisation dès la fin de la deuxième année de médecine entre les externes et les autres.

L'arrêté de juillet 1970 met fin à cet état de fait en instituant l'externat pour tous.

B. Le troisième cycle est assez peu modifié

Le deuxième cycle est suivi d'un "stage interne" d'un an et doit comporter des responsabilités thérapeutiques effectives. Ce stage n'est pas obligatoire pour les étudiants ayant subi avec succès les épreuves de l'internat.

Aucun changement important n'est apporté au régime de l'internat et à la formation des spécialistes. Celle-ci reste assurée par deux voies principales :

- la filière universitaire consiste, pour les étudiants désirant obtenir le titre de spécialiste, à préparer, après l'année de stage pratique, des certificats d'études spéciales (C.E.S.) dont la durée varie de un à quatre ans suivant les spécialités. La formation théorique acquise par les étudiants est, en général, de bonne valeur mais l'absence de véritables stages cliniques avec responsabilités constitue un handicap pour la pratique ultérieure.

- **l'internat des CHU**, d'une durée de quatre ans, est ouvert aux candidats ayant validé les stages hospitaliers correspondant à la deuxième année de la deuxième partie du second cycle. Les candidats ne peuvent se présenter qu'aux concours organisés au cours des trois années universitaires suivant celle à l'issue de laquelle ils satisfont pour la première fois aux conditions requises. Aucun candidat ne peut s'inscrire, au cours d'une même année universitaire, à plus de trois concours. La préparation se fait parallèlement à celle des examens universitaires. En fin d'internat, le CES de spécialiste est obtenu par équivalence. La fonction d'interne ouvre également la possibilité de faire une carrière hospitalo-universitaire. Le reproche essentiel fait à la formation dispensée aux internes est que, si celle-ci permet d'exercer des fonctions cliniques de responsabilités très formatrices, l'enseignement théorique en revanche varie beaucoup d'un service à l'autre et reste, en général, insuffisant.

Parallèlement à ces deux voies principales, existent d'autres types de formations de troisième cycle :

- **l'internat des régions sanitaires** : cet internat, moins difficile à obtenir que celui des CHU, est destiné à alimenter les hôpitaux dits "périphériques", (se trouvant dans une ville dépourvue de faculté de médecine). Il a une durée de trois ans. Les étudiants ayant réussi leur examen de fin de deuxième année de la deuxième partie du second cycle peuvent présenter leur candidature aux concours, dont les programmes ne sont pas fixés au niveau national. Cet internat ne permet pas d'obtenir d'équivalence automatique de CES.

- **l'internat des hôpitaux psychiatriques** : d'une durée de trois ans, cet internat s'adresse aux étudiants ayant déjà validé l'année probatoire du CES de psychiatrie. Ils peuvent se présenter pendant deux années successives aux concours organisés dans trois régions différentes. Au terme de ces études, le titre CES de psychiatrie est obtenu.

- il faut enfin signaler l'internat des hôpitaux privés qui recrutent des étudiants sur concours spécial et selon un règlement qui leur est propre. L'obtention du CES n'est pas lié à l'achèvement de cet internat.

IV - L'INSTITUTION DU NUMERUS CLAUSUS

A. Les mesures prises

L'organisation du premier cycle des études médicales est modifié par la loi n°71-557 du 12 juillet 1971 qui institue le principe d'une limitation du nombre des étudiants admis à poursuivre des études médicales et dentaires au-delà de la première année.

En ce qui concerne le cursus universitaire, année initiale comprise, l'évolution était la suivante : 33.000 étudiants durant l'année 1960-1961 ; 38.600 en 1964-1965 ; 91.000 en 1968-1969 ; 122.000 en 1970-1971. En 10 ans, le nombre d'étudiants avait plus que doublé à Paris, triplé à Marseille, Montpellier, Toulouse, Nancy, plus que triplé à Lyon, quadruplé à Clermont-Ferrand, à Tours, sextuplé à Besançon, à Dijon.

L'article 15 de la loi du 12 juillet 1971 met un terme à cette croissance et dispose qu'"un arrêté du ministre de l'Education nationale et du ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale fixe, pour chaque année, le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire que des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention (...). Les unités d'enseignement et de recherche médicale et odontologiques doivent fixer en conséquence le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales ou dentaires au-delà de la première année ; les conseils d'universités déterminent, conformément aux propositions de ces unités, les modalités selon lesquelles il est procédé à cette limitation".

Il faut noter que cet article institue une année commune (PCEM 1) pour les étudiants en médecine et en odontologie au terme de laquelle se décide leur orientation ultérieure.

Deux arrêtés sont pris pour l'application de ces dispositions :

- l'arrêté du 8 octobre 1971 fixe les modalités suivant lesquelles les étudiants peuvent être autorisés à s'inscrire en PCEM 2 en instituant un numerus clausus fondé sur les capacités de formation des structures hospitalières ;

- l'arrêté du 22 octobre 1973 précise que "pour être admis à poursuivre des études médicales au-delà de la première année du premier cycle, les candidats doivent figurer en rang utile sur la liste de classement établie par l'unité ou le groupe d'unités d'enseignement et de recherche médicale concernées, à l'issue des épreuves organisées en vue de la limitation visée au troisième alinéa de l'article 45 de la loi du 12 novembre 1968".

Plus concrètement, les épreuves qui pouvaient être assimilées à un examen ayant été supprimées, le passage en PCEM 2 résulte d'une sélection qui prend la forme d'un concours.

B. Des résultats décevants

La loi de juillet 1971 et les deux arrêtés précités instituent donc à partir de la rentrée 1971-1972 le principe d'une limitation du nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales et dentaires au-delà de la première année.

Cependant, l'article 15 de la loi du 12 juillet 1971 essaye de concilier le principe de la centralisation avec celui de l'autonomie des universités. Les ministres fixent chaque année le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et thérapeutique dans les services hospitaliers tandis que les UER fixent en conséquence le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales au-delà de la première année.

Ce mécanisme à double détente est à l'origine d'un dérapage lourd de conséquences.

En application de la loi de juillet 1971, les ministres ont arrêté, après examen des avis des comités de coordination hospitalo-universitaires de chaque CHU, le nombre des étudiants en médecine deuxième cycle (D.C.E.M.) susceptibles d'être accueillis dans les services hospitaliers pour leur formation clinique et pratique, soit environ 25.800 par an pour les trois dernières années de DCEM.

Le nombre d'étudiants de DCEM 1 admis à poursuivre des études médicales en D.C.E.M. 2, 3 et 4, aurait dû, en principe, correspondre très exactement au tiers des chiffres globaux fixés par les arrêtés ministériels, soit environ 8.600.

Or, les effectifs des étudiants inscrits en PCEM 2, à partir de 1972, sont nettement plus élevés : 11.355 étudiants inscrits en 1972 ; 11.218 en 1973 ; 10.732 en 1974 ; 10.680 en 1975 ; 10.486 en 1976 ; 10.188 en 1977.

Cet excédent qui résulte d'une part, des redoublants de PCEM 2 dont de nombreuses UER n'ont pas tenu compte dans leurs calculs et d'autre part, d'une surestimation des éventuels abandons en cours de deuxième année a conduit les facultés médicales à délivrer en 1976 et 1977 près de 9.000 diplômes par an. La poursuite d'un tel système d'accroissement risquant d'entraîner rapidement une surpopulation médicale, un renforcement de la sélection s'avère dès lors indispensable.

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

Ainsi, au cours des années 1970, se multiplient les problèmes : surpopulation des étudiants en médecine, dévalorisation progressive du médecin généraliste, formation inégale du médecin spécialiste.

Deux directives européennes édictant des règles communes à observer pour les études médicales dans les pays de la C.E.E. achèvent de remettre en cause la formation des jeunes médecins.

Une réflexion d'ensemble, réunissant les représentants des pouvoirs publics et des milieux médicaux, mène à la réforme de 1979.

V - LA PREPARATION DE LA REFORME DE 1979

Dans sa déclaration du 19 mai 1971 sur les rapports entre les pouvoirs publics et les médecins, le Gouvernement propose d'instaurer une concertation entre les pouvoirs publics et les représentants qualifiés de la profession médicale en vue de l'examen approfondi de la situation des médecins : "une réflexion d'ensemble devra être menée avec le concours du corps médical, sur la place respective des médecins généralistes et des spécialistes dans notre système de santé".

Cette déclaration annonce la création de la commission Fougère, chargée d'étudier la place et le rôle du médecin généraliste et la commission Rapin, chargée de proposer une formation plus efficace pour les médecins spécialistes. Les propositions de ces deux commissions seront reprises et affinées à partir de 1976 par la commission Fougère, nouvelle mouture, chargée de proposer une réforme globale des études médicales.

A. La commission Rapin

Cette commission élabore en quelques années les propositions qui lui paraissent souhaitables afin d'améliorer la formation des médecins spécialistes. Présenté au public en 1975, le rapport repose sur un double constat : la répartition des rôles entre médecins spécialistes et généralistes doit être revue ; de plus, il faut contenir la croissance du nombre de spécialistes.

Le rapport Rapin insiste sur la place du généraliste qui a vu sa situation se dégrader progressivement. Il doit retrouver sa fonction initiale qui est d'être le premier recours du malade. Le spécialiste ne doit intervenir qu'en deuxième temps, après que la situation médicale est appréhendée par le généraliste. Or, note le rapport, les malades ont de plus en plus tendance à faire appel directement au spécialiste, ravalant le généraliste au rôle d'officier de santé. Cela est dû, en partie, à la démographie médicale.

Au début des années 1970, sur 100 médecins qui obtiennent leur diplôme, 62 sont des spécialistes. Or, avec l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, le risque existe de voir s'instaurer un déséquilibre complet entre spécialistes et généralistes, les premiers devenant trop nombreux pour être correctement formés et les seconds se voyant relégués à la pratique d'une sous-médecine.

Partant de ces constats, la commission Rapin propose de modifier la formation des spécialistes.

Deux voies sont privilégiées : réduction du nombre des spécialistes et unification de leur formation.

Les spécialistes ne doivent pas représenter plus du quart des diplômes délivrés. Pour déterminer cette proportion, le rapport part sur une hypothèse de 10.000 diplômés par an à la fin des années 1970. Or, ne sont recensés que 2.500 postes réellement formateurs par an. La formation de spécialistes ne peut donc que concerner 25 % des étudiants en médecine.

Parallèlement à cette volonté de réduire le nombre de spécialistes formés, la commission insiste sur la nécessaire homogénéisation de la formation des étudiants. La filière universitaire doit être supprimée par la disparition des C.E.S.) afin que seuls les étudiants passés par l'Internat obtiennent le titre de spécialiste. À ce souci de former des spécialistes de grande qualité s'ajoute celui d'être en accord avec la législation européenne.

En effet, le 16 juin 1975 ont été publiées deux directives européennes. La directive 75-362 vise à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comporte des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de service. La directive 75- 363 vise à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de médecin.

Quel est le contenu de ces directives ?

Elles exigent, pour les omnipraticiens, l'acquisition d'une formation médicale de base d'une durée minimale de 6 années d'études ou de 5.500 heures de formation, sanctionnées par des diplômes et comportant, entre autres, l'acquisition d'une "expérience clinique adéquate". La formation des généralistes français répond à ces exigences.

En revanche, la formation des spécialistes ne correspond pas entièrement aux normes édictées. L'article 2 de la directive 75-363 précise que la formation du spécialiste comprend un enseignement théorique, des responsabilités cliniques et "une participation personnelle du médecin candidat spécialiste à l'activité des services en cause". Or, ces conditions ne sont pas toutes remplies par la filière universitaire de spécialisation. En conséquence, l'internat seul doit désormais former les futurs spécialistes : les C.E.S. doivent disparaître.

Les conclusions du rapport Rapin sont donc claires : la formation du spécialiste peut et doit être améliorée. Ceci ne peut se réaliser qu'en organisant une seule filière de formation - l'internat - et en contrôlant étroitement le nombre d'étudiants accédant à une spécialisation.

B. La commission Fougère

Créée par décision ministérielle du 5 juillet 1973, la commission Fougère doit étudier les "problèmes relatifs à la formation du médecin généraliste et à sa promotion". Un premier rapport est remis en décembre 1975. Mais il apparaît très rapidement que tous les problèmes sont liés : la commission Rapin chargée de proposer une réforme de la formation du spécialiste a abordé les problèmes spécifiques aux médecins généralistes alors que la commission Fougère s'est penchée sur la formation des spécialistes.

C'est la raison pour laquelle les pouvoirs publics demandent au début de l'année 1976 à la commission Fougère d'établir des propositions sur l'ensemble de la réforme des études médicales.

En mars 1977, cette commission rend son rapport dont les points essentiels sont les suivants :

1. Un tronc commun d'études divisé en deux cycles doit être suivi par l'ensemble des étudiants.

Dans la réforme proposée, le premier cycle a une durée de deux ans. La sélection des étudiants s'y effectue en deux temps : l'inscription en première année n'est autorisée qu'aux étudiants satisfaisant certaines conditions : il s'agit en quelque sorte d'une inscription sur dossier et les notes obtenues au baccalauréat y tiennent une place prépondérante. Puis, dans un deuxième

temps, à la fin de la première année, un concours permet l'accès en deuxième année de premier cycle. L'enseignement de ce premier cycle est essentiellement axé sur les sciences fondamentales mais "les sciences de la matière et de la vie doivent être privilégiées par rapport aux sciences exactes".

Par ailleurs, "les étudiants doivent prendre, dès le premier cycle, un contact avec la médecine, le malade et l'hôpital".

Dans le système proposé, le deuxième cycle a une durée de quatre ans ; il est peu modifié par rapport au régime en vigueur. L'enseignement clinique doit être complété par des enseignements optionnels contribuant au choix d'une carrière.

2. Un examen terminal doit être institué à la fin du deuxième cycle

La commission juge que le contrôle des connaissances acquises durant le deuxième cycle est insuffisant et favorise le "bachotage". C'est pourquoi elle préconise l'instauration d'un "nouvel examen qui serait obligatoire et auquel les étudiants pourraient se présenter un nombre indéfini de fois. Il serait subi aussitôt après la fin du deuxième cycle et sur toutes les matières médicales obligatoirement enseignées pendant le deuxième cycle". Toutefois, la commission précise que cet examen doit être probatoire (c'est-à-dire que l'étudiant donne la preuve de son aptitude à poursuivre ses études au-delà du deuxième cycle) mais non pas sélectif.

3. Le troisième cycle doit être profondément remanié

Dans la réforme proposée, l'accès en troisième cycle n'est ouvert qu'aux étudiants qui ont satisfait à l'examen de fin de deuxième cycle. Cette condition nécessaire est également suffisante. Cependant, il est institué une épreuve facultative de classement ouverte à tous les étudiants qui ont subi avec succès l'examen de fin de deuxième cycle et à laquelle ils peuvent se présenter deux fois consécutives. En fonction de leur rang de classement à cette épreuve, ils choisissent la région où ils accompliront leur cycle terminal, leur filière de formation (médecine générale ou telle ou telle spécialité) et, éventuellement, les services et postes où ils seront affectés. Le nombre d'étudiants présentant cette épreuve de classement risque d'être important car elle permet d'avoir priorité, pour des choix importants, sur ceux qui ne l'ont pas affrontée ou qui y ont

été moins bien classés. En raison du nombre limité de places offertes, elle est en fait obligatoire pour les étudiants qui veulent préparer une spécialité. Elle a également un grand intérêt pour les futurs généralistes qui peuvent, grâce à elle, organiser au mieux leur cycle terminal spécifique.

La commission Fougère propose à cet égard la création d'un **troisième cycle spécifique pour les médecins généralistes**. Ce troisième cycle est ouvert de plein droit aux étudiants ayant réussi l'examen de fin du deuxième cycle. Mais ceux-ci peuvent éventuellement avoir passé l'examen de classement et ont, dès lors, le droit de choisir, en fonction de leurs résultats, le service dans lequel ils désirent suivre leur formation de médecin généraliste. La durée de ce troisième cycle est portée à deux ans (contre un an précédemment pour le stage interné dont la faillite est reconnue unanimement). L'allongement de cette durée s'impose pour trois raisons principales :

- ce cycle est indispensable pour former des médecins à l'exercice pratique de la médecine générale. Son exercice exige des connaissances nombreuses, un savoir-faire et une expérience que les étudiants ne peuvent acquérir complètement au cours des premier et deuxième cycles.

- un stage pratique d'une durée de deux ans permet aux futurs généralistes, s'ils le souhaitent, de compléter leurs connaissances d'une ou plusieurs "orientations" particulières.

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

Le déroulement de ce troisième cycle est le suivant : dix-huit mois (soit les 3/4 de ce cycle terminal) sont accomplis en milieu hospitalier et de façon continue dans le même établissement, où le stagiaire remplit à temps plein toutes les fonctions et assure toutes les responsabilités qui étaient jusqu'à présent celles de l'interne. Il le fait dans les postes formateurs, agréés comme tels, des centres hospitaliers, d'hôpitaux publics ou privés ou de certains services des C.H.U. L'obligation du temps plein implique que ces stagiaires reçoivent une rémunération comparable à celle des étudiants en spécialité.

Les six mois restants sont occupés par des stages extra-hospitaliers formateurs : stages auprès des praticiens, stages

auprès de médecins du travail, de médecins de santé scolaire, de médecins-conseils de la sécurité sociale, stages dans des centres de santé, etc.

La commission consacre un long développement au stage chez le praticien. Elle y voit en effet "la meilleure forme d'apprentissage pour les futurs généralistes". Ceux-ci doivent tous passer au moins trois mois auprès d'un praticien, ce séjour tenant lieu, pour beaucoup d'étudiants, des remplacements toujours difficiles à trouver.

Le stage chez le praticien n'est pas une totale innovation. La loi du 13 juillet 1972 - incorporée au Code de la santé publique sous l'article L359-1 - a prévu que "les étudiants en médecine peuvent être autorisés à effectuer une partie du stage pratique de fin d'études auprès d'un docteur en médecine, dans des conditions et suivant des modalités fixées par décret". Mais cette possibilité, faute notamment de l'intervention du décret prévu, n'a fait l'objet que d'une application très limitée. C'est pourquoi la commission estime dans son rapport que les règles du stage chez le praticien doivent être réécrites pour que tous les étudiants en cycle terminal de médecine générale puissent bénéficier d'un stage à temps plein d'au moins trois mois. Afin qu'il n'y ait pas d'utilisation de la présence de stagiaire au profit du maître de stage, la commission énonce des dispositions protectrices : "tout maître de stage doit obtenir un agrément qui peut lui être retiré à tout moment. Le stage est accompli sous l'autorité et la surveillance de l'Université. Une période de trois mois au moins doit s'écouler avant qu'un maître de stage ayant déjà reçu un stagiaire accueille un nouveau stagiaire. L'étudiant ne peut accomplir d'actes médicaux qu'avec l'autorisation et sous le contrôle du maître de stage. Il est rémunéré et ne peut recevoir d'argent, ni du maître de stage, ni des malades".

Ces dispositions doivent permettre de maintenir dans des limites raisonnables l'activité de l'étudiant tout en faisant en sorte que son stage soit un stage actif au plein sens du terme. Le but recherché est de placer l'étudiant dans une situation la plus proche possible de celle qui sera la sienne une fois qu'il sera installé.

A cette formation pratique de deux ans - dix-huit mois de résidanat à l'hôpital et six mois de stage chez le praticien ou, à défaut, dans des organismes divers - s'ajoute un enseignement théorique : la durée de cet enseignement doit être d'environ

150 heures par an et le programme est établi par accord entre l'université et les collèges régionaux de généralistes.

La validation de ce cycle terminal est prononcée après un examen du dossier, ce qui permet de vérifier que l'étudiant a accompli de façon continue et sérieuse les obligations qui lui étaient imposées.

S'agissant de la **formation des spécialistes**, la commission Fougère prend comme point de départ de son étude les conclusions de la commission Rapin tendant à créer une filière unique, hospitalière et universitaire.

L'accès à la filière de formation des spécialistes se fait par la voie de l'examen de classement, passé après l'examen probatoire de fin de deuxième cycle. Les étudiants qui se sont présentés à cette épreuve choisissent leur région, leur spécialité et leur poste en fonction de leur rang de classement.

L'examen de classement, que l'on ne peut présenter que deux fois consécutives, devient le seul moyen d'accès à la formation de spécialiste : est donc ainsi créée une filière unique, hospitalière et universitaire qui emprunte, pour la formation pratique, le cadre hospitalier des internats existants alors que la formation théorique est assurée par l'université, ce qui est conforme aux directives européennes.

Une fois nommés, les internes participent pendant plusieurs années à plein temps à l'activité et aux responsabilités des services médicaux dans un centre universitaire, dans un centre hospitalier et universitaire ou dans un établissement de soins de santé agréé.

Des modifications sont apportées à la formation des internes afin d'assurer un plein respect des directives européennes :

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

- les futurs spécialistes ne doivent être placés qu'à des postes formateurs, soit dans des C.H.U., soit hors C.H.U. ;

- ils reçoivent un enseignement théorique organisé dans chaque région par les U.E.R. médicales. Cet enseignement qui peut prendre la forme de séminaires, éventuellement communs à

plusieurs spécialités, est réparti en unités de valeur qui doivent être validées.

Dans ce cadre, les enseignements ont pour objectif d'aboutir non seulement à une formation de haut niveau dans la spécialité choisie, mais également d'ouvrir sur une formation plus générale accordant une place importante aux disciplines bio-médicales et assurant une initiation à la recherche.

Au vu des stages effectués et des unités de valeur validées, l'étudiant postule sa qualification dans l'une des spécialités reconnues par les autorités de tutelle. Le certificat de spécialité est délivré après évaluation par les instances compétentes du cursus accompli par l'étudiant pendant son cycle de formation spécifique. La qualification est prononcée par l'Ordre des Médecins.

La commission Fougère préconise le maintien de la thèse de doctorat. Les étudiants devront présenter au cours de la dernière année au troisième cycle un travail de qualité, ceci étant rendu possible par l'allongement de la durée de ce cycle et l'amélioration de la formation pratique et théorique des futurs généralistes et spécialistes.

Enfin, des passerelles permettent un changement d'orientation :

- de la médecine générale à une spécialité : une voie d'accès aux spécialités est ouverte au profit des généralistes comptant cinq ans au moins d'exercice. Ces généralistes peuvent entrer dans la filière de l'internat qualifiant en se présentant à un concours ouvert spécialement à leur intention chaque année pour un nombre de places variables selon les disciplines calculé en pourcentage (5 à 10 %) de celui offert aux candidats entrant dans cette filière dès la fin du deuxième cycle. Reçus à ce concours, ils accomplissent l'internat qualifiant dans les mêmes conditions que ces derniers.

- d'une spécialité à la médecine générale : les spécialistes qui veulent exercer en qualité de médecins généralistes doivent accomplir et valider le cycle terminal de formation spécifique de généraliste.

- d'une spécialité à une autre spécialité : le passage d'une spécialité à une autre spécialité peut avoir lieu en cours de formation mais seulement en principe pendant la première

année. De plus, elle doit rester exceptionnelle - une autorisation donnée après avis des collèges régionaux de chaque spécialité en cause est nécessaire - afin de ne pas assister à un détournement des résultats de l'examen classant. Le passage d'une spécialité à une autre en cours de carrière exige que l'intéressé acquiert ou complète la formation requise pour l'exercice de cette seconde spécialité.

4. La régulation des effectifs

Les conclusions de la commission sont sévères dans ce domaine. Selon le rapport, le bon fonctionnement des cycles de formation du généraliste comme du spécialiste et, à un moindre degré, l'amélioration des premier et deuxième cycles, imposent la réduction de près d'un tiers du nombre de médecins formés chaque année (de 9.000 à 6.000), réduction qui doit être obtenue par le renforcement de la sélection à la fin de la première année du premier cycle mais également et surtout par l'instauration d'une sélection en début d'études.

Ce nombre de 6.000 médecins formés annuellement se décompose, en fonction des réelles possibilités de formation des hôpitaux et des besoins de la population, en 2.000 spécialistes et 4.000 généralistes.

C'est à ce prix, selon la commission, que l'équilibre démographique entre spécialistes et généralistes sera réalisé et permettra une réelle revalorisation de la médecine générale tandis que les spécialistes, moins nombreux et mieux formés, exerceront une médecine de haute qualité et de second recours.

*

* *

Ce rapport, rendu public en mars 1977, représente la somme de près de sept années de réflexion. Il propose une réforme globale, cohérente, des études médicales. Certains de ses aspects les plus novateurs provoquent des réactions de rejet (présélection avant le PCEM 1, par exemple) mais globalement, il recueille l'approbation d'une large majorité de la profession.

Il sert en grande partie de modèle à la loi de juillet 1979, mais par delà même les clivages politiques, les rapports Roux, Seligmann et la loi de 1982 lui rendent hommage et s'inspirent de ses conclusions.

VI) La loi du 6 juillet 1979 relative aux études médicales

A) Une large concertation qui entraîne la modification du projet de loi

Le rapport Fougère, déposé en mars 1977, fait l'objet d'une très vaste concertation qui regroupe les représentants des étudiants, des médecins hospitaliers et non hospitaliers, les doyens des facultés, le Conseil de l'Ordre et divers syndicats.

Ce tour de table qui dure deux ans explique les modifications qui apparaissent dans les divers avant-projets de loi élaborés à partir de 1978, la recherche du plus large consensus possible étant le but du Gouvernement.

Ainsi, dans un premier temps, Mme VEIL, ministre de la Santé, prévoit- elle que l'accès au troisième cycle doit être subordonné aux notes du deuxième cycle et de la deuxième année de premier cycle. La prise en compte de ces notes permet d'établir une liste de candidats pouvant se présenter au concours de l'internat.

Sous les pressions des syndicats étudiants et de certains représentants médicaux, cette notion de présélection est abandonnée : tous les étudiants peuvent se présenter à l'internat.

A son tour, l'idée d'instaurer un examen validant en fin de deuxième cycle est abandonné devant la réticence de nombreux syndicats. Le Gouvernement préfère laisser la libre initiative de ce type de réforme aux U.E.R. en partant du principe que, les situations étant inégales selon les régions, c'est à celles-ci d'apporter les réponses appropriées, en modifiant ou non les examens de clinique de quatrième année de D.C.E.M.

B) Le contenu de la loi.

La loi de juillet 1979 a trois buts : contrôler avec précision le flux des étudiants ; créer un troisième cycle spécifique pour les généralistes ; améliorer la formation des spécialistes.

1) Le contrôle du flux des étudiants

Compte tenu de l'échec de la réforme de 1971, ce sont les ministres chargés de la santé et des universités qui fixent dorénavant le nombre d'étudiants admis à entrer en deuxième année du premier cycle (art. 3). Les ministres déterminent ce nombre, après avis des comités de coordination hospitalo-universitaires, au vu des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires et des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention, au vu également des besoins de la population : c'est là une innovation majeure que de prendre en compte, non seulement les capacités de formation, mais également les besoins de la population car ce critère démontre clairement que l'objectif de la sélection est d'adapter le nombre de médecins formés au besoin de la santé.

L'article 4 de la loi prévoit une diminution progressive de 10 % par an des étudiants admis à entrer en deuxième année durant les deux années universitaires suivant la promulgation de la loi, le but, non annoncé dans la loi, étant d'atteindre le nombre de 6.000 médecins formés par an. En 1980, ce nombre sera ramené à 5.000.

A ce contrôle quantitatif s'ajoute un contrôle qualitatif, à savoir que les deux ministres fixent également les répartitions des postes entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Les ministres "fixent annuellement, compte tenu des besoins de la population et des capacités de formation, des centres hospitaliers (...) :

- le nombre total des postes des résidents en médecine et leur répartition dans les services

- le nombre total des postes d'internes en médecine et leur répartition dans les services de chacune des spécialités (...)

- le nombre des internes en médecine pouvant être admis à poursuivre leurs études dans chacune de ces spécialités" (Article premier).

Le texte de loi est donc dans ce domaine extrêmement précis et donne des pouvoirs importants aux ministres pour freiner la tendance des étudiants à se diriger vers l'exercice des spécialités.

Bien que là encore aucun chiffre n'apparaisse, l'intention du gouvernement est de limiter le nombre de spécialistes formés par an à 2.000 et, par voie de conséquence, à 4.000 pour les généralistes.

2) La création d'un troisième cycle spécifique pour les généralistes

Un troisième cycle spécifique est créé pour les futurs généralistes qui prennent le nom de résidents. Sa durée est de deux ans. Les résidents reçoivent une formation théorique et pratique. L'enseignement théorique est dispensé sous le contrôle des unités d'enseignement et de recherche. La formation pratique s'effectue à temps, dans les services formateurs des centres hospitaliers. Cette formation s'effectue également lors de stages extra-hospitaliers, "notamment auprès de praticiens et d'organismes agréés de santé publique ou de recherche". (Article premier). Enfin, le résident est soumis à un statut qui reste à définir.

Cette réforme a pour effet d'augmenter d'un an les études du médecin généraliste qui se trouvent portées à huit ans. Mais, comme l'a noté durant le débat parlementaire Mme VEIL, Ministre de la Santé, "cette réforme, loin d'allonger d'une année la durée des études, permet aux étudiants d'atteindre un an plus tôt une certaine autonomie financière (...). L'exercice de fonctions comportant des responsabilités situe les résidents dans le groupe de ceux qui, tout en achevant leur formation, sont déjà entrés dans la vie professionnelle".

3) L'amélioration de la formation des spécialistes

L'accès aux différentes spécialités ne peut désormais avoir lieu que par une seule filière : l'internat qualifiant qui assure aux étudiants une formation à la fois théorique et pratique.

L'accès par la filière des certificats d'études spéciales (C.E.S.), l'internat des régions sanitaires et l'internat en psychiatrie sont supprimés au profit d'un internat unique nouveau, voisin mais différent de l'internat de C.H.U.

Cette réforme tient donc compte, d'une part, de l'insuffisance des formations dispensées jusqu'alors et, d'autre part, de la nécessité de s'aligner sur les Directives européennes.

La loi ne donne pas de précisions sur la nature et la durée de l'internat. Il est simplement affirmé que l'accès à l'internat est ouvert à tous et qu'il se fait par concours. Ce concours comporte des épreuves d'admissibilité, écrites et anonymes, dont le programme correspond à l'enseignement dispensé en deuxième cycle (ce n'était pas totalement le cas avec le précédent concours, ce qui obligeait les étudiants à suivre des conférences privées - souvent fort coûteuses - pour préparer efficacement l'internat) et des épreuves d'admission définies par voie réglementaire.

Le concours de l'internat n'est plus organisé comme auparavant dans le cadre de chacune des universités, mais dans celui de grandes régions sanitaires regroupant plusieurs UER.

Les internes ont un statut particulier qui doit être précisé, ils travaillent à plein temps et perçoivent une rémunération. En outre, ces "étudiants accomplissent une partie de leur formation en exerçant, durant au moins un semestre, des fonctions hospitalières dans des établissements autres que les centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires" (Article premier). Cette disposition est introduite afin de rassurer les hôpitaux des régions sanitaires qui craignaient que l'absence d'internes ne désorganise totalement leurs services.

Enfin, la loi prévoit l'existence de "passerelles" permettant aux généralistes d'accéder à une spécialité ou aux spécialistes d'acquérir une autre spécialité. Dans ce domaine également, des décrets doivent préciser les modalités d'application.

C) Les textes d'application.

La loi de juillet 1979 annonce les grands principes du nouveau paysage des études médicales. Les textes d'application de 1980 et 1981 définissent les caractéristiques précises du cursus rénové des étudiants en médecine.

Le décret du 23 décembre 1980, complétant celui du 18 août de la même année, met en place trois modifications essentielles prévues par la loi de juillet 1979 :

- la composition et le rôle des commissions chargées de proposer aux ministres compétents la répartition de postes entre généralistes et spécialistes au niveau régional et le nombre d'étudiants par spécialité ;

- L'organisation du troisième cycle spécifique du généraliste ;

- Le déroulement de la formation des internes.

1) Les commissions médicales consultatives

Chaque région compte trois commissions (une commission pour les résidents, une commission pour les internes, une commission pour les étudiants en psychiatrie). Ces commissions sont chargées d'évaluer le nombre de postes formateurs dans les services relevant de la compétence de la région et les besoins de la population.

Les commissions médicales consultatives de spécialité sont épaulées dans leur travail d'évaluation par des sous-commissions techniques qui leur présentent annuellement un rapport sur le besoin de la population et l'état des postes formateurs dans chacune des spécialités.

Au vu de ce rapport, la commission régionale de spécialité donne son avis aux ministres de la Santé et des Universités, mais ceux-ci ne sont cependant pas liés par cet avis.

2) Le statut des résidents et des spécialistes

Résidents et internes ont le même statut. Ils participent aux soins ainsi qu'au service de garde sous la direction du chef de service ou de ses adjoints. Ils donnent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue du chef de service ou d'un de ses adjoints ; ils sont soumis au règlement intérieur des établissements où ils exercent leurs fonctions. "Ils doivent en toutes circonstances s'acquitter des tâches qui leur sont confiées d'une manière telle que la continuité et le bon fonctionnement du service soient assurés".

Enfin et surtout, les résidents et les internes perçoivent la même rémunération financée par le budget de l'hôpital, ce qui constitue indéniablement un grand pas en avant dans la revalorisation de l'étudiant en médecine générale.

3) L'organisation du troisième cycle spécifique du généraliste

Pour accéder au résidanat, l'étudiant en médecine doit avoir accompli et validé la quatrième année de deuxième cycle et doit en outre s'inscrire au cycle spécifique de médecine générale. **Si l'étudiant désire passer ou repasser l'internat, il ne peut pas s'inscrire en première année de résidanat.** Le troisième cycle dure deux ans et comporte un enseignement théorique et pratique.

Comme dans le cas de l'internat, la formation est donnée à temps plein, à raison de onze demi journées par semaine.

Le résidanat est organisé à l'échelon de chaque faculté de médecine et non par région.

La formation théorique est organisée par chaque UER suivant des modalités déterminées par le Conseil de l'université ; il porte sur des matières en relation avec l'activité de la médecine générale. Dans un premier temps, les représentants des généralistes ne participaient pas à l'enseignement mais devant l'inquiétude de la profession, le Gouvernement a déclaré, à l'issue du Conseil des ministres du 23 décembre 1980, que "l'enseignement théorique (serait) organisé avec la participation des médecins généralistes".

La formation pratique se décompose en deux branches : la formation hospitalière et la formation extra-hospitalière. La

formation hospitalière est assurée sous l'autorité du chef de service auprès duquel le résident effectue ses fonctions. Le chef de service donne son appréciation après chaque semestre au directeur de l'UER. Le stage extra hospitalier s'effectue auprès d'un praticien ou auprès d'un organisme de santé publique ou de recherche.

Le stage chez le praticien est organisé par le décret n° 81-364 du 15 avril 1981. Le praticien maître de stage doit exercer depuis au moins trois ans et être habilité par le directeur de l'UER qui dresse la liste des maîtres de stage et affecte les étudiants. Le stage fait l'objet d'un contrat entre le directeur de l'UER et le maître de stage ; celui-ci ne peut former qu'un stagiaire à la fois et, si le stage s'est déroulé à plein temps, il ne peut accueillir un nouveau stagiaire qu'après une période équivalente à la durée du stage précédent (en principe, trois mois). Si le stage se déroule à plein temps, le résident est dégagé des obligations hospitalières, mais il n'est pas payé. Si le stage se déroule à temps partiel, il peut se faire au cours d'un ou plusieurs semestres pendant lesquels stage et fonction hospitalière se cumulent. Dans ce cas, les modalités de ce cumul doivent être approuvées par le directeur de l'hôpital.

La présence du résident aux consultations et aux visites du maître de stage et l'exécution d'actes médicaux sont subordonnées au consentement du patient et à l'accord du maître de stage. De plus, le stagiaire ne peut exécuter d'actes médicaux que si ceux-ci entrent dans la compétence du maître de stage.

Le résident, qu'il effectue un stage à temps plein ou à temps partiel, ne peut percevoir de rémunération, ni du maître de stage, ni des malades. En revanche, après de longs débats, le principe de la rémunération du maître de stage est adopté par le décret n° 87-367 du 15 avril 1981. A l'issue du stage, le maître de stage adresse un rapport sur le déroulement et les aptitudes du stagiaire au directeur de l'UER.

Les modalités des stages extra-hospitaliers auprès des organismes de santé publique et de recherche sont comparables à celles du stage chez le praticien.

A l'issue du résidanat, l'étudiant qui a satisfait au contrôle des connaissances et qui a accompli de manière satisfaisante sa formation hospitalière et son stage extra-hospitalier reçoit un certificat de résidanat. Au cas où le travail du résident est jugé insuffisant, une période de six mois supplémentaires non payés peut lui être imposée afin de parfaire sa formation.

4) L'organisation de l'internat

Le concours de l'internat est organisé au niveau régional et non plus au niveau de l'UER. Huit régions de troisième cycle sont définies :

- Le Centre soit les CHU de Clermont-Ferrand, Limoges, Poitiers, Tours ;

- L'Est soit les CHU de Besançon, Dijon, Nancy, Reims, Strasbourg ;

- L'Ile de France qui comprend onze CHU ;

- La Méditerranée soit les CHU de Marseille, Montpellier, Nice ;

- Le Nord-Normandie soit les CHU de Amiens, Caen, Lille, Rouen ;

- L'Ouest soit les CHU d'Angers, Brest, Nantes, Rennes ;

- Rhône-Alpes soit les CHU de Lyon, Grenoble, Saint-Etienne ;

- Le Sud-Ouest soit les CHU de Bordeaux, Toulouse ;

Seuls sont admis à concourir les étudiants ayant, d'une part, validé la troisième année du deuxième cycle et, d'autre part, satisfait aux obligations hospitalières du premier semestre de quatrième année de deuxième cycle (DCEM 4). Pour ne pas perdre un semestre à la fin du DCEM 4, le concours de l'internat a en effet lieu au mois de mai, précédant ainsi les examens sanctionnant la dernière année du deuxième cycle.

Les étudiants peuvent se présenter deux années consécutives dans deux régions différentes :

- au cours de leur première année de DCEM 4,

- au cours de l'année suivante s'ils ne se sont pas inscrits comme résidents.

Les internes choisissent leur spécialité en fonction de leur rang de classement. Le premier semestre s'effectue dans un service formateur de la spécialité choisie.

Un changement d'orientation est possible avant la seconde année d'internat. Au début du troisième cycle, et à chacune des années suivantes, l'interne s'inscrit, dans la limite des places disponibles, dans une université de son choix dans la région d'internat où il a été nommé, en vue de la préparation à la spécialité qu'il a choisie. Les postes hospitaliers sont mis au choix tous les six mois, le choix s'effectuant par ancienneté, et, en cas d'ancienneté égale, par ordre de classement.

Les internes reçoivent une formation théorique et pratique à plein temps, à raison de onze demi journées par semaine pendant le nombre d'années que dure l'internat de la spécialité choisie.

La formation pratique est assurée sous l'autorité du chef de service où les internes sont affectés. La formation théorique est organisée par les conseils d'UER, sur proposition des directeurs.

La préparation des diplômes est placée, dans chaque région, sous la direction d'un professeur ou d'un maître de conférence agrégé de la spécialité, nommé pour trois ans et renouvelable par les directeurs des UER de la région sur proposition de ses pairs. Il coordonne l'organisation des enseignements théoriques et pratiques.

Les diplômes d'études spécialisées (D.E.S.) au nombre de 27 (cf tableau III) qui remplacent les certificats d'études spécialisées (C.E.S.) sont délivrés par les universités habilitées aux internes ayant accompli la totalité de l'internat, ayant suivi les enseignements, satisfait aux contrôles des connaissances et ayant acquis la formation pratique exigée pour chaque spécialité.

A la fin du troisième cycle, l'interne peut suivre une formation supplémentaire sanctionnée par un D.E.S.C. (diplôme d'études spécialisées complémentaires) qui lui permet d'acquérir une formation spécifique.

5) Les passerelles

Les internes qui abandonnent leurs fonctions ou les médecins spécialistes exerçant depuis au moins cinq ans peuvent être admis à suivre le troisième cycle du résidanat. La durée des études peut être réduite et le déroulement du cursus peut être modifié, compte tenu des services accomplis et des compétences acquises.

Les généralistes ayant exercé pendant au moins cinq ans peuvent être admis dans le cycle de formation des spécialistes

s'ils ont subi avec succès les épreuves d'un concours spécial organisé annuellement dans chaque région d'internat. Les candidats ne peuvent se présenter que dans une seule région au cours de la même année universitaire. En cas d'échec, ils peuvent se présenter à nouveau deux fois au cours des années ultérieures. Les candidats admis choisissent et exercent leurs fonctions dans les mêmes conditions que les autres internes, mais des dispenses de formation théorique et pratique peuvent être accordées.

6) Une mise en application progressive

Le tableau ci-dessous résume les mesures transitoires prises en fonction de la loi de juillet 1979 par le décret n° 80-1147 du 23 décembre 1980. Ce décret fixe les mesures transitoires concernant l'entrée des étudiants en médecine dans le troisième cycle.

Mesures transitoires concernant l'internat et le résidanat

<u>Année d'étude</u> en 1979-1980	<u>Derniers concours d'internat</u>			<u>C.E.S.</u>	<u>3^e cycle de généraliste</u>
	<u>C.H.U.</u>	<u>Régions</u>	<u>Psychiatrie</u>		
PCEM 1 PCEM 2 DCEM 1	Internat qualifiant			Supprimés	Résidanat
DCEM 2	1983-84	1981-82	1983-84	1 ^{ère} année : 1984-85	Régime antérieur
DCEM 3	1982-83	1981-82	1983-84	2 ^{ème} année : 1988-89	Stage interné
DCEM 4	1981-82	1981-82	1983-84		d'un an
Service national, accouchement	1985-86	1983-84	1986-87	1988-89	

7) Appréciation générale

La loi de 1979 avait été une loi réfléchie, longuement préparée. Une très large concertation avait eu lieu à chaque étape de son élaboration ; les mesures d'application avaient également été soumises aux différentes parties intéressées avant d'être définitivement prises. Cette recherche permanente du dialogue avait permis de désamorcer des ébauches de grève en apportant les modifications demandées par telle ou telle organisation, en supprimant certaines clauses trop contraignantes.

Dans son ensemble, la loi de 1979 s'inspirait largement des conclusions de la commission Fougère, même si celui-ci avait fait part de ses craintes de voir le médecin généraliste insuffisamment valorisé, premièrement parce que le concours classant en fin de deuxième cycle était réservé aux étudiants se destinant à une spécialité, les généralistes étant dès lors considérés comme ceux n'ayant pu ou voulu se présenter à cette épreuve, et deuxièmement parce que le stage chez le praticien n'était pas rémunéré, ce qui n'incitait pas les étudiants à lui donner une grande importance.

La loi de 1979 était donc sans doute encore perfectible mais elle avait le mérite de réunir au début des années 1980 un très large accord au sein de la profession médicale.

Cependant le Gouvernement issu des élections de 1981 a décidé d'élaborer une réforme de la réforme, avant même que la loi de 1979 n'entre complètement en application.

VII - LA PREPARATION DE LA LOI DE 1982

Au printemps 1981, le gouvernement annonce son intention de déposer un projet de loi réformant les études médicales. Il veut aller vite afin que la réforme de 1979 qui doit pleinement s'appliquer à la rentrée 1983 ne puisse entrer en application.

C'est pourquoi, durant l'été, le ministère de la Santé charge une équipe réunie autour du Professeur Roux de rendre dans les deux mois un rapport sur les réformes envisageables. Symétriquement, le ministère de l'éducation nationale crée en automne sa propre cellule de réflexion autour du Professeur Seligmann. Celui-ci rend, au bout de trois mois, un rapport argumenté proposant non pas un bouleversement, mais des modifications à la loi de 1979.

A) Le rapport Roux

Le groupe de travail animé par le professeur Roux élabore son rapport en moins d'un mois : créé le 29 juillet, il rend public ses conclusions le 25 août 1981.

Une idée force sous-tend la réflexion : la médecine générale doit devenir une spécialité et donc être traitée comme telle. Ce postulat implique logiquement que tous les étudiants de troisième cycle doivent être des internes.

A partir de ce constat, le professeur Roux propose une réorganisation des études médicales. A la fin du deuxième cycle serait institué un examen classant permettant de vérifier l'aptitude des étudiants à exercer leur fonction d'interne et de classer les étudiants.

Tous les étudiants reçus à l'examen seraient nommés internes et choisiraient leur poste en fonction de leur rang de classement. Une session de rattrapage serait organisée la même année afin d'éviter un trop grand nombre de redoublants.

Le programme de cet examen classant porterait sur l'intégralité du deuxième cycle et sur la deuxième année du premier cycle.

Pour le troisième cycle, le rapport Roux ne propose pas de solution novatrice. Il précise simplement qu'il faut faire le bilan des postes formateurs dans chaque région, qu'une mobilité et un mixage des internes provenant des divers C.H.U. sont à organiser. Enfin, il reprend à son compte la loi de 1979 lorsqu'il suggère que les internes de spécialité effectuent obligatoirement au moins un semestre dans un centre hospitalier général, tandis que les internes de médecine générale effectueraient au minimum un semestre dans un poste de C.H.U.

La description de la formation des généralistes s'inspire également de la réforme de 1979 : les internes de médecine générale suivent un cycle spécifique de deux ans durant lequel ils valident un stage auprès du praticien. Une formation spéciale leur est donnée car le généraliste doit retrouver son rôle premier de médecin de famille. Chaque année, les omnipraticiens doivent représenter les deux tiers de la promotion sortante.

Enfin, des passerelles sont prévues qui ne modifient pas les mesures retenues en 1979.

Le rapport propose donc deux innovations :

- une innovation purement terminologique, le résident devenant interne.

- une innovation plus profonde concernant le passage du second au troisième cycle, ce passage étant sanctionné par un examen classant permettant aux étudiants de choisir leur spécialité (médecine générale ou médecine spécialisée), en fonction de leur rang de sortie.

B) Le rapport Seligmann

Né de la volonté du ministre de l'Education nationale, le groupe de travail placé sous la responsabilité du professeur Seligmann a pour "mission de réfléchir, au cours du dernier trimestre de l'année 1981, sur la formation des étudiants en médecine et de faire des propositions sur la réforme des études

médicales". En dépit du temps très court qui est imparti, un rapport détaillé est remis au ministre en décembre.

Le rapport se distingue par son ton modéré et par la prudence de ses conclusions. Il tient à rendre hommage au travail de la commission Fougère et s'inspire des conclusions du rapport de 1977. Ainsi, la loi de 1979 lui apparaît positive dans les domaines suivants :

- "- mise en place d'une formation spécifique du généraliste,
- fusion des études universitaires avec la préparation aux troisièmes cycles.
- formation rémunérée, à temps plein, à la fois théorique et pratique, en position de responsabilité, des étudiants de troisième cycle,
- réflexion sur les spécialités médicales et leur mise en conformité avec les recommandations de la Communauté Economique Européenne,
- réintroduction de la psychiatrie dans le régime commun des spécialités,
- réflexion docimologique, surtout pour les épreuves d'admission du concours de l'internat, incitant à une définition des objectifs d'enseignement".

En revanche, le rapport fait quatre reproches essentiels à la loi : la valorisation de la médecine générale lui apparaît insuffisante ; aucune formation spécifique n'est prévue dans le domaine de la Santé publique ; recherche et biologie sont les parents pauvres de la réforme ; enfin, la loi ne prévoit pas de rénovation de la pédagogie lors des deux premiers cycles.

Ces constats amènent la commission Seligmann à formuler quatre propositions essentielles :

- la rénovation de la pédagogie durant les deux premiers cycles : les premier et deuxième cycles doivent durer six ans, répartis en trois ans pour le premier cycle, durant lesquels l'étudiant doit se familiariser avec l'hôpital, et trois ans pour le deuxième cycle. Pendant celui-ci, l'étudiant perçoit une rémunération pour les stages hospitaliers qu'il effectue à mi-temps. Des stages extra-hospitaliers lui sont proposés. Durant

ces deux cycles 15 à 20 % des horaires sont réservés aux enseignements optionnels afin que tous les étudiants n'arrivent pas, en fin de deuxième cycle, avec le même bagage culturel.

- la sélection en première année de premier cycle est jugée bien trop sévère : de nombreux étudiants perdent un an, voire deux ans, pour se trouver en fin de compte éliminés de la filière médicale sans aucune équivalence ; la commission souligne que cette sélection fait perdre beaucoup de temps, d'énergie et d'argent aux enseignants comme aux étudiants. C'est pourquoi elle propose que soit instaurée une présélection sur dossier avant l'entrée en première année. La commission Fougère en était arrivée à la même conclusion mais l'une et l'autre commission verront cette proposition repoussée au nom du même principe : le baccalauréat ouvre de plein droit l'accès à l'enseignement supérieur, il ne peut donc être question de mettre en place une présélection en fonction des notes obtenues à cet examen.

- le passage du second au troisième cycle doit s'effectuer par un examen validant les études accomplies et classant les étudiants afin que ceux-ci puissent choisir leur filière d'internat. Quatre filières sont proposées aux étudiants : internat de médecine générale, internat de spécialité, internat de santé publique, internat de recherche. Les étudiants ne peuvent se présenter que deux fois à cet examen classant : en fin de deuxième cycle et l'année suivante.

- l'organisation du troisième cycle doit introduire une stricte égalité entre les étudiants des quatre filières : il doivent avoir le même statut et la même rémunération.

Le troisième cycle de spécialité, dans le système proposé, est organisé selon les modalités définies par la loi de 1979. Les D.E.S. ne peuvent s'acquérir que par la filière de spécialité. La durée de la formation est de 4 à 5 ans et comprend un enseignement théorique (unités de valeur et séminaires) et des stages hospitaliers à des postes formateurs. La thèse est maintenue. Formations pratique et théorique doivent être validées en fin de cycle afin d'obtenir le titre de spécialiste.

Le troisième cycle de Santé publique doit s'adresser aux étudiants désirant se spécialiser dans les secteurs suivants :

. Médecine de l'entreprise et de l'école ;

- . Médecine des départements ou des régions sanitaires ;
- . Médecine d'organismes de financement des soins ;
- . Médecine épidémiologiste ;
- . Médecine intervenant dans les pays en voie de développement ;
- . Médecine spécialisée ou non qui a également une activité de médecine communautaire. (Par exemple : pédiatres qui travaillent en crèche, gérontologues dans les centres pour personnes âgées).

La moitié du cycle est consacrée à la formation spécifique, théorique et pratique, en Santé publique. La seconde partie comprend 18 mois de formation clinique en milieu hospitalier ou non, et un semestre optionnel en fonction de l'orientation ultérieure de l'étudiant. La validation est sensiblement identique à celle du cycle de spécialité.

Le troisième cycle de recherche, dans la réforme proposée, dure quatre ans et permet aux étudiants qui le souhaitent de se consacrer entièrement à la recherche. Mais, pour ce faire, "seuls les étudiants admis à l'examen classant, ayant préalablement validé des enseignements de la première partie du cycle de biologie humaine, sont autorisés à choisir la filière recherche. Idéalement, les candidats devraient être titulaires d'une maîtrise de biologie humaine ou de titres scientifiques équivalents".

Des stages formateurs rémunérés dans des structures de recherche sont alors proposés aux étudiants réunissant les conditions d'inscription dans ce cycle.

La validation du cycle de recherche se fait en trois temps :

- l'étudiant doit obtenir l'attestation d'études approfondies qui sanctionne l'acquisition de connaissances générales dans la discipline ;

- puis, il doit réussir le diplôme d'études et de recherche en biologie humaine, diplôme qui consiste à présenter un mémoire de travaux personnels devant un jury comportant un enseignant d'une autre université dans la même discipline. Le contenu scientifique de ce mémoire doit correspondre à celui d'un article publié dans une bonne revue internationale ;

- enfin, l'étudiant soutient un mémoire qui peut être présenté en vue de la soutenance de la thèse de médecine.

Si le contenu scientifique de l'ensemble de ces travaux est jugé satisfaisant, le candidat accède au grade de docteur d'Etat en biologie humaine ou en sciences.

S'agissant du troisième cycle de médecine générale, le rapport Seligman affirme que : "La mise en place d'un troisième cycle spécifique de médecine générale est un des acquis les plus importants du projet de réforme de 1979 et ne doit pas être remis en cause. Les propositions actuelles cherchent à apporter des améliorations à la loi de 1979 et aux textes réglementaires établis dans ce cadre afin de faire de la réforme des études médicales, et particulièrement du troisième cycle de médecine générale, un des éléments de la nécessaire revalorisation de la médecine générale".

La formation du futur généraliste doit durer deux ans (une année supplémentaire facultative étant prévue pour ceux qui désirent acquérir des connaissances spéciales dans des domaines précis). Elle comprend une formation pratique de 18 mois dans un hôpital général ou dans un C.H.U. et de 6 mois lors du stage extra-hospitalier, ainsi qu'une formation théorique qui doit en particulier donner plus de connaissances cliniques que par le passé. Les omnipraticiens doivent être présents à tous les niveaux de formation durant ce troisième cycle.

Pour que l'étudiant obtienne son diplôme de médecin, les formations théoriques et pratiques doivent être validées et la thèse soutenue.

Les modifications proposées par le rapport Seligmann tiennent ainsi plus au contenu de l'enseignement qu'à l'organisation même du troisième cycle. Le changement majeur concerne le titre : l'étudiant en médecine générale ne s'appelle plus résident mais interne.

Cette modification de terminologie ne peut s'expliquer et se défendre que dans la mesure où, dans la réforme proposée, l'interne de médecine générale s'est présenté et a été reçu à l'examen classant-validant institué pour tous les étudiants en médecine en fin de deuxième cycle.

VIII - La loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques

A) Le contenu de la loi

Par rapport à la loi de 1979, les deux changements importants concernent les règles de passage entre le deuxième et le troisième cycle et l'organisation du troisième cycle.

1. La fin du second cycle et l'entrée dans le troisième cycle

Les étudiants qui arrivent à la fin de la quatrième année de second cycle doivent **passer obligatoirement un examen**. Les épreuves de cet examen portent sur le programme du deuxième cycle en son entier. **Cet examen qui est organisé dans le cadre de la région sanitaire et qui doit être réussi pour permettre l'accès en troisième cycle, est en outre classant**. Ce classement permet aux étudiants devenus internes et se consacrant à la filière de la médecine générale de choisir leur service d'affectation en fonction de leur rang.

Pour les étudiants qui ne désirent pas se spécialiser en médecine générale, **l'examen validant et classant est une condition nécessaire mais non suffisante**. Ils doivent en outre se présenter au "concours d'accès à la filière de médecine spécialisée, à la filière de santé publique et à la filière de recherche médicale" (Art. 47).

Ils ne peuvent passer le concours que deux fois consécutives : à la fin du deuxième cycle et l'année suivante. Ce concours étant organisé au niveau des inter-régions, les étudiants ont la possibilité de s'inscrire à trois concours inter-régionaux par an (soit au total six concours en deux ans).

Le programme de ce concours est identique à celui de l'examen validant et classant.

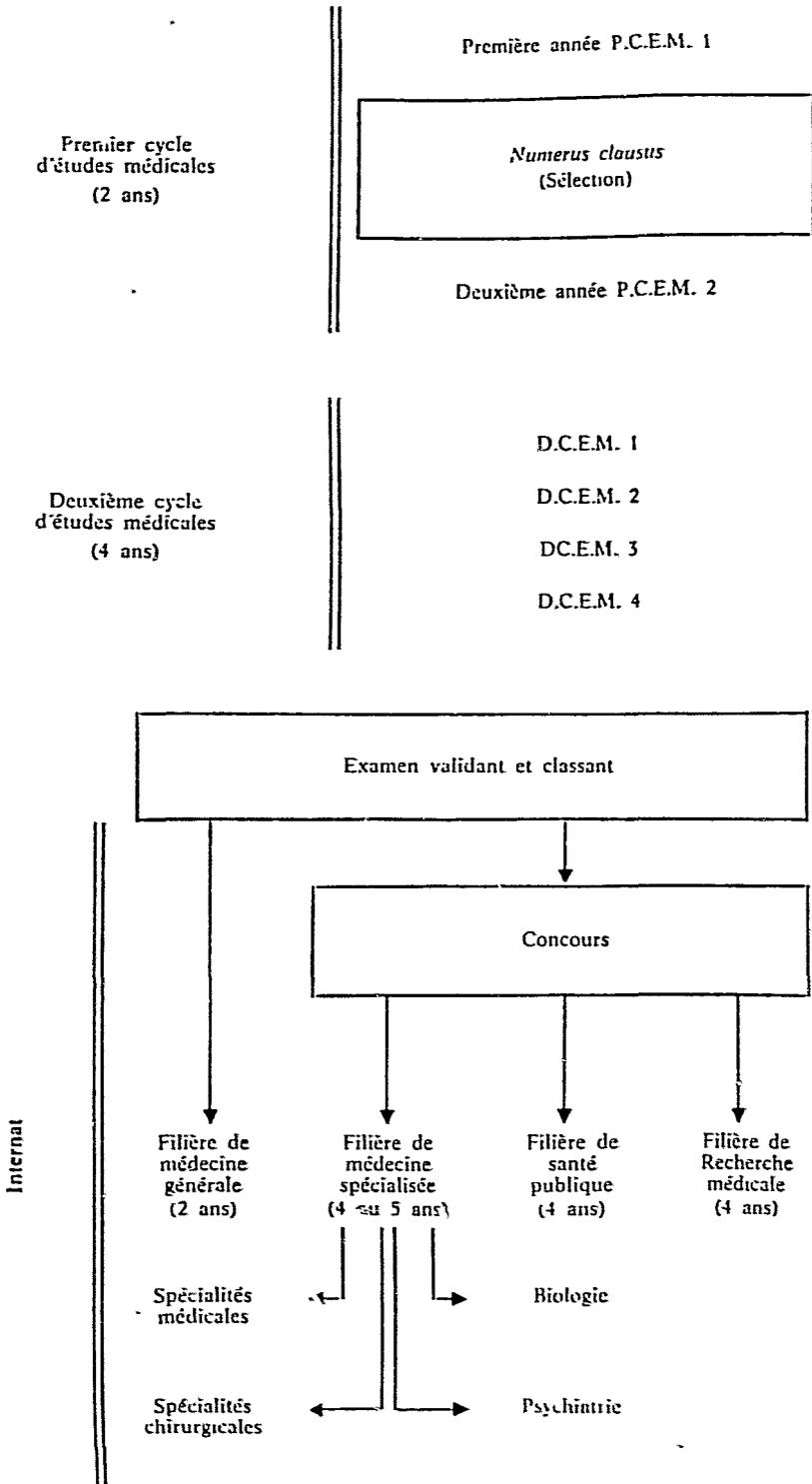
2 - Le troisième cycle est partiellement réorganisé

L'étudiant qui a été reçu à l'examen classant validant entre de plein droit en troisième cycle et il prend le nom d'interne. Quatre filières de spécialités lui sont proposées :

- la filière de médecine générale qui dure deux ans,
- la filière de médecine spécialisée qui dure quatre ou cinq ans,
- la filière de santé publique qui dure quatre ans,
- la filière de recherche médicale qui dure également quatre ans.

Seule la filière de médecine générale est ouverte directement à l'étudiant qui entre en troisième cycle. En revanche, s'il veut suivre une des trois autres filières, il se présente à un concours et il pourra, en fonction de son rang de classement, choisir sa filière et, éventuellement, les options à l'intérieur de cette filière.

LE SCHEMA DE LA REFORME



B) Les difficultés

L'examen classant validant de la fin du deuxième cycle mis en place par la loi de 1982 apparaît comme un compromis mal conçu entre la réforme de 1979 et les propositions du rapport Seligmann.

En 1979, un très large débat avait eu lieu entre les partisans et les opposants à un examen classant et validant à la fin du deuxième cycle. L'avant-projet de loi prévoyait cet examen, le projet de loi l'avait finalement écarté. Un amendement à l'Assemblée Nationale avait réintroduit la notion de classement en obligeant tous les étudiants de sixième année à passer, avant l'entrée dans le troisième cycle, un examen avec classement dont les résultats seraient pris en compte pour l'admissibilité à l'internat, les étudiants désirant devenir spécialistes étant astreints à passer en sus d'autres épreuves. Le classement permettait également l'affectation des étudiants aux différents postes de résidents.

Le Sénat, dans un premier temps, accepta l'idée d'un examen validant de fin de deuxième cycle. Il refusa en revanche toute idée de classement qui risquait de faire apparaître une sélection "par l'échec" des futurs généralistes et d'accroître les inégalités parmi eux puisque les mieux classés choisiraient les services les plus formateurs.

En fin de compte, le ministre de la Santé s'opposa, en séance publique, à toute forme d'examen terminal de deuxième cycle, laissant aux UER la faculté d'instituer leurs propres examens terminaux. Ainsi, Mme VEIL déclarait-elle à l'Assemblée Nationale, le 28 juin 1979: "Le Gouvernement est tout à fait hostile à l'instauration à ce moment des études de tout examen, mais surtout d'un examen de classement".

Le rapport Seligmann de décembre 1981 avait préconisé, quant à lui, une autre logique: en fin de deuxième cycle, un examen classant validant était institué afin, d'une part, de valider le deuxième cycle et, d'autre part, de classer les étudiants qui, selon leur rang de classement, auraient choisi la filière dans laquelle ils auraient continué leurs études.

La loi de 1982 instaure un système intermédiaire qui établit une double barrière pour ceux qui se destinent à une

spécialité et qui, comme le notait notre collègue Adrien GOUTEYRON dans son rapport au Sénat du 21 octobre 1982, "risque de faire apparaître la "sélection par l'échec" des généralistes et faire naître une hiérarchie parmi ces derniers".

Le Sénat ne s'est pas opposé, lors de la discussion de la loi de 1982, à la notion d'examen validant, point final des deux premiers cycles des études médicales, permettant un contrôle des connaissances acquises par l'étudiant. Mais il a demandé que cet examen n'ait pas pour rôle de classer les futurs médecins.

En dépit de l'opposition de la Haute Assemblée, le projet de loi gouvernemental a été cependant adopté en dernière lecture par l'Assemblée nationale.

C) Du vote de la loi à l'instauration d'un régime transitoire

1 - Le rapport des médiateurs

Le printemps 1983 est marqué par la très longue grève des étudiants en médecine et des internes et chefs de clinique qui se dénoue finalement à l'annonce de la suspension des mesures concernant l'examen classant de fin de deuxième cycle et de la nomination d'un groupe de cinq médiateurs.

Nommés le 29 avril 1983, les médiateurs sont chargés de :

"1) rechercher les bases d'accords permettant aux médecins en grève de mettre un terme à leur mouvement ;

2) donner un avis sur le fonctionnement des hôpitaux publics, les carrières médicales hospitalières et universitaires et les études médicales, et faire toutes suggestions sur des réformes éventuelles".

Le 4 août 1983, le rapport est rendu public et brosse un vaste tableau des secteurs hospitaliers et médicaux français.

Concernant les études médicales à proprement parler, les propositions des médiateurs énoncent des principes généraux mais ne présentent pas de solutions concrètes.

Ainsi, pour le premier cycle, les médiateurs proposent de "permettre aux étudiants n'ayant pas été reçus au concours

d'entrée en médecine (fin de P.C.E.M. 1) mais ayant obtenu des notes honorables, d'obtenir des équivalences leur permettant de poursuivre des études en U.E.R. de sciences".

De même, les médiateurs notent qu'au cours du deuxième cycle "un effort d'encadrement doit être fait afin que tous les étudiants hospitaliers acquièrent la formation clinique pratique qui est indispensable à tout médecin. Il faut développer les enseignements optionnels indispensables pour faire prendre conscience aux étudiants de la façon dont se développent les connaissances de la médecine moderne, enseigner davantage les aspects socio-économiques de la médecine et améliorer progressivement le niveau du certificat de synthèse clinique et thérapeutique (...)"

A propos du troisième cycle, "des adaptations demeurent nécessaires (mais) la création d'un internat de médecine générale accessible à tous les étudiants constitue un progrès".

Enfin, les médiateurs précisent leur position concernant le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (C.S.C.T.), nouvelle appellation pour l'examen de fin de deuxième cycle :

"L'objet de ce certificat est de vérifier, avant le début de l'internat de médecine générale, l'aptitude des étudiants à exercer des fonctions de responsabilité clinique. Il ne s'agit donc pas de prouver l'existence d'un savoir encyclopédique, mais de s'assurer que les connaissances de base permettent d'avoir de bons réflexes dans diverses éventualités cliniques. La docimologie devrait être conçue en fonction de cet objectif. Comme ce certificat vérifie l'ensemble des connaissances pratiques acquises au cours du deuxième cycle, sa mise en place ne peut être que progressive. L'examen n'aura donc sa véritable signification que lorsque tout l'enseignement du deuxième cycle aura tenu compte de son existence. D'ici là, et à titre transitoire, le certificat devra être considéré comme évolutif et être chaque année remanié en fonction de l'enseignement délivré au cours de la révision effectuée pendant le certificat de synthèse clinique et thérapeutique."

L'examen de fin de deuxième cycle est donc maintenu, mais il n'est plus fait référence à un hypothétique classement des étudiants. De plus, les réflexions des médiateurs poussent les pouvoirs publics à s'engager sur la voie des mesures transitoires.

2 - La loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur

Constatant qu'une solution définitive à la réforme des études médicales ne peut être trouvée à court terme, l'article 6^{er} de la loi de janvier 1984 dispose que, pendant une période de trois ans, le Gouvernement pourra prendre par décret des mesures transitoires applicables jusqu'au 1er octobre 1987. Ces mesures doivent avoir pour objet :

- de préciser la nature et de fixer les conditions d'organisation de l'examen de fin de deuxième cycle des études médicales prévu à l'article 47 de la loi modifiée du 12 novembre 1968 ;

- de déterminer les conditions d'accès, par voie de concours, aux filières de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche prévues à l'article 46 de la même loi ;

- de déterminer les conditions dans lesquelles les étudiants admis dans la filière de médecine générale choisissent leurs postes d'interne dans cette filière.

3 - Les mesures transitoires d'application de la loi

L'entrée en vigueur de la réforme est prévue pour la rentrée 1984.

Cinq points principaux nécessitent la mise en place de textes d'application :

- l'accès au troisième cycle.
- le semestre de stage commun à tous les internes.
- le statut des internes.
- le troisième cycle d'internat pour les futurs généralistes.
- le troisième cycle d'internat pour les futurs spécialistes.

a) L'accès au troisième cycle

Le décret n° 84-586 du 9 juillet 1984 complété et modifié par les décrets n° 85-1300 du 6 décembre 1985, n° 85-1457 du 30 décembre 1985 et n° 86-656 du 18 mars 1986 énonce, à titre transitoire, les règles d'accès au troisième cycle.

Le C.S.C.T. (Certificat de synthèse clinique et thérapeutique) est organisé au cours de la dernière année du deuxième cycle. Le programme de cet examen porte sur la totalité des matières enseignées au cours du deuxième cycle. Le C.S.C.T. a pour but de vérifier les connaissances de l'étudiant qui entre en troisième cycle mais n'est pas un examen classant.

b) Le stage commun à tous les internes

Ce même décret définit le stage commun à tous les internes. Durant le premier semestre d'internat, les internes reçoivent une formation théorique et pratique spécifique à l'apprentissage de leurs nouvelles fonctions. Les orientations et la formation théorique sont fixées par le Conseil des unités de formation et de recherche de médecine après approbation par les présidents d'universités. Au cours de ce semestre, les internes reçoivent leur formation dans le cadre de la région sanitaire et exercent leurs fonctions hospitalières, soit dans les C.H.R. faisant partie d'un C.H.U., soit dans des établissements hospitaliers ayant passé une convention à cet effet. Le stage effectué au cours du premier semestre d'internat est pris en compte pour la validation de la formation pratique exigée pour l'obtention des diplômes terminaux du troisième cycle des études médicales. A l'issue de ce stage, les internes sont affectés, selon le cas, dans l'une des quatre filières d'internat.

c) Le statut commun à tous les internes

Le statut est réglé par le décret n° 83-785 du 2 septembre 1983 modifié et complété par le décret n° 85-1227 du 19 novembre 1985 : il est sensiblement identique à celui défini par la réforme de 1979. Ainsi, l'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales et à sa formation, soit 11 demi-journées par semaines plus les gardes. Ce décret détermine également les conditions de nomination, les avantages sociaux (couverture sociale, congés) et la rémunération des internes.

d) Le troisième cycle des internes en médecine générale

Pour accéder à cette filière, l'étudiant doit avoir validé sa dernière année de deuxième cycle, avoir présenté et réussi le C.S.C.T.

La formation des internes de médecine générale dure deux ans, y compris le "stage indifférencié" du premier semestre. Le décret du 9 juillet 1984 retient le principe d'un enseignement théorique devant représenter de 150 à 200 heures de cours réparties sur les deux années de cycle. Les programmes précis doivent être fixés par les U.F.R. (anciennes U.E.R.). Des médecins généralistes peuvent participer à l'enseignement. Cet enseignement n'est pas destiné à combler les lacunes du deuxième cycle mais à replacer les connaissances acquises dans la pratique généraliste et à les adapter aux besoins de la médecine de famille : le troisième cycle est en somme une école d'application. Enfin, les méthodes pédagogiques doivent être adaptées au but poursuivi : il ne peut être question de cours magistraux mais d'un travail en petits groupes qui doit obtenir une participation active des étudiants.

La formation pratique se compose de stages hospitaliers et extra-hospitaliers.

Pour les **stages hospitaliers**, les postes mis aux choix doivent avoir bénéficié d'un agrément. Les internes choisissent par ancienneté de fonction mais les internes de médecine générale (I.M.G.), à ancienneté égale, choisissent après les internes des autres filières (décret du 9 juillet 1984). Au cours de leurs deux années, les I.M.G. accomplissent au moins un semestre dans un C.H.U. La formation pratique hospitalière est assurée sous la responsabilité du praticien auprès duquel est affecté l'I.M.G.

Par ailleurs, comme dans la réforme de 1979, deux types de **stages extra-hospitaliers** sont prévus : les stages auprès du praticien et les autres stages.

Le décret n° 84-586 du 9 juillet 1984 complété et modifié par les décrets n° 85-1300 du 6 décembre 1985, n° 85-1457 du 30 décembre 1985 et n° 86-656 du 18 mars 1986 décrit, dans ses articles 17 à 22, les modalités d'application du stage chez le praticien. Les principales caractéristiques sont proches de celles définies en 1979 : le stage est effectué soit à temps plein, soit à temps partiel ; sa durée maximale est de 6 mois.

Certains problèmes demeurent : la rémunération du maître de stage est prévue mais reste faible et surtout le stage chez le praticien n'est toujours pas obligatoire alors qu'il est considéré comme un élément primordial dans la formation des futurs généralistes.

Les autres stages sont prévus dans les textes mais peu de précisions sont données. L'article 18 du décret du 9 juillet 1984 détermine les principales orientations: "Lorsque la formation pratique est accomplie dans des organismes agréés extra-hospitaliers, ou dans des laboratoires agréés de recherche, l'interne est placé sous la responsabilité du directeur de l'organisme ou du laboratoire auprès duquel il est affecté. A l'issue du stage, ce dernier communique au directeur de l'unité de formation et de recherche son appréciation sur l'intéressé. Une convention est signée entre l'organisme ou le laboratoire et le directeur de l'unité de formation et de recherche qui fixe notamment les modalités du stage ainsi que les conditions de réparation et d'assurance des dommages causés par l'interne ou subis par lui durant le stage".

Le diplôme de docteur en médecine avec la mention de la qualification en médecine générale portée sur un document annexe est délivré aux I.M.G. ayant :

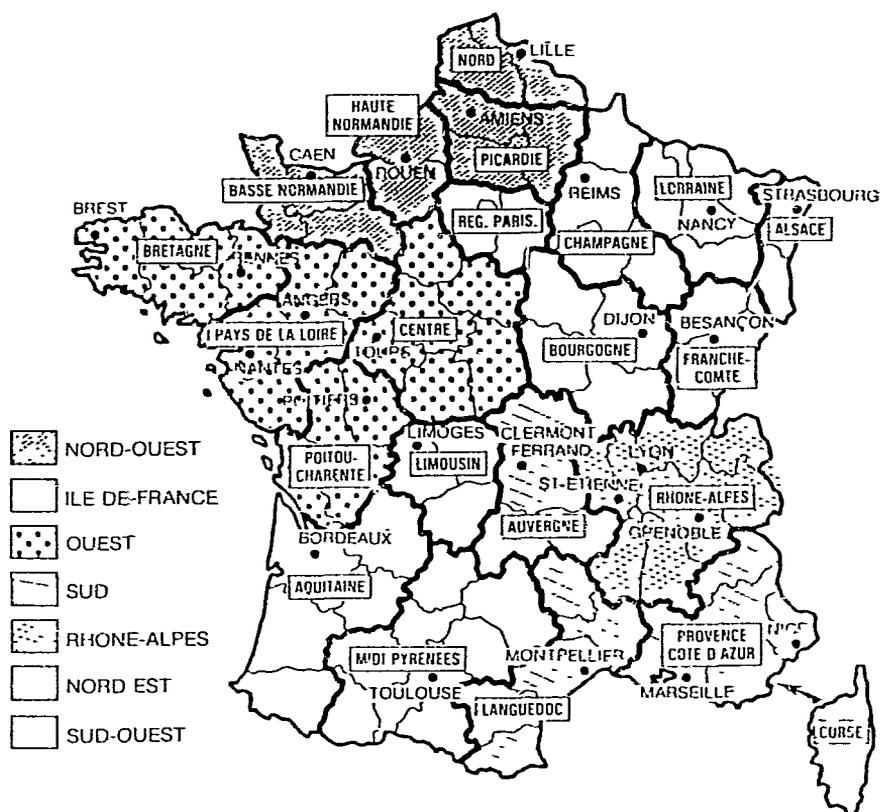
- effectué la durée totale d'internat ;
- satisfait au contrôle des connaissances au fur et à mesure des enseignements théoriques ;
- accompli et validé la formation pratique hospitalière et extra-hospitalière ;
- soutenu, lors du dernier semestre d'internat, une thèse devant un jury.

e) Le troisième cycle de médecine spécialisée, de santé publique et de recherche médicale

Pour se présenter au concours d'accès aux trois filières de médecine spécialisée, l'interne doit :

- avoir validé la dernière année de son deuxième cycle,
- avoir réussi le C.S.C.T.,
- se présenter au concours suivant immédiatement la fin du deuxième cycle. En cas d'échec à ce concours, l'étudiant peut se représenter l'année suivante. Un candidat ne peut se présenter à plus de 3 concours interrégionaux au cours d'une même année et à plus de 6 concours au total.

Les nouvelles interrégions d'internat



- Ile-de-France ;
- Nord-Ouest comprenant les Chu d'Amiens, Caen, Lille, Rouen ;
- Nord-Est comprenant les Chu de Besançon, Dijon, Nancy, Reims, Strasbourg ;
- Ouest comprenant les Chu d'Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Tours, Rennes ;
- Rhône-Alpes comprenant les Chu de Grenoble, Lyon, Saint-Etienne ;
- Sud comprenant les Chu de Marseille, Montpellier, Nice, Clermont-Ferrand ;
- Sud-Ouest comprenant les Chu de Bordeaux, Limoges, Toulouse.

Les trois filières de médecine spécialisée sont en effet organisées en fonction des sept interrégions définies par l'arrêté du 28 juillet 1983. (cf. tableau ci-dessous)

Dans chacune des interrégions, un concours commun est organisé pour la filière de médecins spécialisés et pour les filières de santé publique et de recherche médicale. Le programme est le même que celui du C.S.C.T., c'est-à-dire qu'il porte sur la totalité des matières enseignées durant le deuxième cycle.

Le Centre national des concours d'internat en médecine et en pharmacie est chargé d'élaborer les règles docimologiques et les modalités de déroulement des concours, dont il contrôle également la réalisation.

A la publication des résultats des concours interrégionaux, chaque candidat reçoit individuellement ses résultats et classements dans chacune des options dans lesquelles il a demandé à être classé (ces options correspondent aux épreuves optionnelles comptant pour 20 % de la note finale du concours du classement).

La procédure de choix s'effectue en trois opérations successives. Dans un premier temps, chaque candidat communique par écrit l'interrégion, la filière et éventuellement l'option dans lesquelles il souhaite être affecté. Son choix est pris en compte s'il est classé en rang utile, c'est-à-dire lorsque son rang de classement, après prise en compte des demandes d'affectation des candidats mieux classés, est inférieur ou égal au nombre des postes offerts. Les candidats qui n'ont pas obtenu d'affectation reçoivent communication du nombre de postes restant disponibles après la première opération d'affectation, ainsi que leur nouveau rang d'expression des choix, c'est-à-dire de leur rang dans la liste des candidats classés après prise en compte des affectations et désistements acquis à la suite de la première opération. Les candidats communiquent leur choix en les classant par ordre de priorité.

Dans un deuxième temps a lieu une nouvelle opération d'affectation suivant une procédure identique à celle de la première opération. Quand les candidats n'ont pu être affectés lors de la deuxième opération une dernière opération d'affectation est effectuée. A l'issue des procédures de choix, le candidat a donc arrêté son interrégion (dont il ne peut changer) et la formation qu'il va entreprendre.

Dans le cadre de la filière de médecine spécialisée, l'étudiant a le choix entre 4 options. Dans chacune de ces options, un ou plusieurs D.E.S. peuvent être préparés. En début d'internat, le candidat choisit une des quatre options. Après 18 mois d'internat de spécialité, il choisit un des D.E.S. de l'option où il a été affecté en début d'internat. Cependant, certains D.E.S. "à choix précoce" doivent être choisis dès le début de l'internat.

La filière de santé publique permet d'acquérir les six D.E.S. définis par l'arrêté du 28 juillet 1985. La filière de recherche

médicale est, quant à elle, constituée par la préparation aux D.E.A. définis par l'arrêté du 7 juillet 1984.

S'agissant du déroulement des études, l'article 39 du décret du 9 juillet 1984 modifié précise que les internes reçoivent une formation théorique et pratique dispensée à temps plein pendant la durée exigée pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées (soit 4 à 5 ans). Celle-ci est sensiblement identique à la formation dispensée en vertu de la réforme de 1979. Le choix des postes hospitaliers est organisé par la D.R.A.S.S. (direction régionale d'action sanitaire et sociale). Les articles 46 à 51 fixent les règles de ces choix afin que tous les internes puissent accomplir un nombre de semestre suffisant pour valider leur spécialité. Ils effectuent leurs stages essentiellement en C.H.U. mais sont tenus d'accomplir au moins un semestre hors C.H.U.

Le diplôme de docteur en médecine, avec mention sur le document annexe du D.E.S. obtenu est délivré aux internes ayant effectué la durée totale de l'internat, satisfait au contrôle des connaissances au fur et à mesure des enseignements théoriques, accompli et validé la formation pratique, soutenu, lors de leur dernier semestre d'internat ou postérieurement à lui, une thèse devant un jury interrégional.

Les diplômes d'études spécialisées complémentaires (D.E.S.C.) sont obtenus à l'issue d'une formation à temps plein qui comporte un enseignement théorique et une formation pratique accomplie dans des services ou unités agréés.

Pour être admis à postuler un D.E.S.C., les anciens internes doivent être titulaires d'un D.E.S. ou avoir effectué l'internat dans la filière de recherche médicale. De plus, ils doivent avoir effectué deux semestres de fonctions dans des services ou unités agréés pour la préparation du D.E.S.C. au cours de l'internat. La liste des D.E.S.C. est fixée par l'arrêté du 28 juillet 1983.

f) Les passerelles résultent des concours spéciaux qui sont organisés chaque année depuis octobre 1985 par diplôme d'études spécialisées dans chaque interrégion pour les médecins généralistes et les médecins spécialisés désirant acquérir une qualification différente de leur qualification initiale (décret du 9 juillet 1984). Pour faire acte de candidature, ces médecins doivent avoir exercé pendant au moins 3 années à temps plein ou à temps partiel. Dans ce dernier cas, l'activité doit correspondre au minimum à celle d'un mi-temps hebdomadaire. Les candidats admis reçoivent une formation à temps plein et sont soumis au même statut que les autres internes.

SECTION II

LES ARTICLES 28 à 30 DU PROJET DE LOI PORTANT DIVERSES MESURES D'ORDRE SOCIAL

D) DES MESURES JUSTIFIEES

Elaborée sans concertation suffisante, la loi de 1982 n'a pas été acceptée et n'est que très peu entrée dans la réalité. Devant le refus des étudiants et d'une grande partie de la profession, il a fallu, en janvier 1984, ajouter à la loi sur l'enseignement supérieur, un article 68 permettant à l'exécutif de prendre des mesures transitoires jusqu'en octobre 1987. Durant cinq années, la loi de 1982 n'a été que partiellement appliquée et le transitoire est devenu la règle.

Cette situation difficilement acceptable doit cesser d'autant que le terme de la période transitoire est désormais proche. Il est donc aujourd'hui nécessaire de modifier les points les plus controversés de la loi de 1982 afin de sortir de l'impasse.

L'instauration d'un examen classant-validant en fin de deuxième cycle a fait l'unanimité contre lui. Les grèves du printemps 1983 ont démontré clairement que le refus du Sénat de souscrire à la création de cette épreuve était fondé ; la suppression du classement ne fera d'ailleurs qu'entériner un état de fait, puisque cette disposition n'est jamais entrée en vigueur.

Par ailleurs, les filières de recherche et de santé publique semblent, après trois ans de fonctionnement, ne pas avoir répondu aux espérances que certains avaient placées en elles. La filière de santé publique est le plus souvent dévalorisée aux yeux des étudiants. Ceux qui n'ont pu accéder à la filière de médecine spécialisée demandent en dernier recours à entrer dans la filière de santé publique, et, l'année suivante, se représentent au concours afin d'obtenir un poste jugé plus intéressant en médecine spécialisée. La filière de recherche a également échoué mais pour d'autres raisons : le nombre de postes mis au concours

est très faible (21 postes pour le concours de 1985, soit 3 postes par interrégions), les débouchés offerts aux étudiants sont aléatoires et, à l'issue des quatre années du troisième cycle, l'étudiant n'a aucune compétence particulière en médecine du fait qu'il n'a pas suivi de stage pratique hospitalier.

Ces deux filières doivent donc être supprimées, ce qui ne veut pas dire que les matières enseignées doivent disparaître, mais qu'elles doivent être désormais intégrées dans une filière unique d'internat de spécialisation. Les trois filières avaient fait apparaître des rigidités qui ne s'imposaient pas entre les internes se destinant à la recherche ou aux secteurs couverts par la Santé publique et les internes en médecine spécialisée. La création d'une filière unique est nécessaire pour que s'instaure une plus grande souplesse dans l'organisation des études et dans la formation des spécialistes.

Il convient donc de maintenir seulement deux grandes filières de troisième cycle : la filière de médecine générale et la filière de médecine spécialisée. Le troisième cycle de médecine générale doit être ouvert à tout étudiant ayant validé le deuxième cycle tandis que l'accès au troisième cycle de médecine spécialisée doit être subordonné à la réussite du concours de l'internat qualifiant. Les deux filières de troisième cycle ne correspondant pas aux mêmes épreuves d'accès, il serait illogique d'appeler les étudiants dans l'une et l'autre filière par le même nom d'interne. C'est pourquoi il paraît souhaitable, pour éviter toute confusion, de revenir à la terminologie définie par la loi de 1979 : les étudiants en troisième cycle de médecine générale doivent avoir le titre de résident et les étudiants en troisième cycle de médecine spécialisée le titre d'interne.

Suppression du caractère classant de l'examen de fin de deuxième cycle, rétablissement de la distinction entre l'internat, voie unique de la spécialisation, et la médecine générale : telles étaient les propositions du Sénat en 1982. Nul ne s'étonnera que votre commission des Affaires culturelles se félicite de voir aujourd'hui le Gouvernement déposer un texte reprenant la substance de ces propositions.

Pour couper court à tout procès d'intention, votre commission tient à souligner que ce texte n'entraîne aucune dévalorisation de la médecine générale, non plus qu'une détérioration de la formation des généralistes.

Dans ce domaine, les acquis des lois de 1979 et 1982 sont maintenus et même renforcés. Le troisième cycle de médecine générale s'effectue sur deux années et consiste en une formation à plein temps essentiellement hospitalière, en situation de responsabilité diagnostique et thérapeutique. La rémunération des résidents reste identique à celle des internes spécialisés, sous réserve, comme c'est le cas actuellement, d'un régime indemnitaire plus favorable pour ces derniers qui introduit un écart de l'ordre de 10 %. Un aménagement du stage chez le praticien est prévu, l'objectif étant, à terme, de parvenir à un stage de six mois à temps plein conformément aux normes européennes. Par ailleurs, à l'issue du résidanat, les généralistes disposeront de trois voies pour compléter leur formation :

- ils continueront à pouvoir accéder à l'internat de spécialité par voie de concours spécial après trois ans de pratique médicale ;

- ils pourront acquérir des certificats de formation complémentaire dans des domaines de santé publique tels que la médecine du travail ou la médecine scolaire ;

- enfin, un décret en Conseil d'Etat instituera un assistanat hospitalier qui permettra à des généralistes, à l'issue du résidanat, de poursuivre leur formation en hôpital, avec un statut de contractuel, pendant deux à quatre années : ainsi sera favorisée l'émergence de généralistes de très haut niveau qui pourront, au demeurant, concourir pour devenir praticien hospitalier.

II) EXAMEN DES ARTICLES

Article 28

Régime du troisième cycle des études médicales

A) Le texte du projet de loi

Le paragraphe I tend à une nouvelle rédaction de l'article 46 de la loi modifiée du 12 novembre 1968 de manière à supprimer le caractère classant de l'examen de validation du deuxième cycle, et à distinguer le résidanat (d'une durée de deux ans, accessible à tous ceux qui ont validé le deuxième cycle) et l'internat (d'une durée de quatre à cinq ans, accessible par concours). Cette distinction se substitue à celle des quatre filières instituées par la loi de 1982 : il y a, comme dans la réforme de 1979, adéquation entre l'internat et la spécialisation, quel qu'en soit le domaine, et entre le résidanat et la formation de généraliste.

Le paragraphe II supprime, par coordination, l'article 47 de la loi de 1968 précitée : cet article était relatif à l'organisation de l'examen classant et validant dont le paragraphe I pose le principe de la suppression. Cette suppression consacre un état de fait, l'examen classant et validant ayant été écarté des dispositions transitoires d'application de la loi de 1982.

Le paragraphe III modifie la rédaction de l'article 48 de la même loi, afin de tirer les conséquences des paragraphes précédents, mais sans modifier le contenu de cet article qui définit les principes d'organisation du concours d'internat de spécialité.

Le paragraphe IV, de même, se borne à tirer les conséquences de la création du résidanat sur les dispositions relatives à la durée de l'internat.

Le paragraphe V propose une modification du régime de la thèse de doctorat consistant à permettre, implicitement, aux internes de soutenir leur thèse avant la fin de leurs études de troisième cycle. Etant donné la longueur particulière de celles-ci,

il est apparu souhaitable, en effet, de permettre aux intéressés d'acquérir un titre qui peut être exigé par exemple pour des stages à l'étranger ou pour l'accomplissement du service national comme coopérant ou dans le service de santé des armées. Mais l'exercice de la médecine, pour les internes titulaires du doctorat, restera subordonné à la validation du troisième cycle : un document annexé au diplôme d'Etat de docteur en médecine et mentionnant la qualification obtenue leur sera délivré à l'issue du troisième cycle, et ce n'est que munis de ce document qu'ils pourront exercer.

Le paragraphe VI modifie l'article 51 de la loi de 1968 relatif au statut des internes, par coordination avec les paragraphes précédents. Il tire les conséquences du rétablissement du résidanat, mais sans porter atteinte à l'égalité entre les futurs généralistes et les futurs spécialistes : résidents et internes restent soumis aux mêmes dispositions statutaires et conservent la même rémunération.

Enfin, les paragraphes VII à XI modifient respectivement les articles 52, 53 et 56 à 58 de la loi de 1968 pour des raisons de pure coordination avec les paragraphes précédents.

B) Position de l'Assemblée nationale

Au paragraphe III, l'Assemblée nationale a adopté un amendement permettant aux étudiants de se présenter au concours de l'internat à deux reprises, soit à la session qui suit la validation de leur deuxième cycle, soit à l'une des deux sessions suivantes. Le projet de loi ne modifiait pas le texte en vigueur : la deuxième candidature n'était possible que pour la session suivant la première candidature, sauf dérogation accordée pour cause d'accouchement, d'accomplissement du service national, ou en cas de force majeure à caractère collectif.

Au paragraphe V, l'Assemblée nationale a adopté un amendement confirmant que l'exercice de la médecine reste subordonné à la validation du troisième cycle.

Au paragraphe IX, elle a adopté un amendement supprimant les dispositions de l'article 56 de la loi modifiée de 1968 qui prévoient que les ministres intéressés fixent la liste des services formateurs. Il s'agit d'une mesure de déconcentration :

les décisions seront désormais prises par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, sous l'autorité du Préfet.

Au paragraphe X, elle a adopté un amendement de coordination avec l'amendement adopté au paragraphe IX.

C) Position de votre commission

Votre commission estime que l'amendement adopté par l'Assemblée nationale au paragraphe III apporte aux étudiants une souplesse appréciable et permet de régler certains cas particuliers. Des étudiants peuvent être empêchés par un événement fortuit de se présenter à la session suivant celle où ils ont échoué ; il est bon qu'ils disposent de la faculté de s'inscrire à la session suivante. De plus, des étudiants engagés dans le résidanat peuvent, après un certain temps, souhaiter changer d'orientation et passer le concours de l'internat : l'amendement laisse à cet égard un temps de réflexion utile. On peut toutefois craindre que la possibilité laissée aux étudiants de se présenter au concours de l'internat après deux années de résidanat (c'est-à-dire à la fin de celui-ci) n'ait des effets discutables. Certains étudiants engagés dans le résidanat seront peut-être tentés de ne pas accorder toute l'importance souhaitable à la formation de généraliste, et de se consacrer au contraire principalement à la préparation de l'internat. Une solution pourrait être de demander aux résidents qui se présentent au concours de l'internat au terme de leur résidanat, d'avoir préalablement validé celui-ci.

Cependant, une telle mesure - que le texte n'exclut pas - relèverait du domaine réglementaire. Il convient donc, dans la loi elle-même, de poser simplement le principe de la nécessaire **souplesse** pour l'organisation du concours. Votre commission vous propose donc d'**adopter l'article 28 sans modification.**

Article 29

Entrée en vigueur du nouveau régime

A) Le texte du projet de loi

Cet article prévoit que le nouveau régime du troisième cycle des études médicales rentrera en application à la première rentrée universitaire (c'est-à-dire au 1er octobre) suivant la publication des décrets d'application de l'article 28 ; les étudiants déjà engagés, à cette date, dans le troisième cycle resteront soumis au régime antérieur.

B) Position de l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté conforme cet article.

C) Position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 30

Prolongation des dispositions transitoires

A) Le texte du projet de loi

L'article 68 de la loi du 26 janvier 1984 dite loi Savary permet de prendre par décret des mesures transitoires pour l'application de la loi de 1982 et précise que ces mesures sont applicables jusqu'au 1er octobre 1987. Ce régime transitoire a permis de repousser jusqu'à cette date l'entrée en vigueur des dispositions contestées de la loi de 1982 et notamment la mise en place de l'examen classant et validant de fin de deuxième cycle.

L'article 30 du projet permet de prolonger la période durant laquelle les mesures transitoires sont applicables jusqu'à l'entrée en vigueur des décrets d'application de l'article 28 : cette précision complète les dispositions de l'article 29. Les étudiants en cours d'études de troisième cycle au moment de cette entrée en vigueur restent cependant soumis, jusqu'au terme de cycle, aux dispositions prises en application de l'article 68 de la loi de 1984.

B) Position de l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté conforme cet article.

C) Position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

DEUXIEME PARTIE

LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA PUBLICITE

Article 52

Réglementation de la publicité pour les boissons alcoolisées

La publicité pour les boissons alcoolisées est réglementée par les **articles L.17 à L.21 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme**, en fonction du degré de concentration et non des supports publicitaires utilisés. Dans les limites fixées par ce code, elle est restée longtemps cantonnée à la presse écrite, à l'affichage, à la radio et au cinéma puisque, du temps où la télévision était réduite au seul service public, la jurisprudence de la Régie Française de Publicité l'interdisait pour les sociétés nationales de programme.

Sous la précédente législature, le Gouvernement de M. Laurent FABIOUS l'a autorisée - pour les boissons titrant moins de 9° (la plupart des bières) - sur les chaînes commerciales : sur la Cinq d'abord (décret du 18 janvier 1986 portant approbation du traité de concession et du cahier des charges de la cinquième chaîne), sur T.V.6 ensuite (décret du 21 février 1986 portant approbation du traité de concession et du cahier des charges de la sixième chaîne), sur Canal Plus enfin (décret du 14 mars 1986 portant approbation du traité de concession et du cahier des charges de la société d'exploitation de la quatrième chaîne).

Le principe d'égalité interdisant toute discrimination entre les chaînes du secteur privé, TF 1 s'est vu accorder, par le décret du 30 janvier 1987 fixant le cahier des charges imposé à son

cessionnaire, le bénéfice du régime publicitaire applicable à l'ensemble des chaînes commerciales, régime confirmé par un décret du 26 janvier 1987.

Le présent article propose à la fois de revenir sur cette autorisation et de durcir la réglementation en vigueur pour les autres supports publicitaires sans ne plus faire aucune distinction entre les alcools. Outre qu'elle tient compte de l'avis unanime de la communauté scientifique et médicale, la réforme envisagée s'imposait puisque le régime de publicité applicable en France aux boissons alcoolisées a été jugé contraire au Traité de Rome par la Cour de justice des Communautés européennes, il y a presque sept ans, dans un arrêt du 10 juillet 1980.

I. Une réforme nécessaire

a) Les analyses scientifiques

. Certes talonnée par l'Italie, la France demeure le premier producteur et le premier consommateur de vin et continue d'enregistrer le deuxième taux d'alcool pur par habitant (le plus fort en réalité car le premier rang tenu par le Luxembourg ne s'explique que par d'importants achats hors douane effectués par frontaliers et étrangers). **L'évolution récente la plus frappante porte sur la consommation de bière.** On a en effet assisté, au cours des vingt-cinq dernières années, à une double augmentation : celle du volume et celle du degré moyen de la bière consommée (cf. tableaux n° 1 et n° 2).

Tableau n° 1

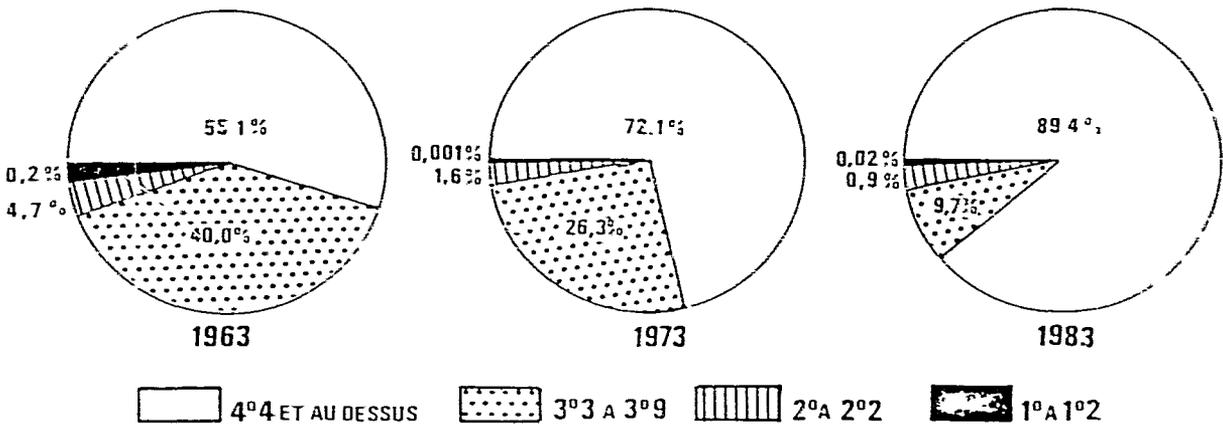
LA CONSOMMATION DE BIÈRE EN FRANCE DE 1960 A 1983

Année	Consommation totale en hectolitre	Par habitant population totale et par an en litre	Par habitant de 20 ans et plus par an en litre	Consommation de bière de luxe	
				En hectolitre	% de la consommation totale
1960	16 122 653	35,4	52,3	8 363 752	51,8
1970	21 043 035	41,25	61,4	14 409 713	68,0
1974	23 201 172	44,19	64,7	17 789 476	76,5
1975	23 645 686	44,90	67,1	18 636 929	73,8
1976	25 715 724	48,66	71,4	20 975 499	81,5
1977	24 482 892	46,21	67,4	20 575 499	84,0
1978	24 069 940	45,26	65,6	20 655 180	85,8
1979	24 388 593	45,51	65,4	21 215 729	87,0
1980	23 744 796	44,31	63,6	20 700 257	87,2
1981	23 693 088	44,06	63,0	20 804 037	87,8
1982	23 730 697	43,7	62,0	21 430 606	90,3
1983	23 801 701	43,7	62,0	21 499 531	90,3

(Source: "Les indicateurs nationaux et régionaux de l'alcoolisation en France". I. Got).

Tableau n° 2

LES VENTES PAR DENSITES DE 1963 A 1983



(Source: "Les indicateurs nationaux et régionaux de l'alcoolisation en France". I. Got).

Entre 1960 et 1983, l'augmentation de la consommation des bières de luxe, les plus fortes, a entraîné une augmentation de plus de 53 % de la quantité d'alcool pur absorbé dans la bière. Dans le même temps, on a observé une diminution de la teneur en alcool des vins (6,5 millions d'hectolitres d'alcool pur au début des années soixante, moins de 5,5 millions d'hectolitres au début des années quatre-vingts), en raison de la régression des vins courants au profit des vins de qualité supérieure (cf. tableau n° 3)

Tableau n° 3
CONSOMMATION DE VIN EN METROPOLE

Campagnes	Consommation taxée A.O.C. (en hl)	Consommation taxée autres vins (en hl) 1	Consommation totale en franchise (en hl) 2	Total	Par habitant en litres ¹	Par adulte de + de 20 ans en litres ¹
1956-57	3 764 700	46 052 660	10 472 000	60 290 360	136	199
1957-58	3 168 293	45 141 004	7 523 630	55 832 927	125	183
1958-59	3 014 933	41 842 563	11 526 607	56 384 103	125	184
1959-60	3 526 954	42 891 492	11 867 943	58 286 389	128	189
1960-61	3 757 000	42 226 000	13 188 000	59 171 000	129	192
1961-62	3 975 287	42 755 352	9 856 000	56 586 639	121	181
1962-63	4 564 886	42 691 476	12 575 000	59 831 362	126	190
1963-64	4 918 463	43 360 216	11 633 000	59 911 679	125	189
1964-65	5 080 747	43 156 443	10 251 000	58 488 190	120	183
1965-66	5 242 453	43 064 909	10 360 000	58 667 362	120	182
1966-67	5 356 718	42 457 295	10 286 000	58 103 013	118	178
1967-68	5 309 699	41 615 414	9 595 000	56 520 113	114	172
1968-69	5 360 067	41 936 718	8 928 000	56 224 845	112	169
1969-70	5 376 825	41 340 100	7 582 000	54 298 925	107	161
1970-71	5 488 634	40 488 634	9 304 000	55 281 268	108	161
1971-72	5 932 204	41 795 542	7 621 000	55 348 746	107	159
1972-73	5 588 358	42 320 082	7 149 000	55 057 440	106	157
1973-74	5 347 535	40 541 440	8 310 000	54 198 975	103	154
1974-75	6 654 282	39 504 098	8 259 000	54 417 380	103	152
1975-76	7 478 660	38 971 000	7 120 000	53 569 660	101	149
1976-77	7 578 191	38 196 824	7 704 697	53 479 712	101	147
1977-78	7 928 386	38 520 739	5 473 000	51 922 125	96	140
1978-79	7 387 042	36 822 512	5 058 000	49 267 554	92	133
1979-80	8 008 746	35 313 587	7 651 000	50 973 333	95	135
1980-81	8 698 802	34 514 749	5 901 000	49 114 551	91	133
1981-82	9 103 150	34 011 695	4 672 041	47 786 886	88	126
1982-83	10 013 225	31 539 109	5 849 680	47 402 014	87	124

(1) V.D.Q.S. - Vins de pays - Autres vins non dénommés.

(2) La consommation en franchise des A.O.C. représente un volume très faible (600 000 à 700 000 hl en moyenne par an)

Source : direction générale des impôts.

. Or, l'augmentation de la consommation de bière, quel qu'en soit le titre alcoométrique, a un effet direct sur l'alcoolisme des Français : toutes les enquêtes alimentaires, tous les travaux scientifiques démontrent que l'alcoolisme dépend de la quantité d'alcool pur absorbée et non du degré, de la concentration en alcool, des boissons alcoolisées. "Ce qui compte c'est la quantité d'alcool, ce n'est pas la quantité d'eau qui l'accompagne".

C'est ainsi, qu'au regard du risque d'alcoolisme, trente-trois centilitres d'une bière à 14 degrés équivalent à trois pastis allongés d'eau et que les cirrhoses du foie sont extrêmement nombreuses dans les pays à forte consommation de bière.

Ces études épidémiologiques sur les relations dose-effet de l'alcool montrent à quel point l'augmentation de la consommation de la bière est préoccupante, en particulier chez les jeunes dont, de récents sondages l'ont encore confirmé, elle constitue la boisson de prédilection et qui s'alcoolisent souvent sans le savoir, le degré n'étant pas obligatoirement indiqué sur le conditionnement des bières qu'ils boivent.

. S'il est inutile d'insister ici sur les méfaits de l'alcool - l'actuelle discussion du projet de loi modifiant diverses dispositions du code de la route en vue de renforcer la lutte contre l'alcool au volant en est déjà l'occasion - au moins peut-on les résumer par quelques chiffres et statistiques dramatiques : sur la route l'alcool tue chaque année quatre mille personnes et cause environ trente mille accidents corporels ; il constitue la troisième cause de mortalité ; il entraîne des dépenses extrêmement coûteuses pour notre système de santé, dépenses difficilement chiffrables mais couramment estimées à 15 ou 20 % des coûts sanitaires.

L'"alcoolisme à la bière", tout particulièrement visé dans la réforme proposée, n'est pas en reste dans l'établissement de ces statistiques. Doit-on rappeler qu'il est aussi à l'origine du drame du Heysel survenu il y a un peu plus d'un an ?

b) L'obsolescence juridique

Le code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme répartit dans son article premier les boissons en cinq groupes :

- **le premier groupe** réunit les boissons sans alcool et celles qui, à la suite d'un début de fermentation, ne renferment pas de traces d'alcool supérieures à un degré.

Les quatre autres groupes comportent les **boissons alcoolisées** ainsi classées :

- **le deuxième groupe** est celui des boissons fermentées non distillées (vin, bière, cidre, poiré, hydromel), des vins doux naturels bénéficiant du régime fiscal des vins, des crèmes de cassis et des jus de fruits ou de légumes fermentés comportant de 1 à 3 degrés d'alcool.

- **Le troisième groupe** comporte essentiellement les apéritifs à base de vin, les vins de liqueur ainsi que les liqueurs de fruits rouges ne titrant pas plus de 18 degrés d'alcool pur.

- **le quatrième groupe** rassemble les rhums, tafias, alcools provenant de la distillation de vins, cidres, poirés ou fruits et ne supportant aucune addition d'essence, les liqueurs édulcorées au moyen de sucre, glucose ou miel (à raison de 400 grammes minimum par litre pour les liqueurs anisées et de 200 grammes minimum par litre pour les autres liqueurs) et ne contenant pas plus d'un demi-gramme d'essence par litre.

- **le cinquième groupe** englobe toutes les autres boissons alcooliques, c'est-à-dire les plus fortes, comme les pastis, les whiskies, les gins, la vodka ou le genièvre.

Ce classement détermine le régime de la publicité autorisée pour les boissons alcoolisées, lequel fait l'objet des articles L 17 à L 21 du code des débits de boissons. En résumé ces dispositions :

- interdisent toute publicité, sous quelque forme qu'elle se présente, pour les boissons alcooliques sur les stades, terrains de sports ou autres lieux où se déroulent des manifestations sportives ainsi que dans les locaux occupés par des associations de jeunesse ou d'éducation populaire.

- n'apportent aucune restriction spécifique à la publicité pour les boissons des deuxième et quatrième groupes.

- cantonnent la publicité pour les alcools du troisième groupe à la dénomination et la composition du produit, à l'indication du nom et de l'adresse du fabricant, des agents et dépositaires, et précisent que le conditionnement de ces boissons

ne peut être reproduit qu'à condition de comporter exclusivement de telles mentions.

- interdisent la publicité en faveur des alcools du cinquième groupe.

Déterminés en fonction de l'agressivité des différents alcools, la classification du code des débits de boissons et le régime de publicité qui en découle sont antérieurs à l'institution de la Communauté Économique Européenne ou datent, pour les dispositions les plus récentes, de l'époque de sa mise en place et de ses premiers balbutiements.

Or, à l'issue d'une longue controverse entre la commission de Bruxelles et le Gouvernement français, la **Cour de Justice des Communautés européennes**, dans un arrêt en date du **10 juillet 1980**, a estimé que la réglementation française était discriminatoire, dans la mesure notamment où le régime de la publicité qu'elle avait institué défavorisait les produits importés d'autres états membres par rapport aux produits nationaux et où son application constituait **"une mesure d'effet équivalent à une restriction quantitative"** interdite par l'article 30 du Traité de Rome.

Cet arrêt de la Cour de Justice des Communautés Européennes a eu deux conséquences :

- d'une part, une attitude permissive à l'égard de la publicité en faveur des alcools importés du cinquième groupe, laquelle inonde aujourd'hui les pages de nos magazines.

- d'autre part, un vide juridique que l'article 52 du présent projet de loi permettra de combler.

II. Le texte proposé

L'article 52 du présent projet de loi résulte d'un amendement déposé par M. Jacques BARROT au nom de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale et complété par six sous-amendements, dont cinq émanent du Gouvernement.

Il propose une nouvelle rédaction des articles L.17 et L.18 - et partiellement de l'article L.21 - du Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme afin de définir le régime de publicité des boissons alcooliques non plus en fonction du degré d'alcool mais des supports publicitaires utilisés et tient compte, en cela, tant des analyses scientifiques que de la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés Européennes, lesquelles, on l'a vu plus haut, estiment inadéquate, au regard de la publicité, la classification des alcools en cinq groupes.

Il prévoit de soumettre au même régime de publicité l'ensemble des boissons contenant plus de 1 degré d'alcool en distinguant deux cas : celui des publicités interdites (paragraphe I modifiant l'article L.17) et celui des publicités autorisées sous réserve d'une stricte réglementation (paragraphe II modifiant l'article L.18). Il envisage, dans un paragraphe III modifiant le premier alinéa de l'article L.21, de durcir les peines encourues en cas d'infraction aux règles d'interdiction de la publicité.

A. L'article 52-I modifiant l'article L.17 du code des débits de boissons :

1) interdit la diffusion de messages publicitaires en faveur de boissons contenant plus de 1 degré d'alcool par les organismes et services de télévision publics ou privés dont les émissions sont diffusées par voie hertzienne terrestre ou par satellite ou distribuées par câbles.

Cette interdiction se justifie dans la mesure où la publicité télévisée est la plus dangereuse parce que la plus envahissante : la très grande majorité des foyers est équipée d'un, voire de plusieurs téléviseurs ; très réceptifs à la publicité, les jeunes sont de surcroît des téléspectateurs assidus ; la publicité animée, enfin, est assurément la plus suggestive et la plus incitative.

Justifiée, cette interdiction intervient à temps. L'ouverture de la publicité télévisée au secteur des boissons alcoolisées de moins de 9 degrés est suffisamment récente pour que sa suppression ne cause pas de préjudice insupportable aux gestionnaires des chaînes commerciales. Les recettes de la publicité pour la bière auraient représenté pour 1987, en année pleine, 120 à 130 millions de francs pour T.F.1 (soit 5 à 6 % de l'ensemble de ses ressources publicitaires), et quelques dizaines

de millions de francs pour la Cinq et M6. Sans méconnaître l'importance de ces budgets, on peut sans peine affirmer qu'ils étaient appelés à être très vite portés à un niveau beaucoup plus élevé et qu'il serait, dès lors, devenu très difficile d'en supprimer l'apport pour le financement des chaînes privées. Il suffit pour cela d'observer l'évolution du marché publicitaire des boissons alcoolisées, telle qu'elle ressort des investigations de la Société d'étude de la consommation, de la distribution et de la publicité (SECODIP).

D'après la SECODIP, les investissements publicitaires pour les boissons alcoolisées ont atteint en 1986 **965,7 millions de francs**. Ils ont bénéficié à la presse pour 411,5 millions de francs, à l'affichage pour 239,4 millions de francs, à la radio pour 136,4 millions de francs, au cinéma pour 106,9 millions de francs et à la télévision pour 71,5 millions de francs (cf. tableau n° 4).

Tableau n° 4
LA PUBLICITE POUR LES ALCOOLS

(En millions de francs.)

	Toutes boissons alcoolisées	Bières	Aperitifs	Alcools et eaux de vie	Vins	Champagnes et mousseux	Liqueur et fruits à alcool
Total	965,7	317,2	172,5	168,7	148	89	64,1
Presse	411,5	71	67,3	114,9	83,3	42	30,7
dont magazines (3)	368,2	67,1	52,5	108,6	72,5	37,5	29,2
Affichage	239,4	52,2	64	33,9	39,9	22,5	24,5
Radio (4)	136,4	59,6	29,3	2,4	23,8	14,7	5
Cinéma	106,9	67,8	9,7	16,8	-	9,1	3,5
Télévision (5)	71,5	66,6	2,2	0,7	1	0,7	0,4

Source : SECODIP.

(1) Y compris les whiskies, gin, etc.

(2) Cognac, Armagnac, Mirabelle, etc.

(3) Y compris les suppléments magazines des quotidiens nationaux.

(4) Radio Monte-Carlo, Radio Télé-Luxembourg, Europe 1, Sud-Radio.

(5) R.T.L. et Télé Monte-Carlo, télévisions périphériques, passent de la publicité pour les aperitifs, les alcools, etc. Interdit sur les écrans en France.

La publicité pour la bière représente à elle seule près du tiers des dépenses publicitaires des boissons alcooliques : elle a

été évaluée en 1986 à **317,2 millions de francs** dont 71 ont été affectés à la presse, 52,2 à l'affichage, 59,6 à la radio, 67,8 au cinéma et 66,6 à la télévision.

Le marché publicitaire des boissons alcoolisées est un marché en pleine évolution dont le trait le plus marquant est celui-ci : **l'accroissement des dépenses publicitaires des marques de bière (22 % en 1986 par rapport à 1985) a été essentiellement consacré à la télévision qui a, en outre, profité d'un transfert de dépenses au détriment de la presse écrite (- 28 %) et de la radio (- 10 %).**

2) **interdit la publicité, pour les boissons contenant plus de 1 degré d'alcool dans les publications destinées à la jeunesse, définies par l'article premier de la loi n° 49-956 du 16 juillet 1949, comme les "publications périodiques ou non qui, par leur caractère, leur présentation ou leur objet, apparaissent comme principalement destinées aux enfants et adolescents".** Sans constituer une réelle innovation puisqu'elle découle de l'esprit de la loi de 1949, sinon de sa lettre, cette interdiction fait pour la première fois l'objet d'une formulation expresse.

3) **interdit, sous quelque forme qu'elle se présente, la publicité en faveur des boissons alcooliques sur les stades, terrains de sport publics ou privés, dans les lieux où sont installées des piscines et dans les salles où se déroulent habituellement des manifestations sportives ainsi que dans tous les locaux occupés par des associations de jeunesse ou d'éducation populaire.** Cette disposition qui figure au quatrième alinéa de la nouvelle rédaction proposée pour l'article L.17 du Code des débits de boissons n'est pas nouvelle puisqu'elle fait l'objet du second alinéa de l'actuel article L.17 et a été introduite par une ordonnance du 29 novembre 1960.

4) **reprend l'interdiction de la publicité en faveur des boissons dont la fabrication et la vente sont prohibées sous quelque forme qu'elle se présente, interdiction, elle aussi, ancienne puisqu'elle figure dans le premier alinéa de l'actuel article L. 17 du Code des débits de boissons, où elle avait été inscrite par une ordonnance du 7 janvier 1959.**

B. L'article 52-II modifiant l'article L.18 du Code des débits de boissons

. Au-delà des quatre catégories d'interdictions qu'il est envisagé de faire figurer à l'article L. 17, la nouvelle rédaction proposée pour l'article L.18 prévoit de n'autoriser la publicité pour les alcools de plus de 1 sur les autres supports (cinéma, radio, affichage, presse écrite, en dehors des publications destinées à la jeunesse) que dans les conditions et les limites suivantes :

1) Les messages publicitaires de cette nature :

- devront comporter un conseil de modération concernant la consommation des produits alcooliques qu'ils vantent ;

- ne pourront présenter les boissons comme dotées ou dénuées d'effets physiologiques ou psychologiques ;

- ne devront comporter aucune incitation dirigée vers les mineurs, ni évoquer d'aucune façon la sexualité, le sport, le travail, les machines et véhicules à moteur.

Le texte initial de l'amendement de M. Jacques BARROT prévoyait d'étendre à tous les messages publicitaires en faveur des boissons comportant plus de 1 degré d'alcool, lorsqu'ils sont autorisés, la réglementation actuellement applicable aux boissons du troisième groupe (article L.18, deuxième alinéa) et, ce faisant, de les limiter à l'indication de la dénomination et de la composition du produit, du nom et de l'adresse du fabricant, des agents et des dépositaires. Il est apparu qu'appliquée à l'ensemble des boissons alcoolisées et à l'ensemble des supports, cette disposition risquait de s'avérer par trop contraignante et de gêner singulièrement la créativité publicitaire. Il a été jugé préférable d'instituer une sorte de code de bonne conduite que devront respecter les publicitaires dans leurs messages, notamment en invitant à une consommation modérée des boissons alcoolisées, en s'interdisant toute incitation dirigée vers les mineurs et en évitant d'utiliser la sexualité, le sport, le travail, les machines et véhicules à moteur comme arguments publicitaires.

2) le **conditionnement** des boissons contenant plus de 1 degré d'alcool ne pourra être reproduit que s'il répond aux trois exigences mentionnées au premier alinéa.

3) Sera soumise au même régime que les publicités elles-mêmes l'utilisation dans d'autres publicités de leurs **éléments caractéristiques**, notamment leur marque, leur dénomination, les graphismes ou les couleurs déposés. Il sera en outre interdit d'utiliser ces éléments caractéristiques dans des activités de parrainage.

Ces dispositions visent la publicité "indirecte" ou "par ricochet" en faveur des boissons alcoolisées pour la soumettre aux mêmes règles que la publicité "directe" de même nature (interdiction dans les cas prévus à l'article L.17, autorisation dans les autres cas sous réserve du respect des exigences mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L.18) et la proscrire du parrainage.

Un dernier alinéa dans la nouvelle rédaction proposée pour l'article L.18 prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat fixera, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions prescrites au présent paragraphe II.

C. L'article 52.III modifiant l'article L.21, premier alinéa, du code des débits de boissons

L'article 52 propose enfin de réécrire le premier alinéa de l'article L.21 du Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, afin de renforcer très sensiblement les peines encourues par ceux qui auront effectué, fait effectuer ou maintenu une publicité interdite. Quiconque aura ainsi agi sera passible de deux mois à deux ans de prison et d'une amende de 50.000 à 500.000 francs, ou de l'une de ces deux peines seulement. Le maximum de l'amende pourra atteindre 50 % du montant des dépenses consacrées à la publicité illégale.

Ces peines étaient celles prévues par le projet de loi de 1980 relatif à la publicité des boissons alcooliques dont l'élection présidentielle de 1981 a prématurément interrompu la discussion. Elles constituent un très net durcissement du dispositif répressif car :

- les mêmes infractions étaient jusqu'alors exclusivement punies d'amende,

- la plus haute peine actuellement encourue n'atteint pas la peine la plus faible envisagée par l'article 52-III (dans sa

rédaction actuelle, le premier alinéa de l'article L.21 ne prévoit qu'une amende de 3.000 à 40.000 francs).

III. La position de votre commission des Affaires culturelles

Votre commission a adopté deux amendements à l'article 52 du présent projet de loi :

- le premier réécrit le troisième alinéa de la rédaction proposée au paragraphe II pour l'article L.18 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme. La rédaction proposée pour cet alinéa, lequel vise les cas des publicités "indirectes" ou "par ricochet" qui seraient faites pour les boissons alcoolisées à l'intérieur d'autres publicités, opère une distinction entre :

- les publicités elles-mêmes,
- les activités de parrainage.

Elle soumet les premières au même régime que la publicité "directe" (interdiction dans les cas prévus à l'article L.17, autorisation dans les autres cas sous réserve du respect des exigences mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L.18). Elle interdit pour les secondes toute publicité "indirecte", ce qui revient, par exemple, à proscrire l'utilisation de l'emblème d'une boisson alcoolisée dans un parrainage.

Votre commission a estimé que ce régime à double vitesse ne se justifiait pas et qu'il convenait d'appliquer à l'ensemble des publicités indirectes, quelle que soit leur forme, les règles applicables à la publicité directe.

- Le second complète la rédaction proposée par le paragraphe III de l'article 52 pour le premier alinéa de l'article L.21 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme.

Cet alinéa définit les personnes qui peuvent être poursuivies lorsqu'est effectuée ou maintenue une publicité interdite, en visant simultanément et solidairement annonceurs, publicitaires et diffuseurs. La rédaction proposée omet, dans le cas où il s'agit du maintien d'une publicité interdite, de

mentionner la personne qui aura fait maintenir cette publicité. Votre commission propose de combler cette lacune.

Votre commission a adopté l'article 52 ainsi amendé.

Article 52

Report de l'introduction des émissions publicitaires à caractère politique sur les chaînes de télévision et de radio publiques et privées

Cet article propose de différer l'introduction de la publicité politique télévisée ou radiodiffusée avant même qu'elle ait vu le jour.

Celle-ci a trouvé son origine, faut-il le rappeler, dans un amendement adopté par l'Assemblée Nationale, et modifié par la suite, au projet de loi devenu loi du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication et fait l'objet du deuxième alinéa de l'article 14 de cette loi, lequel comporte pour toute mention que "les émissions publicitaires à caractère politique ne peuvent être diffusées qu'en dehors des campagnes électorales".

La publicité politique, comme toute autre publicité diffusée ou radiodiffusée, étant soumise au pouvoir de contrôle de la Commission Nationale de la Communication et des Libertés, celle-ci a souhaité examiner les problèmes soulevés par son introduction en créant en son sein un groupe de travail spécifique (présidé par Mme Jacqueline BAUDRIER) et procéder à une large consultation avant d'émettre toute recommandation.

Après avoir pendant plusieurs semaines entendu responsables des formations politiques, publicitaires, diffuseurs et politologues, elle a très récemment publié une note de réflexion dans laquelle elle laisse percevoir sa perplexité face à ce qu'elle estime être "une innovation majeure pour la vie politique française dont il est difficile d'évaluer les conséquences".

La C.N.C.L. rappelle que le Conseil Constitutionnel, dans sa décision du 18 septembre 1986, n'a pas contesté le principe de la diffusion de messages publicitaires à caractère politique et

qu'il a simplement invité la commission lorsqu'elle en organiserait le régime à "fixer des règles garantissant l'expression démocratique des divers courants d'idées et d'opinion, le respect de cet impératif faisant obstacle à ce que les émissions publicitaires à caractère politique puissent privilégier quiconque en raison, notamment, des moyens financiers dont il dispose".

Ces seules indications données, la C.N.C.L. a réfléchi aux formes que pourrait prendre la publicité politique et sa réflexion, nourrie des consultations auxquelles elle a procédé, l'a conduite à beaucoup plus de questions que de réponses. Ainsi, qui pourra avoir accès à une émission publicitaire à caractère politique et que recouvre précisément l'expression "divers courants d'idées et d'opinions" du Conseil Constitutionnel? Un diffuseur pourrait-il refuser toute publicité politique? L'intention du législateur a-t-elle été d'admettre que des émissions puissent être "politiquement" parrainées? Les émissions publicitaires à caractère politique devraient-elles bénéficier d'une diffusion gratuite ou les tarifs commerciaux s'appliqueraient-ils normalement à ces émissions? Devrait-on interdire la publicité négative ou comparative? Faudrait-il fixer un temps d'antenne annuel pour les messages publicitaires politiques?...

Dans la conclusion de sa note, la C.N.C.L. s'est déclarée favorable à l'instauration d'une "période probatoire assez longue", en estimant, par ailleurs, qu'il n'était pas souhaitable que celle-ci commence avant l'élection présidentielle de 1988. Deux raisons ont motivé son attitude :

- le fait que la publicité politique, parce qu'elle s'adresse au citoyen et non au consommateur, a une portée spécifique ;

- "la nécessité de mettre au point des mécanismes de toute nature assurant l'égalité des annonceurs au regard notamment des moyens financiers dont ils disposent".

C'est la seconde de ces motivations qui est elle-même à l'origine de l'article 53 tel qu'il résulte d'un amendement de M. Jacques BARROT, Président de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, complété par un sous-amendement de M. François BAYROU.

Cet article propose de modifier les deux derniers alinéas de l'article 14 de la loi du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication afin :

- de **reporter** la possibilité, pour les sociétés nationales de programme et les titulaires d'autorisations pour l'exploitation de services de communication audiovisuelle, de diffuser des émissions publicitaires à caractère politique, **après l'entrée en vigueur d'un dispositif visant à garantir la transparence et la moralisation de la vie politique en France.**

- de prévoir que toute infraction à ces dispositions est passible des **peines prévues à l'article L 90-1 du code électoral.** Cet article punit d'une amende de 10.000 à 500.000 francs l'utilisation, à des fins de propagande électorale, de tout procédé de publicité commerciale pendant la durée d'une campagne électorale.

*

* *

La position de votre commission des Affaires culturelles

Votre commission des Affaires culturelles a adopté un amendement visant à réécrire l'article 53 du présent projet de loi.

Le but poursuivi par cet article est d'interdire la publicité politique sur l'ensemble des supports audiovisuels tant que la transparence et la moralisation de la vie politique en France ne seront pas garanties. La rédaction proposée, en ne mentionnant que les sociétés nationales de programme et les services de communication audiovisuelle autorisés, omet le cas de Canal Plus dont le régime juridique est celui de la concession. Votre commission a estimé préférable, afin de **couvrir sans exception tous les médias audiovisuels**, de revenir, en le complétant, au texte de l'actuel deuxième alinéa de l'article 14 de la loi du 30 septembre 1986 et a souhaité, le terme de dispositif utilisé par l'article 53 n'étant pas satisfaisant, le remplacer par celui de loi.

Cet amendement rend inutile le troisième alinéa de l'article 53, l'application de l'article L.90-1 du code pénal en cas d'infraction étant prévue au troisième alinéa de l'article 14 de la loi du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication.

Article 54

Dispositions relatives à l'installation d'établissements ayant pour activité principale la vente ou la mise à disposition du public de publications dont la vente aux mineurs est prohibée

Cet article envisage d'interdire l'installation à moins de cent mètres des établissements d'enseignement maternel, primaire ou secondaire, d'établissements dont l'activité principale consiste à vendre ou à mettre à la disposition du public des publications dont la vente aux mineurs est prohibée.

Le critère de l'activité principale est déterminant et exclut que l'interdiction s'applique aux kiosques, librairies et autres lieux de vente ou de mise à disposition du public où des publications interdites aux mineurs sont offertes, sans que cette offre réponde pour autant au critère mentionné. Seules sont visées des catégories d'établissements très spécifiques comme les librairies spécialisées ou les sex-shops.

L'article 54 propose qu'en cas d'infraction :

1) les peines figurant à l'article 283 du code pénal soient appliquées. Cet article punit d'un emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 1 à 50 francs quiconque aura :

"Fabriqué ou détenu en vue d'en faire commerce, distribution, location, affichage ou exposition ;

Importé ou fait importer, exporté ou fait exporter, transporté ou fait transporter sciemment aux mêmes fins ;

Affiché, exposé ou projeté aux regards du public ;

Vendu, loué, mis en vente ou en location, même non publiquement ;

Offert, même à titre gratuit, même non publiquement, sous quelque forme que ce soit, directement ou par un moyen détourné ;

Distribué ou remis, en vue de leur distribution par un moyen quelconque.

Tous imprimés, tous écrits, dessins, affiches, gravures, peintures, photographies, films ou clichés, matrices ou reproductions phonographiques, emblèmes, tous objets ou images contraires aux bonnes moeurs".

Il prévoit en outre que les personnes condamnées pourront faire l'objet, pour une durée ne dépassant pas six mois, d'une interdiction d'exercer, directement ou indirectement, en droit ou en fait, des fonctions de direction d'une entreprise d'impression, d'édition ou de groupage, et de distribution de journaux et de publications périodiques ;

2) les associations de parents d'élèves puissent exercer les droits reconnus à la partie civile.

Votre commission des Affaires culturelles a suivi son président pour estimer que les dispositions du présent article revêtent un caractère quelque peu **dérisoire** dans la mesure où elles ne font pas obstacle à l'installation à proximité des établissements d'enseignement de kiosques à journaux qui bien que non spécialisés dans la vente ou la mise à disposition du public de publications dont la vente aux mineurs est interdite. n'en offrent pas moins au regard des publicités racoleuses pour de telles publications, ou pour les **mitels** ou téléphones couramment qualifiés de "roses". Considérant, néanmoins, que l'article 54 constitue, malgré ses insuffisances, une mesure supplémentaire de protection de la jeunesse, elle l'a **adopté** sans modification.

Amendements présentés par la commission.

Article 52.

Amendement : Dans la rédaction proposée au II pour la rédaction de l'article L. 18 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, remplacer le troisième alinéa par l'alinéa suivant :

« Quant les éléments caractéristiques des publicités pour les boissons alcooliques, notamment la marque, la dénomination, les graphismes et les couleurs déposés sont utilisés dans des activités de parrainage ou dans une publicité, ces dernières sont soumises aux dispositions régissant la publicité pour les boissons. »

Amendement : Dans la rédaction proposée au III de l'article 52 pour le premier alinéa de l'article L. 21 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, remplacer les mots :

« ou maintenu »

par les mots :

« ,maintenu ou fait maintenir »

Article 53.

Amendement : Rédiger cet article comme suit :

Le deuxième alinéa de l'article 14 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication est ainsi rédigé :

« Les émissions publicitaires à caractère politique ne peuvent être diffusées qu'en dehors des campagnes électorales ; elles sont toutefois interdites jusqu'à l'entrée en vigueur d'une loi visant à garantir la transparence et la moralisation du financement de la vie politique française ».