

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

6^e Législature

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1978-1979

COMPTE RENDU INTEGRAL — 35^e SEANCE

1^{re} Séance du Mardi 22 Mai 1979.

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JACQUES-ANTOINE GAU

1. — **Rappels au règlement** (p. 4069).
Mme Constans, MM. le président, Vial-Massat.
2. — **Etudes médicales.** — Discussion d'un projet de loi (p. 4070).
M. Sourdilhe, rapporteur de la commission des affaires culturelles.
Mme Veil, ministre de la santé et de la famille.
Discussion générale :
MM. Beaumont,
Autain,
Pons,
Gilbert Millet,
Gilbert Barbier,
Gérard Bapt.
Renvoi de la suite de la discussion.
3. — **Ordre du jour** (p. 4084).

PRÉSIDENCE DE M. JACQUES-ANTOINE GAU,
vice-président.

La séance est ouverte à seize heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

RAPPELS AU RÈGLEMENT

M. le président. La parole est à Mme Constans, pour un rappel au règlement.

Mme Hélène Constans. Vendredi dernier, lors de la séance consacrée aux questions orales, notre collègue César Depietri devait intervenir sur un problème important : la protection du Rhin contre les saumures.

Au début de son intervention, il a voulu, en quelques phrases — et c. l. le savait — protester contre les graves événements qui s'étaient produits dans la nuit de jeudi à vendredi à Longwy et dénoncer les violences provocatrices des C. R. S. contre les sidérurgistes et leurs familles qui manifestaient en faveur de la radio libre « Lorraine Cœur d'acier » et contre la mise en application du plan de démantèlement de la sidérurgie.

Or, non seulement le président de séance a voulu empêcher M. Depietri de parler, mais il a levé la séance ; il était à ce moment-là douze heures vingt.

Au nom du groupe communiste, j'élève deux protestations. J'estime d'abord qu'il n'est pas admissible qu'un parlementaire soit empêché de s'exprimer sur des incidents aussi graves que ceux qui se sont produits à Longwy. Il faut croire que le Gouvernement et sa majorité n'apprécient pas du tout que nous mettions en cause sa politique de démantèlement de la sidérurgie et les méthodes provocatrices qu'il emploie contre les travailleurs en lutte.

Je regrette ensuite que la séance ait été levée sans que M. Depietri ait pu poser sa question. Déjà, à plusieurs reprises, au cours de la matinée, le président avait fait part de son intention de lever la séance à 12 heures 30, ce qui était son droit. Mais, cette décision se retournait nécessairement contre notre groupe, puisque parmi les trois derniers orateurs, deux appartenaient au groupe communiste.

Notre ami Parfait Jans l'avait d'ailleurs fait remarquer au président de séance, dans un rappel au règlement.

Dans ces conditions, on peut se demander s'il n'y a pas eu volonté délibérée de supprimer une question du groupe communiste, au surplus fort gênante pour le Gouvernement.

Je vous saurais gré, monsieur le président, de transmettre ces deux observations à la conférence des présidents, et surtout de l'informer que notre groupe demande que la question de M. Depietri soit inscrite à la prochaine séance de questions orales, étant entendu qu'elle s'ajouterait aux trois questions réservées à notre groupe. (*Applaudissements sur les bancs des communistes.*)

M. le président. Il est exact que le président de séance, vendredi matin, a estimé qu'il pouvait, qu'il devait lever la séance en application de l'article 52 du règlement de l'Assemblée nationale.

J'ai pris acte de votre rappel au règlement, madame Constans ; il en sera fait état dès ce soir à la conférence des présidents.

Mme Hélène Constans. Je vous remercie, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Vial-Massat, pour un rappel au règlement.

M. Théo Vial-Massat. Le projet de loi inscrit à l'ordre du jour de cette séance est important. Pourtant, M. le Premier ministre est absent. On pourrait simplement en être surpris. Personnellement, j'en suis indigné, car M. Barre est à Strasbourg où il reçoit le prix Europe.

Ancien résistant, je tiens à protester vivement contre le fait que le prix, d'un montant de 400 000 francs, qu'a accepté le Premier ministre est offert par Alfred Toepfer, pronazi notoire qui a bâti sa fortune avec l'appui du régime hitlérien.

C'est intolérable et je demande à la conférence des présidents d'en discuter. (*Vifs applaudissements sur les bancs des communistes.*)

M. Guy Ducloné. Et le terme de « pronazi » est faible !

M. Pierre Mauger. C'est vraiment « scandaleux » !

— 2 —

ETUDES MÉDICALES

Discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi relatif aux études médicales (n^{os} 1033, 1070).

La parole est à M. Sourdille, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Jacques Sourdille, rapporteur. Monsieur le président, madame le ministre de la santé et de la famille, mes chers collègues, le projet de loi relatif aux études médicales a déjà suscité de nombreuses prises de position dans les milieux professionnels et parmi les étudiants. Vous en trouverez les échos dans un rapport écrit, un peu trop touffu peut-être, que nous avons dû rédiger en trois jours, puisque le dépôt du projet ainsi que la désignation du ministre chargé de le défendre, puis du rapporteur, furent entourés d'hésitations.

Mais c'est à l'exposé du problème politique — je veux dire des problèmes que pose une politique de la santé — que cette loi soulève que votre rapporteur va maintenant s'atteler.

La loi qui vous est proposée n'est pas une vaste loi-cadre, qui fixerait des orientations et des objectifs pour la distribution des meilleurs soins possibles dans une société assez respectueuse des individus pour appartenir à l'une des quinze ou vingt nations au monde où le problème des coûts ne limite qu'assez peu la distribution à tous des techniques diagnostiques et thérapeutiques les plus dispendieuses.

On ne peut parler de « cadre » qu'en raison des multiples décrets d'application que cette loi exigera dans les mois à venir.

En apparence, c'est une loi purement « numérique » et purement centralisatrice qui vous est soumise, loi qui vous échappera aussitôt, du reste, dans son application.

Loi numérique, puisqu'elle impose, à chaque grande étape de la formation des médecins et des odontologistes, un *numerus clausus* à la fois plus étroit qu'auparavant à l'entrée dans la carrière et plus autoritaire lors de la diversification finale entre médecine générale et spécialités médico-chirurgicales.

Loi centralisatrice, puisque la fixation de ces chiffres est remise dans des mains fermes : celles des deux ministres respectivement responsables de la santé et des universités.

On ne manquera de dire, sur ces bancs, que l'on porte un coup à la fois à l'autonomie des universités et à la liberté de gestion des conseils d'administration des hôpitaux publics.

En fait, le Gouvernement a tenu à préciser devant la commission des affaires sociales l'esprit qui animerait les principaux décrets d'application. Au-delà des apparences, au terme d'un lent mûrissement on s'est acheminé vers un assez large consentement des professionnels et des responsables universitaires et administratifs.

Sans remonter au déluge, on sait que la médecine a, depuis deux siècles, été l'objet d'un grand mouvement de pensée, dans ses conquêtes scientifiques comme dans sa distribution à chaque malade, quelle que soit sa condition.

En France, après les premiers jalons rigoureux qui marquèrent le XVIII^e siècle, la science médicale prit l'essor que l'on sait pendant le XIX^e siècle. Nous venons de célébrer le centenaire de la mort de Claude Bernard, le plus illustre dans ce florilège, bien qu'il ait échoué à tous ses concours après l'Internat de Paris.

M. Pierre Mauger. Très bien !

M. Jacques Sourdille, rapporteur. On a beaucoup parlé, dans cet hémicycle, du long combat de l'enseignement primaire pour tous, mené dans les campagnes par les instituteurs, combat que la V^e République a conduit ensuite avec la même vigueur pour que tous les enfants puissent pénétrer dans l'enseignement secondaire.

On a moins souvent parlé de ce que fut, pendant la même période, la prodigieuse ascension scientifique de tout un corps de praticiens apportant, dans les hospices et dans les villages, en plus de la bonne parole, l'efficacité des soins et la rigueur de l'asepsie ou de la prévention.

Après la guerre 1914-1918, la diffusion des soins se fit moins inégale grâce à l'arrivée de jeunes médecins mieux formés, et grâce à l'apparition des assurances sociales puis de la sécurité sociale en 1945.

Mais, sur un point toutefois, la progression scientifique française apparaissait moins rayonnante ; et au petit noyau des nations européennes avancées du siècle précédent s'ajoutaient, à l'étranger, des découvertes, des publications, des prix Nobel.

C'est ainsi qu'après la coupure des relations scientifiques internationales de 1940 à 1945 — Hamburger et Jean Bernard le rappelaient récemment — ce fut un choc de découvrir combien, grâce à l'effort de recherche, les sciences médicales avaient avancé sans nous, particulièrement aux États-Unis.

Ce fut l'un des grands mérites — parmi beaucoup d'autres — du professeur Robert Debré de percevoir qu'il fallait briser un certain nombre de cadres étroits, pour rétablir la communication hospitalo-universitaire et pour fonder la formation des médecins sur des bases scientifiques plus exigeantes.

Depuis trente-cinq ans donc, l'excellence de la formation est un souci constant. Les auditions multiples, auxquelles votre commission ou son rapporteur se sont livrés, montrent qu'il s'agit d'un souci partagé par tous : les universitaires, mais aussi les représentants des syndicats hospitaliers ou de praticiens.

C'est que tout ne va pas bien. Il y a une nécessité de réformes quantitatives et qualitatives dans le domaine de la formation des médecins.

Réformes quantitatives, car nous constatons une démographie médicale à la fois galopante, non maîtrisée et inadéquate aux besoins.

Quelques chiffres méritent attention.

J'ai dit : « démographie galopante » : 45 000 médecins actifs en 1955, 86 000 en 1977, soit 164 pour 100 000 habitants. Mais il y a aujourd'hui, en formation, la graine de 150 000 médecins, soit, en 1995, 240 médecins pour 100 000 habitants et la perspective, si la tendance actuelle se poursuit, de 200 000 médecins au moins en 1995, soit 300 médecins pour 100 000 habitants, alors que l'Organisation mondiale de la santé fixe à 200 l'effectif considéré comme souhaitable dans les pays industrialisés.

J'ai dit « démographie mal maîtrisée », car le mécanisme de la loi de 1971 fut contourné. Cette loi avait confié aux deux ministres de la santé et des universités la désignation des postes hospitaliers formateurs : leur nombre fut arrêté à 26 000 pour les trois années d'études de fin du deuxième cycle. Mais, de leur côté, les universités reçurent la mission de fixer le nombre d'étudiants admis en fin de première année pour remplir ces fonctions hospitalières trois, quatre et cinq ans plus tard. Au lieu des 8 500 admissions jugées nécessaires tous les ans, c'est un effectif de 11 000 qui fut fixé, de sorte qu'en sept ans, 40 000 diplômés furent formés, et je rappelle que, actuellement, le nombre des départs en retraite est de l'ordre de 1 000 par an.

Les intentions gouvernementales sont d'en revenir, d'une façon drastique, à un chiffre de 6 000 admis par an, correspondant à l'entretien de « croisière » d'une population de 150 000 médecins.

J'ai dit « démographie inadéquate aux besoins ». Double inadéquation en vérité, car il existe, d'une part, de profondes inégalités géographiques — 240 médecins pour 100 000 habitants dans le département de l'Hérault et 94 seulement dans celui de la Sarthe — et, d'autre part, une inégalité dans la répartition entre spécialistes et généralistes, puisque, depuis 1968, le nombre des premiers a augmenté de 70 p. 100 et celui des seconds de 35 p. 100 seulement.

Même s'il est légitime de prévoir, dans le corps médical, plus d'un tiers de spécialistes — aux Etats-Unis, je le rappelle, on en compte 50 p. 100 — il faut noter que le taux actuel et la ventilation entre spécialités ne sont pas satisfaisants.

J'entends bien qu'on discute ces propos sur les bancs de l'opposition en invoquant le vaste dessein d'une « autre médecine », notamment sociale et de prévention. Je relève seulement qu'outre les 86 000 médecins d'aujourd'hui dont la moitié ont moins de 40 ans, nous assistons à un « coup parti » de 140 000 déjà en 1985. Qui oserait dire que ce sera trop peu ?

Mais une réforme qualitative s'impose également à deux niveaux : en fin de première année, et lors de la formation finale des généralistes et des spécialistes.

La première année de médecine voit actuellement s'inscrire près de 40 000 jeunes venant d'obtenir le baccalauréat. Un quart d'entre eux à peine réussiront à la sortie, et, pour beaucoup, après redoublement.

Déjà on assiste là à une double injustice :

Inégalités de chances géographiques entre bacheliers sortant des lycées, au profit notamment des facultés de médecine anciennes par rapport aux facultés plus récemment créées.

Inégalités de chances selon les séries d'origine au baccalauréat, au bénéfice de la série C. Loin de nous, on l'a vu, l'envie de revenir sur la « scientification » nécessaire des études médicales. Mais tout autre est la remarque qui nous a été faite de toutes parts : non seulement on accumule en première année les sciences exactes sous un abord peu « médicalisé », mais encore la correction de si nombreuses épreuves conduit à recourir à des réponses très mathématisées qui cassent les jambes d'emblée à des sujets brillants sortant d'autres séries que la série C. (Applaudissements sur quelques bancs du rassemblement pour la République.) En fait foi le tableau des échecs de « mentions » très bien et bien des autres séries du baccalauréat, tableau qui figure dans mon rapport écrit.

Le Gouvernement, par son projet, nous propose simplement de retirer aux unités d'enseignement et de recherche — U.E.R. — la modulation des admis en fin de première année. Notre commission des affaires culturelles vous proposera par amendements des mesures complémentaires portant d'abord sur une ventilation géographique plus juste, ensuite sur une égalisation des chances initiales des étudiants selon leur série de baccalauréat. Peut-être nous répondra-t-on que la médecine n'a pas besoin de philosophes ; et pourtant, on sait que la vie médicale affrontera ces étudiants à des décisions difficiles telles que l'interruption de grossesse ou l'acharnement thérapeutique.

En ce qui concerne les exclus des concours de fin de première année, nous n'avons pas cru devoir rédiger un amendement améliorant leur situation. En effet, en 1971, votre rapporteur avait fait voter le principe de la création d'un diplôme universitaire d'études biologiques — le D.U.E.B. La réalisation de cette mesure s'est heurtée à des résistances multiples et a échoué.

Peut-être les I.U.T. pourraient-ils se charger de ces exclus, au moment où une telle formation bio-scientifique dispensée en première année de médecine pourrait se révéler utile dans les industries agro-alimentaires ou dans les activités de l'environnement et de la défense du consommateur.

Par ailleurs, nous avons voulu ralentir la décroissance globale vers 8 000 du nombre de postes — 11 000 — actuellement offerts : nous vous proposons de plafonner à 10 p. 100 la variation des effectifs pendant chacune des deux prochaines années, afin que les étudiants actuellement en piste ne soient pas désespérés.

La formation finale des généralistes et des spécialistes se voit plus fondamentalement transformée.

Après une concertation très large — je rappelle l'activité des commissions Rapin et Fougère — la création d'un troisième cycle est l'élément le plus positif du projet de loi.

Chacun s'accorde en effet à reconnaître que le remplacement, en 1971, du difficile-concours de l'externat par « l'externat pour tous » n'a pas porté tous les fruits attendus, pour les jeunes généralistes : le contact avec le malade et la clientèle pratique est beaucoup trop tardif.

La réponse du projet de loi, c'est la création du résidanat où, à côté d'une formation théorique assez mal définie, les futurs généralistes recevraient d'authentiques responsabilités hospitalières.

La commission a suivi son rapporteur pour proposer plusieurs mesures complémentaires à l'institution de ce résidanat.

D'abord, elle a prévu un résidanat d'une durée de deux ans fermes, remplaçant l'actuel stage interné d'un an : deux ans, pour permettre une expérience hospitalière réelle, mais pas davantage, pour interdire la reconstitution d'un pseudo-internat de circonscription, sans formation préalable, sans débouchés authentiques.

Ensuite, elle propose que le résidanat s'effectue dans des services formateurs comportant un encadrement réel, cela afin que l'enseignement « socratique » qu'on nous promet soit authentique.

Le vrai risque, en effet, c'est le « résidanat dans le désert français ». Pour l'éviter, nous vous proposerons une mesure brutale, liant la présence de résidents à la présence d'internes dans l'hôpital conventionné.

Enfin, concernant la position et la rémunération des résidents, en l'absence de précisions sur le statut du résident, nous avons préféré faire de celui-ci un salarié à plein temps, que de se référer à un S. M. I. C. que ses responsabilités, du reste, ne supposent plus.

C'est à l'intérieur du résidanat que nous avons placé les stages extra-hospitaliers, notamment chez le praticien. Ceux-ci nous ont paru mériter d'être solennellement inscrits dans la loi.

Nous reviendrons plus loin sur le difficile problème du classement préalable entre internes et résidents.

Le second volet fécond du projet de loi est certainement la réforme de la formation des spécialistes.

Actuellement, deux filières existent concurremment : d'une part, l'internat des centres hospitaliers universitaires et hôpitaux assimilés, dont on sait l'excellente préparation générale et la complète responsabilité hospitalière — 1 031 internes furent nommés en 1977 ; d'autre part, les certificats de spécialité ; à cet égard, le niveau de formation théorique est élevé, mais l'exercice responsable hospitalier très négligé : 4 658 spécialistes obtinrent leur diplôme en 1977, soit plus de quatre fois le nombre d'internes.

Le projet de loi vous propose l'internat qualifiant pour tous, supprimant ainsi non seulement les certificats de spécialité anciens, mais aussi les internats de circonscription sanitaire et ceux des hôpitaux psychiatriques en particulier.

L'internat qualifiant, voie unique de formation des spécialistes, c'est une formule originale tenant compte à la fois de la grande tradition française des internats de faculté et de la nouvelle directive européenne de 1975.

La commission s'y est ralliée en formulant toutefois d'importantes réserves.

D'abord, le nombre de 1 800 internes par an nous semble faible et nous redoutons l'exode des internes vers les seuls centres hospitaliers universitaires, les C. H. U. En outre, nous n'avons aucune lumière sur la ventilation entre spécialités.

C'est pourquoi, avant de laisser aux deux ministres intéressés le soin de fixer le nombre d'internes nécessaires et pour éviter un malthusianisme excessif et la désertion des grands hôpitaux départementaux, nous demandons qu'un avis soit demandé à une commission régionale rassemblant les intérêts divergents : ceux des C. H. U. et ceux des hôpitaux généraux. Même si cette commission contradictoire est de maniement difficile, ses avantages sont évidents pour représenter les intérêts des populations dans un monde médical et universitaire souvent passionnément attaché à son point de vue propre.

Trois sujets particuliers imposent réflexion.

La biologie d'abord.

En biologie, l'internat qualifiant doit, bien entendu, respecter la diversité des origines : médecins, pharmaciens, vétérinaires. On regrettera que, sur ce point, la concertation et la réflexion ministérielles n'aient pratiquement pas été entamées. Un amendement déposé par M. Delong ouvre de plein droit cet internat de biologie aux internes en pharmacie.

La psychiatrie ensuite. Les hôpitaux psychiatriques comportent un très important corps d'internes, nommés par concours spéciaux après le début du certificat de spécialité : nous attendons, madame le ministre, des assurances sur le nombre de postes prévus et sur le fonctionnement de ces hôpitaux désormais si ce nombre est considérablement réduit.

Enfin, la commission a longuement discuté d'un concours de fin de second cycle permettant à la fois, d'une part, de sélectionner les meilleurs pour limiter les candidats à l'internat, comme le suggèrent les présidents d'unités d'enseignement et de recherche médicales, et, d'autre part, de classer les résidents pour leur choix d'hôpital ou de service.

Partisan de l'ouverture à tous les étudiants du concours d'internat, le rapporteur aurait pu se rallier à la création d'un examen probatoire de fin de second cycle permettant de s'assurer que tous les étudiants avaient bien intégré les connaissances acquises par modules dans les six années précédentes. Mais ces épreuves probatoires auraient dû avoir un caractère d'applications cliniques, avant que ne soient confiées des responsabilités hospitalières.

La commission a conclu autrement et s'est ralliée à la formule de l'examen classant, participant à l'admissibilité ou non à l'internat et fondé sur les matières de tout le second cycle.

Pourtant, rendre cet examen classant présente plusieurs désavantages.

Pour les candidats à l'internat, c'est reprendre par bachotage toutes les matières de quatre années d'études, certaines très théoriques ; c'est fermer l'accès au concours d'internat à l'ambition de chaque étudiant, et cela sur des épreuves dont certaines sont très éloignées de la médecine clinique ; c'est ignorer les différences de niveau et de notation entre U. E. R. et c'est probablement conduire à certaines facilités déplorables ; c'est enfin choisir le coureur de fond aux dépens du sprinter au moment où le véritable affrontement du concours va les départager sur le fil.

Pour les résidents, établir un classement, c'est réserver les plus médiocres étudiants généralistes aux plus médiocres services d'hôpitaux généraux.

M. Georges Delatre. Très bien !

M. Jacques Sourdille, rapporteur. Alors mieux vaudrait une répartition aléatoire, changeant, chaque année ou chaque semestre, de service.

Surtout, pour les résidents, établir un classement, c'est souligner que la médecine générale est exercée non seulement par les battus du noble sport de l'internat, mais par les mauvais étudiants en médecine.

M. Georges Delatre. Très bien !

M. Jacques Sourdille, rapporteur. A tout cela, les étudiants sont farouchement opposés, ainsi que plusieurs sommités médicales que j'ai rencontrées hier soir encore.

Il faut reconnaître toutefois que les présidents d'U. E. R. médicales sont attachés à cet examen classant, pour favoriser l'assiduité des étudiants, pour assurer la pénétration des fondamentalistes dans la sélection à l'internat et pour réduire d'authentiques difficultés de corrections de copies.

La commission en a ainsi décidé à la majorité.

Avant de conclure, le rapporteur de la commission des affaires culturelles veut insister sur quatre exigences d'une politique de santé :

Première exigence : nous ne pouvons livrer nos grands hôpitaux généraux — ceux qui assurent les soins de médecine et de chirurgie aiguë pour plus de la moitié de la population — ni à l'exode des internes vers les C. H. U. ni à des résidents mal encadrés.

Outre pour ce qui concerne la commission régionale contradictoire que nous avons évoquée et où ces hôpitaux enverront des défenseurs convaincus, nous attendons du Gouvernement des engagements précis sur le renforcement en médecine hospitalière, qu'il s'agisse de la nomination à temps plein — que la rigueur budgétaire nous refuse — ou à temps partiel, qu'un a priori démodé limite souvent sournoisement.

Deuxième exigence : la médecine générale ne doit pas être vécue comme un cul-de-sac.

Pour un humoriste, la promotion des généralistes aurait pu se faire par une loi juste inverse, en leur réservant l'internat qualifiant pendant quatre ans pour envoyer les spécialistes, pendant deux ans, en résidence périphérique. Paradoxe, sans doute ! Du moins faut-il que les médecins généralistes n'apparaissent pas contraints et que d'authentiques passerelles leur soient ouvertes, la principale concernant la possibilité, pour les praticiens, après cinq ans d'exercice, d'entreprendre, sur contingent, en surnombre et sur épreuves spécifiques, l'internat qualifiant, que cet internat s'effectue soit en médecine générale, soit en spécialités.

Mais, pour cela, il faut leur conserver des modalités particulières de durée et de rémunération tenant compte de l'expérience acquise et des contraintes spéciales. Tout faux-semblant dans

l'établissement de ces passerelles serait un recul par rapport à la situation actuelle, et une mauvaise action. Si la directive européenne s'y oppose, il faudra la changer.

M. Bernard Pons. Au diable la directive européenne !

M. Jacques Sourdille, rapporteur.

Troisième exigence : la recherche, qui détient de toute façon l'avenir de la médecine, devrait précocement dépister ses futurs adeptes.

Ensemble, l'an passé, madame le ministre, nous avons pu, par la création de postes d'accueil tant au C. N. R. S. qu'à l'I. N. S. E. R. M., faciliter le passage par la recherche à des internes et à des chefs de clinique.

Cependant, c'est beaucoup plus tôt, pour les étudiants des deuxième et troisième cycles, qu'il faut préserver aussi cette ouverture, parfois éblouissante mais qui ne fait pas bon ménage avec le bachotage. La loi ne prévoit aucune liberté particulière.

Enfin, quatrième exigence, dans une matière scientifique en si rapide évolution — et alors que l'on tente des procès aux médecins qui n'appliquent pas les dernières acquisitions de la science — comment cette loi n'amorce-t-elle pas au moins la formation continue, avec ses nécessités, ses exigences et ses facilités, pour tous les médecins ?

La commission, au cours de ses réflexions, a songé sans cesse aux étudiants, bouillonnant d'ardeur et de dévouement, aux universitaires, aux hospitaliers et aux chercheurs, sur lesquels repose de toute façon l'avenir — mais sans jamais oublier l'attachement que manifestent toujours tant de nations neuves, d'Afrique, de Méditerranée ou d'Orient, pour la médecine française.

Se gardant des effets faciles d'éloquence sur la médecine des malades, la commission a pensé que ce projet de loi relatif aux études médicales et la formation initiale des médecins était un début et un fondement nécessaires. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

M. le président. La parole est à Mme le ministre de la santé et de la famille.

Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la famille. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, si j'ai tenu à présenter aujourd'hui à l'Assemblée nationale ce projet de loi sur les études médicales, c'est qu'il y a un moment, dans l'élaboration d'une réforme, où il faut trancher et je suis persuadée que ce moment est maintenant venu.

Après plusieurs années de réflexion et de concertation, l'évolution des esprits et l'état de maturité du projet le permettent. J'aurais, pour ma part, profondément regretté de n'avoir pu faire aboutir une transformation des études médicales aussi importante pour l'équilibre et la qualité de notre système de santé.

En effet, nous devons mettre en œuvre cette réforme pour trois raisons au moins. D'abord, pour mieux former le médecin généraliste au type de médecine qu'il rencontrera en clientèle.

Ensuite, pour donner à tous les spécialistes une formation pratique de haut niveau, comme celle que reçoivent actuellement les internes.

Enfin, pour mieux adapter le nombre des praticiens aux besoins de la population.

En faisant cette réforme, nous répondrons à des observations anciennes et convergentes formulées par les syndicats de praticiens et par les enseignants, soucieux d'adapter les études aux besoins des futurs médecins. Je tiens à souligner que si ce projet a bien évidemment été rédigé par l'administration, il répond avant tout à une demande, formulée avec force, depuis longtemps, par la plus grande partie du corps médical.

Nous répondrons aussi à un intérêt de santé publique. La bonne utilisation des moyens que la collectivité consacre à la santé dépend de l'équilibre entre généralistes et spécialistes, du nombre des médecins en exercice et de la qualité de leur formation.

Avant d'aborder le contenu de ce projet de loi, je tiens à préciser les conditions de son élaboration, puisque certains commentateurs semblent les avoir oubliées.

Il s'agit à vrai dire d'un projet ancien qui, sous des dénominations diverses, s'était approché à plusieurs reprises du stade de la réalisation. Chaque fois, celle-ci avait été différée en raison d'obstacles techniques alors même que la nécessité d'une telle réforme était admise par tous.

A mon arrivée au ministère, j'en avais trouvé une première version élaborée, à la demande de l'un de mes prédécesseurs, par M. le doyen Rapin.

En 1974, une commission, présidée par un conseiller d'Etat, M. Fougère, et où étaient représentés le conseil de l'ordre des médecins, les syndicats médicaux, les médecins hospitaliers et les médecins universitaires, a entrepris une étude très approfondie à partir des projets existants. L'étude a abouti, en 1977, à la publication d'un rapport, communément appelé « rapport Fougère », largement diffusé.

La liste des participants aux travaux de la commission, la durée de l'étude et les nombreuses réunions qui ont eu lieu, montrent l'étendue de la concertation qui s'est instaurée. La commission Fougère nous a notamment démontré que les modifications de la formation des généralistes et celles de la formation des spécialistes devaient être réalisées ensemble, le nombre et la localisation des postes de formation étant nécessairement déterminés en même temps pour les deux types de formation.

Le comité consultatif interministériel pour les questions hospitalo-universitaires, présidé par le professeur Royer, a ensuite émis plusieurs avis sur cette réforme, au fur et à mesure de son élaboration.

Enfin, les services des deux ministères intéressés ont étudié les conditions techniques de sa réalisation. D'ailleurs, lors de la mise en œuvre de l'avant-projet j'ai reçu à nouveau, comme Mme le ministre des universités, toutes les personnes et organisations concernées, syndicats, ordre des médecins et universitaires.

Lors de la réunion du conseil des ministres qui a adopté ce projet ont été disjointes certaines dispositions qui avaient suscité des observations de la part des syndicats médicaux et des organisations d'étudiants. Il s'agit de celles qui organisaient une sorte d'admissibilité à l'internat fondée sur les notes en faculté.

Au total, cinq ans de concertation. Au cours des deux dernières années, d'ailleurs, les syndicats médicaux et la presse professionnelle qui ce matin faisaient état d'une opposition unanime se sont élevés contre les lenteurs de la mise en application d'un projet que l'on nous accusait de vouloir précipiter dans les oubliettes.

Pourtant, vous constaterez que rarement l'élaboration d'une réforme a été l'objet d'une concertation aussi prolongée et aussi approfondie. Pour qu'il n'y ait aucune ambiguïté sur les intentions des deux ministères, nous avons publié l'essentiel du contenu des décrets qui suivront le vote de la loi, si vous l'acceptez.

Naturellement, des améliorations pourront encore être apportées à ses modalités d'application en fonction de la discussion au Parlement et de la concertation qui se poursuivra.

Dans de telles conditions, je comprends mal qu'on ait pu parler de manque d'information, de concertation insuffisante ou de décision précipitée.

J'en viens à l'analyse du texte, mais je tiens à remercier, auparavant, le rapporteur M. Sourdille car la qualité de son étude me permettra de traiter brièvement les points qu'il a lui-même développés avec une compétence particulière.

Le premier objectif de cette réforme, la création d'un cycle terminal spécifique préparant effectivement à l'exercice de la médecine générale, répond au vœu des médecins praticiens et des syndicats médicaux exprimant une opinion quasi unanime.

Ainsi venant après le second cycle, consacré à l'apprentissage de la pathologie, ce troisième cycle donnera au futur médecin de famille, d'une part des responsabilités de diagnostic et de traitement, d'autre part, un complément de formation dans le domaine propre à la médecine de ville.

L'exercice des responsabilités aura lieu au sein des hôpitaux non universitaires, dans des fonctions de résident à temps plein. Les résidents assureront les gardes, avec le statut et les responsabilités de l'interne des hôpitaux universitaires, mais dans des hôpitaux moins spécialisés que les centres hospitalo-universitaires.

La formation qu'ils recevront sera dispensée en partie par des médecins généralistes, grâce à des cours théoriques mais surtout grâce à des stages extra-hospitaliers. Ces derniers ont une importance particulière, puisque par principe, ces médecins exerceront en dehors de l'hôpital.

Pour ces stages, deux modalités ont été prévues. Il pourra s'agir de stages continus de trois mois ou de stages discontinus de deux demi-journées par semaine, pendant une année. La dernière formule permet de rémunérer le stagiaire dès lors qu'il continue d'assurer ses fonctions de résident. En outre, elle diminue la charge du maître de stage.

A la lumière des expériences en cours, nous aurons alors à préciser, avec un soin particulier, les activités du stagiaire, pour éviter que le stage ne se transforme en un assistantat déguisé.

Les stages extra-hospitaliers ne se limiteront d'ailleurs pas à celui effectué chez des praticiens. Il est indispensable, en effet, que le futur généraliste acquière une connaissance concrète du fonctionnement des organismes de la sécurité sociale, de la

médecine du travail, de la protection maternelle et infantile ou de la médecine scolaire, avec lesquels à chaque instant, son exercice le mettra en rapport. Des stages seront donc prévus dans ces diverses institutions.

Enfin, le futur généraliste pourra acquérir des compétences particulières dans des domaines précis, tels que la pédiatrie, la gériatrie, l'alcologie, ce qui permettra de garder dans le cadre de la médecine générale de multiples activités qui, actuellement, ont tendance à relever de la pratique du spécialiste.

La création du résidanat a été parfois présentée comme un simple allongement de la durée des études. J'insiste sur le fait qu'il n'en est rien.

La situation du résident, doté de responsabilités réelles, et d'ailleurs rémunéré comme tel, ne peut être comparée à celle du stagiaire interne actuel. Celui-ci, en effet, est mal rémunéré et exerce dans de nombreux cas des fonctions inexistantes ou mal adaptées à la formation d'un médecin généraliste.

En réalité, la situation du résident s'assimile bien plus à celle des internes des régions sanitaires, dont la qualité est unanimement reconnue.

J'aborderai maintenant le deuxième aspect de ce projet : la réforme du troisième cycle du spécialiste, proposée par la commission Fougère et par le comité interministériel, qui réalise une fusion entre les certificats d'études spéciales et l'internat.

Cette fusion satisfait à une exigence de bon sens. Actuellement, les certificats d'études spéciales assurent un enseignement principalement théorique, à l'opposé de l'internat dont la valeur formatrice tient à l'exercice pratique pendant quatre années de responsabilités hospitalières. Or, une formation de qualité suppose à la fois un bon enseignement théorique et une expérience pratique acquise en situation de responsabilité.

Certains centres hospitaliers régionaux ne sont pas actuellement en mesure d'assurer à eux seuls une formation complète, c'est-à-dire de garantir le passage des internes dans différents services pour toutes les spécialités.

L'internat sera donc organisé au niveau de circonscriptions regroupant plusieurs unités d'enseignement et de recherche. Cette disposition, qui existe déjà à Paris, est indispensable pour favoriser une formation diversifiée.

Les épreuves du concours seront naturellement écrites et anonymes ; mais elles devront permettre d'éviter une concurrence anormale entre la préparation de l'internat et l'enseignement du second cycle.

Si nous avons renoncé à organiser une présélection au concours d'internat à partir des notes données en faculté, au cours des études, nous n'avons pas pour autant renoncé à l'objectif d'harmonisation des préparations ; il est absurde, en effet, que les étudiants aient, au cours de leurs études, à étudier des programmes différents selon qu'ils se préparent à des examens de la faculté ou au concours de l'internat.

Certains craignent, et votre rapporteur s'est fait l'écho de leurs préoccupations, qu'en réformant ainsi l'internat nous ne puissions plus répondre aux besoins en personnel médical des hôpitaux.

M. Pierre Mauger. C'est le grand problème !

Mme le ministre de la santé et de la famille. J'observe que, dans la majorité des cas, le nombre actuel des internes sera conservé.

Dans les disciplines où une diminution des postes se révélera nécessaire, par exemple en chirurgie, il conviendra de remplacer les internes par des médecins à temps plein, par des médecins à temps partiel ou, éventuellement, par des attachés vacataires.

Nous en donnerons les moyens aux hôpitaux. Il ne s'agit pas, je l'indique à M. Sourdille, de postes budgétaires, inscrits au budget de mon ministère et négociés annuellement avec le ministère du budget, mais de postes dont le coût s'intègre dans les prix de journée et dont la création est donc bien plus facile.

En réalité, il serait absurde de continuer à former des spécialistes en nombre excessif, uniquement parce qu'on doit satisfaire des besoins hospitaliers auxquels il est possible de répondre par la création de postes permanents pour de jeunes médecins.

Dores et déjà, nous avons limité le nombre des internes en chirurgie, car il s'est avéré que nous formions actuellement beaucoup trop de chirurgiens. En supprimant un certain nombre de postes d'internat — nous pouvions le faire par simple instruction adressée aux conseils d'administration des U. E. R. — nous

avons bien précisé que nous étions disposés à accepter les demandes de création des postes de chirurgiens nécessaires pour assurer le travail accompli jusqu'alors par les internes.

J'ai entendu affirmer aussi qu'en imposant aux futurs spécialistes des fonctions d'interne nous ne formerions plus que des médecins hyperspécialisés. C'est évidemment inexact, car internat et médecine spécialisée ne se confondent pas.

La médecine interne, c'est-à-dire celle qui fait la synthèse d'un état pathologique complexe, relève d'une formation par l'internat. La durée de l'internat qualifiant sera pour elle de cinq années. Loin de vouloir la faire disparaître, je suis convaincue, au contraire, qu'il faut la développer, en particulier pour assurer le recrutement des médecins des hôpitaux non universitaires. C'est précisément le contrôle du nombre des spécialistes qui nous donnera le moyen d'assurer ce développement.

Après l'amélioration de la formation des généralistes, après l'internat qualifiant, le troisième objectif du projet de loi qui vous est soumis est l'adaptation du nombre des médecins et des spécialistes formés aux besoins de la population.

Les textes en vigueur permettent, certes, de limiter le nombre des étudiants admis en seconde année, mais uniquement en fonction des possibilités de formation, c'est-à-dire du nombre de lits dans les centres hospitaliers associés aux universités.

Ce critère est insuffisant et parfois injuste. Si nous l'appliquions trop rigoureusement, certaines U.E.R. enregistreraient une diminution de 40 p. 100 du nombre de leurs étudiants admis à poursuivre leurs études. Or, les régions ainsi concernées seraient précisément celles où la densité médicale est faible, celles qui attirent peu les médecins ayant obtenu leur diplôme dans une autre région.

En ajoutant au critère du nombre de lits formateurs celui des besoins de la population, nous ne nous bornerons pas à répartir de façon plus équilibrée le nombre de médecins formés selon les régions.

Nous maîtriserons mieux leur effectif global.

Il faut en effet que vous sachiez que le nombre de diplômes de docteur en médecine délivrés en France a subi au cours de ces dernières années une croissance brutale, passant de 3 300 en 1970, à 7 300 en 1975, et à plus de 10 000 l'an dernier.

Il faut que vous sachiez aussi que toute décision en cette matière ne produit ses effets qu'au bout de six à sept années puisque la modulation se fait à l'entrée en seconde année et que les échecs en cours d'étude ou les abandons sont rares.

D'ores et déjà nous sommes donc certains que, quoi que nous fassions, compte tenu du nombre d'étudiants ayant déjà passé la sélection de la seconde année, nous dépasserons le cap des 165 000 médecins en 1990, contre 70 000 voilà quelques années ; la densité — un médecin pour 340 habitants — sera alors très supérieure à celle de tous les pays européens à l'heure actuelle et aux normes de l'Organisation mondiale de la santé.

M. Pierre Mauger. Il n'y a qu'à envoyer nos médecins en Afrique !

Mme le ministre de la santé et de la famille. Il ne s'agit donc pas de diminuer le nombre de médecins en réduisant celui des étudiants en médecine, comme on l'entend dire, mais de ralentir une croissance dont les excès sont évidents.

Nous nous proposons en effet de ramener en deux ans de 8 000 à 6 000 le nombre des étudiants admis en seconde année pour stabiliser le nombre des médecins au palier qu'il atteindra en 1990.

L'objectif retenu répond aussi à un intérêt prioritaire.

On prétend parfois qu'il suffit d'envoyer ces médecins dans les pays en voie de développement. Or, tous les renseignements que je possède sur la situation dans ces pays démontrent que la sélection y est aussi rigoureuse que chez nous, sinon davantage.

Je suis allée récemment au Brésil et au Mexique. J'ai reçu la semaine dernière mon collègue bolivien : partout, une sélection extrêmement rigoureuse est exercée à l'égard des étudiants en médecine. Aussi ces pays ne vont-ils pas accueillir des médecins français, alors qu'ils empêchent leurs étudiants de poursuivre leurs études.

M. Pierre Mauger. Je parlais des pays d'Afrique noire, madame le ministre.

Mme le ministre de la santé et de la famille. En Afrique noire, la situation est la même. Ils ne demandent pas du tout des médecins français.

M. Pierre Mauger. Je pensais que c'était le contraire.

Mme le ministre de la santé et de la famille. La valeur professionnelle d'un médecin est liée à son expérience, elle-même fonction de son activité.

Un chirurgien qui opère peu n'aura pas les mêmes qualités professionnelles que celui qui a une activité normale. Si l'acte rapide du médecin turmené a bien sûr ses dangers, celui du médecin qui voit trop peu de malades a aussi les siens, et ils sont graves, croyez-le.

L'adaptation du nombre des médecins formés aux besoins réels répond enfin à l'objectif d'utiliser au mieux les ressources que les Français, par l'intermédiaire de la sécurité sociale, consacrent à leur santé. Des médecins en nombre excessif par rapport à des besoins raisonnablement évalués et — j'y insiste — en hausse très forte par rapport à la situation actuelle, ne peuvent conduire qu'à un gaspillage de ressources à la fois en hommes et en argent.

Je voudrais, pour conclure cet exposé introductif, répondre à deux questions qui m'ont été souvent posées et qui, en raison de leur utilisation à des fins polémiques, ont pu inquiéter une partie des étudiants ou du corps enseignant de médecine.

Première question : s'agit-il d'une loi-cadre ?

Derrière cette question, se trouve la crainte que le Gouvernement ne dissimule ses intentions grâce à une formulation très générale du texte de la loi et ne les révèle qu'après le vote du Parlement. Il est vrai que la partie législative de cette réforme tient en peu de lignes ; c'est le fait de notre Constitution, qui réserve au domaine réglementaire une large part de cette matière, comme nous l'a confirmé le Conseil d'Etat. Mais j'ai tenu à faire publier et diffuser très largement le contenu des décrets d'application tels que nous pouvons les concevoir avant les décisions que vous allez prendre. Chacun est donc parfaitement éclairé sur les intentions du Gouvernement et je suis tout à fait prête à m'en expliquer devant vous. Je pense donc que cette crainte n'a plus lieu d'être.

Deuxième question : cette réforme ne concerne qu'une partie des études médicales ; pourquoi ne pas avoir fait une réforme d'ensemble ?

Il est vrai qu'elle concerne essentiellement le troisième cycle des études médicales débouchant directement sur l'exercice professionnel, ce qui explique d'ailleurs que ce soit le ministre de la santé qui vous présente ce texte. Mais il faut voir que l'organisation du deuxième cycle de médecine relève, pour l'essentiel, de l'autonomie des universités et que au surplus, en cette matière, une réforme ne se décrète pas.

La pédagogie utilisée, le type d'enseignement dispensé, le contenu même de ce qui est enseigné relèvent d'une série de décisions ou d'initiatives prises pour la plupart par les enseignants eux-mêmes. Or cette transformation est déjà en cours, plus ou moins rapidement : dans certains cas elle n'est, j'en conviens, qu'amorcée, ailleurs, elle a beaucoup progressé depuis quelques années.

Au demeurant, les expériences conduites par certaines U.E.R. seront un modèle extrêmement intéressant et incitatif pour les autres.

La réduction des effectifs facilitera incontestablement cette réforme, mais je vois mal ce qui aurait pu relever du pouvoir législatif dans cette affaire.

Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, j'ai essayé de vous indiquer aussi clairement que possible les objectifs et les modalités de cette réforme. Je voudrais, pour conclure, répondre à une dernière interrogation qui a été celle de votre rapporteur : à quelle conception de la médecine répond cette réforme ?

Il s'agit, bien entendu, d'une question fondamentale. La médecine évolue très vite ; je l'ai vue évoluer en cinq ans et surtout j'ai vu évoluer sous mes yeux les conceptions que les responsables se font de la médecine de l'avenir, mais les changements en ce domaine ne se font pas par brusques mutations, ou alors elles sont non maîtrisées et dangereuses comme celles qui pourraient résulter d'un accroissement excessif des effectifs médicaux.

Je ne prétends donc pas que ce projet de loi apporte un bouleversement et repose sur une modification radicale des conceptions de la médecine. Il me suffit de savoir qu'il représente un progrès, lequel en suscitera d'autres.

Après une période où l'on n'imaginait l'avenir de la médecine que sous des formes de plus en plus sophistiquées et de plus en plus spécialisées, on redécouvre aujourd'hui l'utilité du médecin généraliste, à côté de cette autre médecine :

Parce qu'il est le seul à pouvoir appréhender l'ensemble des problèmes médicaux d'un individu, parfois d'une famille, et parce qu'il représente cette médecine humaine à laquelle aspirent nos concitoyens ;

Parce qu'il est de plus en plus clair que bon nombre des troubles fonctionnels ou légers pour lesquels nous avons recours à la médecine ne relèvent pas nécessairement des techniques ou des spécialités de la médecine hospitalière ;

Parce que aussi les conséquences financières d'une organisation médicale entièrement centrée sur l'hôpital ou sur les établissements privés apparaissent proprement vertigineuses à tous ceux qui y réfléchissent attentivement.

Or l'évolution constatée depuis vingt ans menace la place du médecin généraliste : les progrès de la technique médicale, l'accroissement des capacités hospitalières, les nouvelles orientations des études médicales ont, en effet, fait évoluer la médecine. De ce fait, la proportion des généralistes parmi les médecins en exercice s'est sensiblement réduite.

Cette réforme répond donc à un objectif de rééquilibrage et s'inscrit dans un ensemble de mesures destinées à lutter contre les dangers de l'hospitalo-centrisme.

En préparant mieux les généralistes à la réalité de leur métier, en augmentant leur proportion parmi les médecins formés chaque année, en leur donnant pour correspondants en ville des spécialistes consultants mieux formés, en évitant qu'ils ne soient si nombreux qu'ils ne puissent exercer leur métier dans des conditions satisfaisantes, cette réforme va dans le sens des aspirations de la plupart des malades et de la plupart des médecins, et les principales organisations ont très clairement souhaité son adoption.

Au-delà des critiques de détail, au-delà des amendements et des améliorations possibles, je demande à l'Assemblée de considérer que c'est là l'essentiel qui justifie l'adoption de ce texte. (Applaudissements sur les bancs de l'Union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Beaumont.

M. Jean-Louis Beaumont. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, selon son exposé des motifs, ce projet de loi relatif aux études médicales vise à améliorer la formation des médecins généralistes et spécialistes.

Pour atteindre cet objectif, d'une part, on modifie le cours des études en créant un troisième cycle de formation des généralistes et en instaurant une filière unique pour l'accès au titre de spécialiste, l'internat qualifiant ; d'autre part, on donne au Gouvernement le pouvoir de contrôler les flux de généralistes et de spécialistes, comme on lui a donné déjà celui de contrôler le flux total de futurs médecins à la sortie de la première année du premier cycle.

Ayant été médecin praticien et consultant avant d'être médecin hospitalier, chef d'un service de médecine générale et professeur de médecine interne, j'ai examiné ce projet avec la conviction que l'un des objectifs essentiels de toute réforme des études médicales devait être de concourir à la remise en honneur et en valeur du titre et des fonctions de médecin praticien généraliste.

Voici pourquoi :

Quand on est malade, il est aujourd'hui difficile à certaines heures et certains jours de trouver un médecin généraliste, et pourtant il y a de plus en plus de médecins. Les omnipraticiens, si affectueusement appelés autrefois médecins de famille, s'échappent peu à peu d'une condition qui semble anachronique au temps des quarante heures, des deux jours de repos hebdomadaires et des ponts prolongés. Les consultants de médecine générale, qui constituaient il y a trente ans l'essentiel de notre corps médical hospitalier, sont devenus rares : tout le monde, en ville comme à l'hôpital, veut être spécialiste.

Or, cette évolution est néfaste. Les généralistes étaient les médecins qui pouvaient le mieux assurer l'accueil, la prise en charge et le traitement de la plupart des malades tout en assurant l'orientation attentive et vigilante de ceux qu'ils ne pouvaient traiter eux-mêmes.

Leur disparition est certainement pour beaucoup dans cette sensation d'isolement et de déshumanisation que ressentent aujourd'hui beaucoup de gens lorsqu'ils ont recours à la médecine. Et cela vaut aussi bien pour les riches que pour les pauvres.

Leur disparition est aussi une des causes principales de l'évolution si préoccupante et si mal comprise — j'insiste à nouveau sur ce point — de la qualité des soins qui ne progresse pas et même régresse, alors que les dépenses de santé augmentent sans frein.

Je suis donc convaincu, pour ma part, qu'il est nécessaire et urgent de remettre en honneur et en valeur la médecine générale de ville et d'hôpital et les médecins qui la pratiquent ou la pratiqueront.

J'ai examiné ce projet de loi en cherchant les réponses à deux questions. Les dispositions projetées permettront-elles d'améliorer la formation des praticiens généralistes ? Contribueront-elles à remettre en honneur et en valeur la médecine générale ?

A ces deux questions, il me semble que la réponse est non.

M. Bernard Pons. Très bien !

M. Jean-Louis Beaumont. La remise en honneur et en valeur de cette forme de médecine ne peut être assurée par la création d'un troisième cycle spécifique de la formation des médecins généralistes tel qu'il nous est proposé.

Je ne le crois pas, et voici pourquoi :

D'abord, les conditions d'accès qui sont prévues pour le « résidanat » sont telles que cette option ne sera pas choisie par vocation, du moins en général, mais sera presque toujours, au contraire, le résultat d'une sélection à l'envers : ce seront les collés de l'internat qui deviendront les généralistes.

Ensuite, et c'est aussi grave, ceux qui seront reçus à l'internat — les plus brillants — deviendront tous des spécialistes par le principe de l'internat qualifiant, si bien que nous n'aurons plus du tout de consultants de médecine générale.

En ce qui concerne l'amélioration de la formation pratique des médecins, je ne suis pas plus optimiste.

La loi prévoit en effet une redistribution des postes d'internes dans les hôpitaux et la transformation d'un certain nombre d'entre eux en postes de résidents. A première vue, on propose une fonction d'interne pour tous, ce qui paraît bon puisque l'interne a, sous la direction de son chef de service, des responsabilités pratiques.

Mais pour qu'une telle fonction soit utile à la formation d'un généraliste, il faudrait qu'elle soit remplie dans un service dont la vocation et les animateurs soient eux-mêmes généralistes. Sachant le degré de spécialisation de la médecine hospitalière, on peut douter que cela soit possible et on peut être sûr, en tout cas, que cela ne le sera qu'au prix d'une transformation complète des activités de nombre d'hôpitaux, et, à mon avis, irréalisable et irréaliste.

Ainsi, ce projet de loi, élaboré dans l'intention d'améliorer la formation des médecins généralistes et des spécialistes, me semble inadapté.

Certes, je comprends qu'on ait voulu en fait réorienter les étudiants vers la médecine générale en contrôlant et réduisant le nombre des spécialistes et j'admets que le Gouvernement se soit donné les moyens d'agir sur les flux au sortir du deuxième cycle, comme il les avait déjà au sortir de la première année du premier cycle.

Mais le but essentiel, qui est de répondre aux besoins de la population en médecins généralistes et en consultants de médecine générale, ne peut être atteint de cette manière.

En effet, en admettant qu'on parvienne réellement à contrôler les flux par ces moyens — ce dont je doute fort à la lumière de ce qui s'est passé pour le P. C. E. M. dans certaines régions dans les années 1971-1972 — il semble que ce contrôle ne changera rien aux causes du déclin de la pratique de la médecine générale.

Ce déclin est dû en effet à d'autres causes. Il est dû à la pression conjointe de nombreux facteurs qui touchent aux conditions de vie des médecins et de leurs familles, ainsi qu'à leur juste aspiration aux avantages de repos et de sécurité dont bénéficient les autres catégories sociales. Mais il est dû, avant tout, au tarif de remboursement des actes médicaux par la sécurité sociale qui est en vigueur depuis plus de trente ans.

En médecine, l'acte le plus important, celui qui est très souvent la clé de toute la suite, celui dont dépend le destin du malade, c'est la consultation du généraliste. Or cet acte est sous-évalué par la tarification en vigueur, laquelle est, au contraire, nettement plus généreuse pour la consultation du spécialiste et, plus encore, pour des examens complémentaires dits de spécialité qui peuvent être enseignés à n'importe qui et pratiqués par n'importe qui en quelques jours.

Voilà pourquoi les médecins et les grands hôpitaux se spécialisent de plus en plus. Voilà pourquoi, si on veut remettre en honneur le médecin praticien généraliste, qui est si nécessaire à la population, c'est à la sécurité sociale qu'il faut s'adresser. Si vous me suivez, c'est elle qu'il faut réformer.

Quant à la maîtrise des flux prévue par ce texte, elle permettra, certes, de diriger autant de médecins qu'on voudra dans la voie généraliste, mais elle ne pourra pas faire qu'ils soient des médecins à part entière.

En fait, faute d'une réforme de la sécurité sociale, beaucoup seront, comme c'est, hélas ! le cas dans bien des pays, de simples auxiliaires de l'hôpital.

Ce n'est pas non plus en agissant sur les flux à la sortie du deuxième cycle qu'on améliorera la formation pratique des médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Il faudrait pour cela tout autre chose et, en particulier, donner aux étudiants la possibilité de se différencier auprès de leurs maîtres en fonction de leurs aptitudes pratiques.

Il faudrait que ces aptitudes soient obligatoirement prises en compte à leur juste valeur dans la validation de leurs cycles d'études, comme cela vient d'être heureusement réalisé pour l'accès aux diplômes d'infirmières. Or actuellement, la qualité pratique des étudiants en médecine n'est quasiment pas prise en compte dans la validation de leurs études.

Mais cela devrait être l'affaire des facultés de médecine et de leurs professeurs, auxquels le présent projet va retirer encore un peu plus de leur pouvoir pédagogique.

Le contrôle de l'Etat sur les aptitudes et les flux pourrait s'exorcer, ensuite, selon des modalités qui conduiraient à la délivrance de l'autorisation d'exercer la médecine.

Au total, je reconnais que les intentions de ce projet sont bonnes puisqu'il vise à l'amélioration de la formation des généralistes et des spécialistes.

Je constate que les dispositions prévues ne permettront pas d'atteindre cet objectif, ni pour ce qui concerne les modifications du cours des études, ni pour ce qui concerne le contrôle des flux.

Je demande d'abord que les aptitudes pratiques des futurs médecins soient prises largement en compte dans leur sélection ; ensuite, qu'une réforme de la sécurité sociale revalorise la médecine générale et que cela soit fait dans le contexte d'une gestion personnalisée qui restitue aux malades et à leur famille la part de pouvoir qui est la leur.

Il s'agit là d'un véritable choix de société. Certes, je le répète, si l'on continue dans la voie qui a été suivie jusqu'à présent, il n'y a pas d'autre issue qu'un contrôle généralisé de toutes les activités médicales, de tous les médecins et de tous les malades. C'est ce qui m'a conduit à vous proposer une réforme aboutissant à une gestion personnalisée de la sécurité sociale. (Applaudissements sur divers bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à M. Autain.

M. François Autain. Madame le ministre, le projet de réforme des études médicales que vous nous soumettez aujourd'hui est attendu depuis longtemps. Depuis trente ans en effet, et vous l'avez rappelé tout à l'heure, on ne compte plus les commissions, les rapports, les projets qui ont été préparés, discutés, rédigés ; et pourtant, à l'exception de la réforme de l'externat en 1968, aucun de ces textes n'avait encore abouti.

Cette tardive issue que connaissent aujourd'hui ces travaux devrait nous réjouir mais, hélas, nous ne pouvons qu'être déçus car vous présentez un projet de circonstance, implicitement limité dans sa portée et trop imprécis dans son contenu. Il ne fait aucun doute que l'une de vos préoccupations majeures a été de limiter avant tout la progression du nombre des médecins et, partant, le nombre des étudiants en médecine.

Si l'on en croit le professeur Michel Boiron, conseiller technique auprès de Mme Alice Saunier-Séité, ministre des universités, cette réduction à six mille du nombre des diplômes de médecine délivrés chaque année vous a été demandée par le Premier ministre dans le cadre de sa politique de redressement financier de la sécurité sociale. Cette mesure n'aurait donc qu'un rapport lointain avec le projet de réforme du troisième cycle. Il est particulièrement regrettable de débattre ainsi, de façon subsidiaire, d'une question aussi importante.

Certes, il convient d'ajouter l'obligation dans laquelle se trouvait notre pays de se conformer aux directives européennes entrées en vigueur en 1976. Autrement dit, on peut penser que, si le Parlement est aujourd'hui saisi de ce projet, c'est plus pour des nécessités de nature européenne et budgétaire que dans le souci d'assurer une meilleure couverture des besoins de santé de la population.

Ces besoins de la population, auxquels il est fait expressément référence dans le texte, méritent quelques explications.

Il y a au moins un point sur lequel tous les experts sont d'accord depuis longtemps : l'évaluation des besoins de santé d'une population est une notion très difficile à cerner, relativement subjective, qui ne se prête guère à une analyse scientifique. C'est sans doute la raison pour laquelle le rapport de M. Pierre Magnin, réalisé pour le Conseil économique et social, sur l'adaptation des professions médicales et paramédicales aux besoins de santé de la population française, préconise que l'on se donne les outils d'une connaissance plus approfondie.

Alors comment se fait-il que la commission Fougère ait estimé à six mille le nombre d'étudiants nécessaire chaque année pour répondre aux besoins des Français ? Comment peut-on aujourd'hui raisonnablement fixer le nombre des médecins nécessaires dans huit ou dix ans et qui plus est, comme il est prévu dans le texte, la nature des spécialités ? Une telle estimation repose sur un arbitraire total, qui conduit inévitablement à une sous-estimation grave des besoins dans de nombreux secteurs.

La procédure suivie par ailleurs ne garantit en rien le sérieux des chiffres envisagés. Le rapport Fougère et nos amendements déposés en commission formuleront à cet égard des propositions qui ont malheureusement été repoussées par la majorité.

Certes, le parti socialiste n'a pas la prétention de vous donner des chiffres optimaux, dans l'impossibilité où nous sommes de cerner les besoins à terme de la population. Tout ce que nous pouvons dire, et nous le constatons tous les jours, c'est que tous les besoins actuellement décelables sont loin d'être encore satisfaits.

Il existe encore aujourd'hui des régions à très faibles densités médicales.

La prévention est mal assurée faute de praticiens dans les services de protection maternelle et infantile, de médecine scolaire, de médecine du travail.

Les conditions de travail des médecins libéraux, tributaires d'une rémunération à l'acte, altèrent la qualité des soins dispensés. Une pratique médicale plus lente intégrant l'information, la prévention et la formation permanente répondrait mieux à l'attente des malades.

En d'autres termes, de nombreux praticiens peuvent encore trouver des débouchés.

C'est donc bien pour d'autres raisons qu'en accord avec l'ordre des médecins notamment, vous souhaitez réduire les effectifs d'étudiants en médecine.

C'est d'abord, nous l'avons vu, dans l'espoir de réduire les dépenses de santé, chaque étudiant étant, en puissance, un prescripteur de soins, de médicaments et d'analyses remboursés par la sécurité sociale.

La deuxième raison est que le chiffre de six mille étudiants, que vous avancez et qui ne correspond pas nécessairement aux besoins de la population, coïncide trop bien avec les capacités de formation du système hospitalo-universitaire actuel pour ne pas être suspect de ne répondre qu'à ce critère-là.

La troisième raison est qu'en l'absence d'une politique de la santé, vous n'avez rien eu à opposer aux différentes organisations professionnelles de médecins qui poussaient à l'établissement d'un strict *numerus clausus*, devancés en cela par le conseil national de l'ordre qui trouvait même excessif le nombre de six mille étudiants actuellement envisagé. Il est vrai que dans le système de rétribution à l'acte, une augmentation des effectifs médicaux entraîne à terme une diminution de la valeur relative des revenus des médecins.

Il faut convenir pourtant que si certains nouveaux praticiens rencontrent des difficultés financières, ils sont encore très minoritaires et le revenu moyen de la profession demeure très élevé si l'on en croit le centre de recherche et de documentation sur la consommation.

Cette crainte d'une baisse de revenu suffit-elle à expliquer que les médecins s'émeuvent périodiquement de la démographie de leur profession ? Car la pléthore médicale n'est pas un problème nouveau.

Déjà, en 1953-1954 et à la fin des années 1960 les mêmes craintes se manifestaient, fondées sur les mêmes raisonnements que ceux avancés de nos jours, et pourtant les densités médicales étaient très inférieures. Ce rappel historique, en donnant une certaine relativité aux prévisions, devrait apporter un peu de sérénité à ceux qui sont habités par l'angoisse démographique.

Cette critique que nous faisons des excès auxquels peut conduire une politique mathusienne, votre politique, ne remet pas en cause le principe d'une certaine sélection ou orientation.

Nous considérons, en effet, qu'une planification dans le domaine de la santé, peut-être plus encore qu'ailleurs, est une nécessité. En revanche, nous récusons les modalités actuelles de sa mise en œuvre.

Celle-ci repose, en effet, principalement sur des matières d'enseignement qui permettent des éliminations faciles, sans rapport direct avec l'objet des études. De plus, l'élimination brutale après une année ou deux en cas de redoublement, telle qu'elle est pratiquée actuellement, outre qu'elle occasionne un gaspillage d'énergie, des pertes de temps et d'argent, augmente le nombre d'étudiants victimes d'un échec en cours d'études supérieures et obligés de se reconverter.

On est donc fondé à déplorer l'absence de passerelles qui permettraient à ces étudiants de s'engager dans une autre voie. C'est là toute l'ambiguïté de votre projet, qui se veut une réforme du troisième cycle mais qui, en réalité, aborde le premier de la plus mauvaise façon possible, par le biais de la sélection.

C'est la raison pour laquelle nous proposons un amendement de suppression de l'article 3, considérant que celui-ci est étranger à l'objet du présent projet de loi qui, selon l'exposé des motifs, « tend à créer un troisième cycle de formation spécifique des médecins généralistes et à améliorer la formation des médecins généralistes. »

Nous refusons de croire que le nombre de 150 000 médecins pour l'horizon 1985, fixé en fonction du nombre de postes hospitaliers formateurs, est suffisant a priori. En effet, la France, avec 154 médecins pour 100 000 habitants, arrive au sixième rang en Europe, derrière l'Italie, la République fédérale d'Allemagne, le Danemark, la Belgique et la Hollande.

Vous savez, en outre, que le nombre des praticiens en exercice est nettement inférieur aux chiffres généralement avancés. Il n'y a guère plus de 80 000 praticiens en fonctions à l'heure actuelle alors que l'on avance le chiffre de 110 000 docteurs en médecine.

En toute hypothèse, on peut se demander qui est le mieux placé pour définir les besoins de la population. Nous estimons que le ministre de la santé et le ministre chargé des universités ne sont pas en mesure d'apprécier ces besoins. C'est pourquoi nous avons déposé un amendement prévoyant que les usagers de la santé puissent faire entendre leurs voix.

Les conseils régionaux et les organisations professionnelles, les conseils généraux, les représentants des associations familiales et des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale doivent être, selon nous, associés à une décision lourde de conséquence pour l'avenir sanitaire du pays. Mais, sur ce point, nous n'avons pas eu satisfaction puisque notre amendement a été repoussé.

En ce qui concerne l'autre volet de la réforme, je veux parler du résidanat et de la condition des médecins généralistes, personne ne peut nier aujourd'hui que les médecins généralistes sont insuffisamment préparés à l'exercice de la médecine pratique.

C'est dire que toute réforme visant à améliorer la formation des futurs généralistes et, partant, à revaloriser cette fonction recueille notre adhésion a priori.

Mais, suffit-il d'allonger d'un an le cycle des études terminales pour pallier l'insuffisance de la clinique dans les premiers cycles et d'améliorer le stage interné en le transformant en résidanat ? Nous pouvons nous poser la question. Notre réponse est : non.

Ajouter ainsi une huitième année, n'est-ce pas l'aveu d'un constat d'échec des sept années précédentes ? N'est-ce pas reconnaître l'inefficacité de la formation pratique reçue précédemment ?

Que vaudra, sur le plan technique, ce résidanat ? Un encadrement pédagogique laissant à désirer, souvent inexistant, des postes formateurs en nombre insuffisant à tel point qu'au début de la réforme la durée du résidanat ne pourra pas excéder un an à dix-huit mois dans la meilleure hypothèse, ne constituent pas des conditions favorables.

Mais surtout à quoi peut servir une année supplémentaire si elle est consacrée à l'apprentissage d'une médecine hospitalière de plus en plus sophistiquée, technicisée, souvent bien éloignée des préoccupations d'un généraliste qui, dans son quartier ou dans son village, est appelé à soigner des malades différents avec, à sa disposition, des moyens eux aussi différents ?

Est-il bon de prolonger un enseignement dont tous les praticiens s'accordent à reconnaître qu'il est inadapté ? N'est-ce pas plutôt par des stages auprès des praticiens dans les structures sanitaires de base, non hospitalières, de prévention que le futur généraliste pourrait affûter ses armes ?

Mais, sur ce point, le projet de loi est muet et on est donc obligé de s'en remettre aux textes réglementaires qui doivent définir ses modalités d'application ?

Vous demandez en quelque sorte que l'on vous donne carte blanche. Or la prudence s'impose. Je ne veux pas vous faire de procès d'intention, madame le ministre, car je sais que vous ferez tout ce qui est en votre pouvoir pour rendre ce stage chez le praticien effectif dès lors que vous vous y êtes engagée. Mais alors pouvez-vous m'expliquer pourquoi la loi du 13 juillet 1972, qui prévoyait expressément que « les étudiants en médecine français pouvaient 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 », attend toujours ledit décret ?

Ne serait-ce pas tout simplement parce que la généralisation du stage chez l'omnipraticien soulève dans le système de distribution des soins que est le nôtre des problèmes difficiles à surmonter, tels que la durée du stage qui ne devrait pas être supérieure à six mois, la rémunération nécessaire pour le principe déjà du maître de stage, et la participation des généralistes à la définition des objectifs et du contenu de l'enseignement des futurs omnipraticiens.

Ce projet, pour des raisons essentiellement économiques, n'a pas pris en compte le perfectionnement continu post et extra-universitaire nécessaire aux jeunes généralistes pour actualiser et compléter leur savoir au contact et en fonction des besoins réels de leurs malades.

Enfin, il est à craindre que le généraliste ne soit considéré, aux yeux de l'opinion, comme un « laissé pour compte » de l'internat et la médecine générale comme une médecine de deuxième choix. Ainsi, vous aurez manqué l'un des objectifs de votre projet : la revalorisation du statut de l'omnipraticien.

C'est sans doute cette crainte de créer une scission entre les divers types de médecine qui vous a fait renoncer à la dernière minute, sous la pression des étudiants, à la présélection initialement prévue pour accéder au cycle terminal de l'internat. Cette mesure — à laquelle tout le monde n'a pas renoncé si j'en juge par certains amendements — risquait de transformer le cursus des études médicales en un bachotage permanent et aboutissait à hiérarchiser les professions médicales entre elles ; à éliminer les étudiants les plus modestes, ceux dont les parents ne peuvent supporter la charge financière de six années d'études. Et il en existe.

Cette hypothèque étant levée, notons que la réforme consiste à doter chaque futur spécialiste d'une solide formation pratique.

Il est vrai que dans le système en vigueur, cette formation pratique laisse souvent à désirer ; parfois même, elle est inexistante. Mais la suppression du C. E. S., remplacé par un internat qualifiant considéré comme seule voie d'accès à la spécialité, signifie pour les futurs médecins la fin de la liberté du choix de cette spécialité. Je crains donc, madame le ministre, que la mise en œuvre de cette réforme ne rencontre de réelles difficultés.

En effet, l'adéquation entre le nombre de postes formateurs et le nombre de médecins à former dans chaque spécialité sera particulièrement délicate à obtenir, dans la mesure où il est difficile d'évaluer avec exactitude le nombre des spécialistes qui seront nécessaires au cours des années à venir. Songeons à l'évolution de la pneumologie depuis vingt ans et à l'avenir de la pédiatrie si la dénatalité se confirme.

De plus, le nombre de postes formateurs n'a jamais fait jusqu'à présent l'objet d'un recensement périodique et complet. De même, l'absence de recensement précis du nombre des praticiens par discipline laisse à désirer, ce dont témoignent les appréciations divergentes de l'ordre des médecins, de la sécurité sociale et des représentants des spécialités eux-mêmes, ce qui rend très problématique cette régulation autoritaire des effectifs à laquelle vous voulez procéder.

Telles sont les raisons pour lesquelles les socialistes refuseront d'approuver ce projet de loi, d'autant que les amendements que nous avons présentés en commission ont tous été repoussés.

Nous ne pouvons voter un texte qui, sous couvert de réforme des études médicales, instaure de manière autoritaire une sélection aggravée à la fin de la première année du premier cycle, qui se borne à réformer le troisième cycle des études médicales en passant sous silence les deux premiers et qui renvoie à des décrets d'application dont on sait malheureusement quel sort leur est trop souvent réservé. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. La parole est à M. Pons.

M. Bernard Pons. Madame le ministre, le groupe du rassemblement pour la République, au nom duquel j'ai l'honneur d'intervenir dans ce débat, est particulièrement réservé à l'égard du projet de loi relatif aux études médicales.

Pourtant, après avoir entendu les déclarations qui en accompagnent la publication, il y avait été d'emblée plutôt favorable, car ce texte se propose, du jour au lendemain, de réformer complètement l'internat, de régler le problème du flux des étudiants en médecine, celui de la formation des médecins spécialistes et — rêve longtemps caressé — celui de la formation des médecins généralistes, de telle sorte que ceux-ci soient enfin reconnus comme une valeur indispensable à l'exercice de la médecine dans notre pays. Nous ne pouvions que souscrire à de telles intentions.

Malheureusement, il y a souvent loin des intentions aux résultats. Dans cet hémicycle, depuis quelque temps, nous avons été quelque peu échaudés par une série de textes qui arrivaient devant nous porteurs de toutes les promesses et de toutes les qualités, mais qui, une fois votés, se révélaient à l'usage porteurs de certains vices. Voilà pourquoi nous sommes réservés.

Ce projet de loi a trois objectifs : d'abord, limiter le nombre d'étudiants qui vont pouvoir accéder aux études médicales ; ensuite, transformer l'internat et l'uniformiser avec la formation des spécialistes puisque, aujourd'hui, pour être spécialiste, il existe deux voies, le concours de l'internat qui est la voie royale et les certificats d'études spéciales ; enfin, améliorer la formation des médecins généralistes par ce qu'on appelle un « résidanat », terme qui a sans doute été copié sur ce qui existe dans certains pays anglo-saxons, tant il est vrai qu'en France on essaie souvent de copier ce qui se fait ailleurs.

Pour régler le problème de la sélection, un projet de loi était inutile puisque nous en avons débattu en 1971 et donné au Gouvernement tous les moyens de parvenir à une solution par la voie réglementaire.

Au demeurant, s'agissant de la sélection, nous aurions souhaité, comme M. le rapporteur l'indique dans son excellent rapport, que le Gouvernement tienne davantage compte des travaux effectués par différentes commissions, et notamment par les commissions Rapin et Fougère, qui ont souhaité qu'on ne se limite plus, comme c'est le cas aujourd'hui, au recrutement à partir des sciences fondamentales. Comme l'indiquait tout à l'heure M. le rapporteur, on aura peut-être besoin de philosophes dans le domaine médical.

A propos des deux autres aspects du texte, on a parlé de manque de concertation. Je n'entends pas vous faire un procès d'intention, madame le ministre, et vous avez d'ailleurs, dans une conférence de presse que vous avez tenue récemment et tout à l'heure en présentant ce projet, déclaré que vous n'acceptiez pas les procès d'intention. Pourtant, si depuis de nombreuses années des commissions toutes plus compétentes les unes que les autres se sont penchées sur le problème de la réforme des études médicales — commission Rapin, commission Fougère — il faut croire qu'elles travaillent dans le secret et sans contacts avec l'extérieur, puisque les professeurs Minkowski, Milliez et Schwarzenberg ont affirmé qu'il n'y avait pas eu de concertation.

Par ailleurs, qu'on me permette de faire état des propos du professeur Lortat-Jacob, président du conseil national de l'ordre des médecins — j'ai suffisamment mis en cause cet organisme à cette même tribune il y a quelques années pour pouvoir m'y référer aujourd'hui. A la page 44 du rapport, on pourra lire que, devant la commission, « après avoir rappelé que l'ordre des médecins était tout particulièrement intéressé par la formation médicale, puisqu'il contrôle notamment la qualification et l'autorisation d'exercer des médecins français, M. Lortat-Jacob a indiqué que la concertation qui avait précédé l'élaboration du projet avait été quasi nulle, puisqu'il n'avait été convoqué qu'une seule fois chez le ministre de la santé et le ministre des universités ». Et le professeur Lortat-Jacob d'ajouter que « le travail s'est effectué sur des « on dit » ou des projets oralement transmis ».

Ce n'est pas moi qui parle, mais le président du conseil national de l'ordre.

Au demeurant, savoir s'il y a eu ou non concertation est un faux problème. En fait, les débats qui ont eu lieu devant la commission des affaires culturelles ont été suffisamment approfondis pour que les parlementaires soient parfaitement informés.

Mais j'en viens aux deux éléments essentiels du projet : l'internat qualifiant et la formation du médecin généraliste.

L'internat présente certains défauts, mais qui n'en a pas ? J'ai souvent qu'il y a déjà quelques années on nous a montré tous les vices de l'externat et on l'a supprimé. On s'aperçoit aujourd'hui que cet élément formateur est peut-être définitivement perdu, et cela serait regrettable. Ne craignez-vous pas, madame le ministre, que l'internat qualifiant ne soit la mort de l'internat qui a tout de même constitué l'un des éléments essentiels du rayonnement et de la gloire de la médecine française dans le monde ?

Certains estiment qu'il y a beaucoup de spécialistes. Le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales souligne qu'il y a eu, pendant plusieurs années, une croissance considérable du nombre de spécialistes par rapport à celui des généralistes, mais il reconnaît aussi que le phénomène semble s'être ralenti depuis un ou deux ans. On pourrait même penser qu'il a tendance à s'inverser.

Aujourd'hui, il existe deux voies pour accéder à la formation de spécialiste : le concours de l'internat et les certificats d'études spéciales. Vous allez uniformiser tout cela, madame le ministre, et supprimer aussi l'internat des régions sanitaires et l'internat en psychiatrie. Le résultat sera que les internes reçus s'orienteront vers les grands services hospitalo-universitaires, au détriment des hôpitaux généraux qui se verront privés d'internes. Or, vous le savez mieux que beaucoup d'autres, l'interne est, dans les hôpitaux généraux, la colonne vertébrale autour de laquelle tout un service s'articule. Je crains fort que son absence ne soit très sensible et qu'elle ne soit néfaste à la qualité des soins offerts aux malades.

M. Arthur Dehaine. Très bien !

M. Bernard Pons. J'en viens à la formation des médecins généralistes et au résidanat.

Le texte prétend revaloriser la fonction de médecin généraliste. Curieuse revalorisation que de procéder à une sélection par l'échec ! En effet, ce sont ceux qui n'auront pas été reçus au concours de l'internat qualifiant qui s'orienteront vers la médecine générale et qui feront ce résidanat de deux ans. Cela signifie sans doute — mais ce projet un peu squelettique ne le précise pas — que l'on prévoit une huitième année, c'est-à-dire une année supplémentaire qui s'ajoutera au cursus traditionnel des études médicales. N'est-ce pas là reconnaître de manière éclatante l'échec de la formation dispensée aux étudiants en médecine pendant les sept premières années ? Sinon, à quoi bon une huitième année pour parfaire cette formation ?

M. Pierre Mauger. Très bien !

M. Bernard Pons. Je sais bien que cette huitième année est prévue pour respecter certaines directives prises au plan communautaire.

M. Pierre Mauger. On n'en a rien à faire !

M. Bernard Pons. Mais si nous devons nous aligner dans le domaine médical, madame le ministre, il ne faut pas s'en tenir là. Ainsi, il faut examiner les différents systèmes de médecine qui existent en Europe. Nous nous apercevons qu'ils sont très différents les uns des autres et que le système français a la particularité d'être un système mixte qui a une certaine originalité.

Par ailleurs, puisque nous allons renforcer la sélection en vue de l'accès aux études médicales, renforçons notre internat pour en faire un internat qualifiant, créer une huitième année d'études médicales pour former nos généralistes, exigeons de nos partenaires européens qu'ils fassent de même. Car je vous rappelle, madame le ministre, qu'un texte permet la libre circulation des médecins au sein de la Communauté ; rien n'empêchera, demain, de bloquer des étudiants en médecine français et de laisser s'installer sur notre territoire des médecins venant d'autres pays de la Communauté, notamment d'Italie, pays qui fait preuve en ce domaine d'un laxisme que vous avez d'ailleurs dénoncé. Il y a là un danger dont on doit tenir compte. (Très bien ! Très bien ! sur plusieurs bancs du rassemblement pour la République.)

M. Pierre Mauger. Et cela fera des chômeurs de plus !

M. Bernard Pons. Et puis l'étudiant qui aura échoué au concours de l'internat, et qui se trouvera donc engagé dans la voie de la médecine générale, devra y rester jusqu'à la fin de ses jours. Aujourd'hui, au contraire, un médecin qui a terminé ses études et qui s'installe comme généraliste peut, au bout d'un, deux, cinq ou dix ans, s'il est victime d'un accident de santé ou s'il connaît certains problèmes, se reconvertir et acquérir une spécialité. J'ai connu bien des spécialistes qui avaient été formés après un certain nombre d'années d'exercice de la médecine générale et qui pratiquaient une médecine de qualité dans leur spécialité.

Je sais bien que la commission a prévu une passerelle qui ne figurait pas dans le projet de loi. Mais cette passerelle est pourrie, si je puis dire, et personne ne pourra l'emprunter.

Le médecin devra avoir exercé pendant cinq ans. Pourquoi cinq ans ? Un médecin généraliste est-il à l'abri de tout accident après deux ou trois ans seulement d'exercice ? Il n'aura dans ce cas aucune possibilité de reconversion, et vous avez vous-même reconnu, madame le ministre, devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, qu'il devra alors passer l'internat. La commission a, en effet, prévu un internat aménagé dans la limite d'un quota de 5 p. 100, mais cette possibilité ne sera pas réelle. En effet, le médecin lancé dans la vie professionnelle active, handicapé par les insuffisances de la formation permanente, sera coupé de l'Université et de l'hôpital, et il lui sera quasiment impossible de se reconvertir.

Curieuse façon de promouvoir et de revaloriser la fonction du médecin généraliste que d'enfermer celui-ci dans un système dont il ne pourra plus sortir !

Telles sont, madame le ministre, les observations que je tenais à formuler et les questions que je tenais à poser au nom de mon groupe.

Cette réforme est davantage tournée vers le XIX^e siècle que vers le XXI^e siècle.

Aujourd'hui, la plupart des étudiants qui commencent leurs études médicales n'ont pas l'intention d'exercer la médecine pratique. Certains se dirigent vers la recherche, au sujet de laquelle votre projet est d'ailleurs muet ; d'autres s'orientent vers la médecine administrative ou industrielle.

Le groupe du rassemblement pour la République pense qu'il eût été plus raisonnable de prévoir une réforme des études médicales instituant un tronc commun de deux ans au terme duquel l'orientation aurait pu se faire selon trois grandes directions : une direction orientée vers la médecine pratique, avec la formation de généralistes et de spécialistes ; une direction orientée vers la médecine scientifique, c'est-à-dire vers la médecine de recherche et la médecine industrielle, dont notre pays a tant besoin ; enfin, une direction orientée vers la médecine administrative, la médecine scolaire, la médecine du travail, domaines qu'on peut considérablement développer.

Oui, madame le ministre, il est vrai que les médecins français sont inquiets du nombre d'étudiants en médecine qui vont être mis, en quelque sorte, sur le marché — mais je n'aime pas ce terme — dans quelques années. Vous avez parlé de 165 000 en 1990 si ma mémoire est bonne, et je ne conteste pas vos chiffres. Mais, mes chers collègues, quel que soit le vote que vous émettez ce soir, les 160 000 ou 150 000 médecins qui poursuivent actuellement leur formation arriveront sur le marché ! En effet, le texte que nous allons voter n'aura pas d'effet demain matin, mais dans neuf ans seulement.

Madame le ministre, le groupe du rassemblement pour la République aurait souhaité que le projet appréhende le problème de la démographie médicale et trouve des débouchés aux médecins qui « seront mis sur le marché ».

On a parlé tout à l'heure de la médecine scolaire, de la médecine du travail, de la médecine de dépistage, autant de secteurs qui nécessitent de gros efforts budgétaires. Bien sûr, ces efforts coûtent cher mais, en considérant leur rentabilité pour l'économie de la santé publique et en mettant dans les deux plateaux de la balance d'un côté les dépenses et de l'autre les recettes, on constate que ces disciplines sont autant d'économies souhaitables.

Au sujet de la coopération, qui est un vaste domaine, parlant du Mexique, du Brésil et de la Bolivie, vous avez déclaré, madame le ministre, que les médecins français n'avaient aucune possibilité de promotion dans ces pays. Il n'a d'ailleurs jamais été question de les y envoyer car ils sont largement pourvus en médecins de qualité. Mais les pays en voie de développement de l'Afrique francophone réclament de nombreux médecins français.

Les jeunes médecins français qui terminent leurs études se lanceront avec inquiétude dans la coopération s'ils n'avaient pas l'assurance, après quelques années, d'être réinsérés dans une activité médicale sur le territoire national et de bénéficier d'une protection sociale. Peut-être serait-il nécessaire d'effectuer certaines recherches dans cette voie.

Ce projet, madame le ministre, était très attendu. Il se présente a priori sous des auspices favorables, mais si on l'examine attentivement, on constate qu'il recèle certains dangers. Vous vous êtes défendue d'en faire, une loi-cadre, mais chacun se rend compte qu'un texte de loi ne comportant que trois articles nécessitera de nombreux décrets d'application.

En l'occurrence, ce n'est pas vous que je mets en cause. Ce n'est pas non plus l'administration. J'ai d'ailleurs pour habitude de souligner que l'administration française est l'une des

meilleures du monde lorsqu'elle est commandée par le pouvoir politique. Mais je crains une fois de plus, dans cet hémicycle, que le pouvoir politique s'exclue de lui-même et laisse tout pouvoir à l'administration.

En conclusion, ce projet de loi n'est pas monstrueux ; il est, à mon avis, insuffisant et imparfait. En un mot, il est rachitique. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à M. Millet.

M. Gilbert Millet. Vigilance, autorité, discipline : non, ces fortes paroles, ce n'est pas M. Christian Bonnet qui les a prononcées, mais vous, madame le ministre, en février dernier, devant les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales.

Vigilance, autorité, discipline : pour quoi faire ? Pour corseter éroitement les dépenses de santé en attendant que votre dispositif d'austérité soit mis totalement en place et devienne opérationnel.

Le projet de réforme des études médicales que nous discutons aujourd'hui fait partie intégrante de ce dispositif et nous ne saurions en discuter valablement sans le replacer dans l'ensemble des grandes orientations de votre politique de santé.

Maïs contre qui cette vigilance, cette autorité, cette discipline s'exerce-t-elle ? A l'encontre de la population afin de comprimer au maximum ses besoins de santé et à l'encontre de ce que vous appelez l'offre de soins que vous voulez restreindre de façon draconienne. En définitive, elle s'exerce pour renforcer une politique qui constitue une agression contre la santé des Français.

Cette agression, qui est d'ailleurs marquée par une ampleur et une violence nouvelles dans son exécution, frappe au premier chef ceux qui n'en peuvent plus de votre crise, aggravée toujours plus au rythme des impératifs de redéploiement des grandes sociétés multinationales que vous servez, madame le ministre. Votre crise constitue, dans ses composantes sociales, économiques, culturelles, morales, autant d'atteintes multiples, quotidiennes à l'équilibre de la santé.

Oui, vigilance, autorité, discipline à l'encontre de celui qui, rivié à sa chaîne, doit accélérer toujours plus le rythme de son travail jusqu'à y laisser parfois une partie de lui-même pour tout simplement, au bout du compte, craquer, ou à l'encontre de celle qui, après avoir fait des milliers de fois le même geste dans sa journée, sans même avoir le droit de glisser un mot à sa voisine — il faut bien gagner ses 2 000 francs pour vivre ! — après la fatigue d'un long retour, devra encore assumer souvent les soucis et les tâches de la maison.

Oui, vigilance, autorité, discipline à l'égard de tous ceux qui arrêtent le travail, à bout de résistance, mais que le patronat et vous-même voulez remettre au plus vite dans la production.

Vigilance, autorité, discipline à l'égard de ceux dont le seul horizon est la fumée, la poussière, la pollution, le bruit, le logement anonyme et auxquels est refusé le droit d'être, de vivre, d'aimer.

Vigilance, autorité, discipline à l'égard de ceux qui sont malades parce qu'ils ne peuvent travailler — malades du chômage — à l'encontre de ces jeunes que vous laissez sans avenir, à la merci du grand capital.

Vigilance, autorité, discipline pour tous ceux qui vivront moins longtemps que les P.D.G. parce qu'ils sont O.S. ou manœuvres ; dont les femmes accoucheront avant terme plus souvent que les autres ; qui auront moins recours que les autres aux services de la médecine ou du dentiste parce que les fins de mois sont difficiles.

Sans doute, à l'évocation de ces faits, vous apprêtez-vous, madame le ministre, à citer une fois de plus le misérabilisme, mais il s'agit du vécu quotidien de millions de Français marqués par l'inégalité sociale devant la maladie, le handicap, la vieillesse et la mort.

Vous n'appréciez pas que l'on vous rappelle ces inégalités pourtant inscrites dans les chiffres officiels ; elles contredisent trop l'image apaisante et rassurante de la prospérité et du confort que vous voulez donner du pays lors des élections européennes.

Vigilance, autorité, discipline parce que, face à la dégradation de la santé des gens, il vous faut encore plus d'austérité.

Il convient, avez-vous déclaré en février devant les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales, « de faire comprendre à la population qu'il existe un seuil de dépenses à ne pas dépasser ». Et vous avez ajouté, réprobatrice : « La population exige dans le domaine de la santé un confort plus grand, plus de satisfactions, elle refuse l'idée du risque, l'idée de la maladie, l'idée même de mort. »

Il est vrai, madame le ministre, que les Français mettent la santé au premier plan de leurs préoccupations en raison du gâchis et des dégâts causés par votre crise et aussi du progrès de la connaissance et des perspectives qu'elle ouvre. Mais cela est intolérable aux multinationales à base française. Pour maintenir leurs taux de profit, il leur faut drainer l'essentiel des richesses produites dans la nation par les travailleurs et casser les usines, les régions qui génent, et même la santé s'il le faut, ou tout au moins comprimer les besoins jusqu'à la limite du supportable.

Cette stratégie est d'ailleurs en discussion dans le cadre de la Communauté européenne. Au mois de mars dernier, lors de la réunion des ministres européens chargés de la sécurité sociale, vous avez rapporté sur la politique d'austérité dans le domaine de la santé à l'échelle européenne, un plan Davignon en quelque sorte pour la santé que vous appliquez, en France, en fonction des conditions propres de notre pays.

Vous êtes l'une des candidates de l'abandon national aux prochaines élections européennes et, dans le même temps, la propagandiste en Europe et en France de l'atteinte au droit à la santé des travailleurs.

Est-ce à dire que les Français ne peuvent trouver une réponse à leurs problèmes de santé ? Nous n'avons jamais prétendu cela. Il est vrai que notre système de protection sanitaire et sociale est l'un des plus avancés d'Europe. C'est d'ailleurs un des aspects spécifiques qui caractérise notre pays. On le voit aux luttes offensives et acharnées de la classe ouvrière française, aux capacités de nos chercheurs, de nos savants et de nos médecins, au dévouement et à la conscience professionnelle des travailleurs de la santé de notre pays.

Cependant, ces droits sanitaires et sociaux ne sont pas acquis une fois pour toute. Ils sont sans cesse remis en cause, avec une particulière violence, dans cette dernière période. Cui, il faut plus d'austérité, aussi devez-vous prendre des mesures en conséquence.

Sans doute vous abriterez-vous derrière les problèmes financiers réels de la sécurité sociale pour vous justifier. Mais, madame le ministre, nous avons maintes fois estimé et ici même fait la preuve — et je n'y reviendrai pas aujourd'hui — que la sécurité sociale est justement malade de votre crise, de la pratique du grand patronat et des mesures que vous prenez aujourd'hui encore dans le domaine de la santé comme dans les autres et qui contribuent toutes à enfoncer davantage le pays dans la crise.

Plus d'austérité : suppression de remboursement pour 1400 spécialités pharmaceutiques — et autres attaques contre la sécurité sociale — suppression récupérée par ailleurs par le patronat et vous-même pour servir d'instrument de cette politique de contrainte.

Démantèlement de la prévention, dont vous voulez faire porter la responsabilité sur les collectivités locales dans un prochain projet de loi.

Verrouillage de deux secteurs stratégiques — l'hôpital et le corps médical — comme vous l'avez annoncé à Dinard l'an passé.

L'hôpital qui est mis en étroite tutelle sous la responsabilité directe de votre ministère décidera la suppression des lits et des équipements, voire la liquidation de services entiers, en passant outre l'avis des conseils d'administration, des médecins, des élus : 9 535 lits sont destinés à être supprimés d'ici à 1985 dans la région parisienne et 67 237 pour l'ensemble de la France. Pour y parvenir, des procédures autoritaires que notre pays n'avait encore jamais connues seront engagées.

En même temps, l'hôpital sera asphyxié par une contrainte financière inexorable fixée forfaitairement chaque année, hors de laquelle il ne pourra sortir, l'ensemble étant aggravé par les impératifs de rentabilité que vous imposez au détriment de la qualité des soins et de la sécurité des malades.

Le minimum de gens dans le minimum de temps dans les services de cas aigus, telles sont vos indications qui transforment les malades en marchandise à rentabiliser, le tout s'accompagnant dès maintenant d'atteintes graves aux libertés à l'encontre du personnel qui lutte pour d'autres conditions de travail et de rémunération, en définitive pour de meilleures qualités de soins pour les malades.

Les menaces d'interdiction du droit de grève, de l'instauration de *Berufsverbote*, des interdits professionnels réclamés sur les bancs de votre majorité — je pense que M. Barblat s'expliquera sur les graves déclarations qu'il a faites — doivent, dans ce contexte, être prises au sérieux et recevoir la réponse qui s'impose.

Madame le ministre, j'ai rencontré dernièrement de nombreux chefs de service, des directeurs d'hôpitaux, des membres de conseils d'administration hospitaliers, notamment de la région parisienne. Le cri d'alarme est unanime. L'hôpital est bloqué. Que va-t-il devenir ? Comment répondra-t-il aux besoins ? L'écho est identique dans les interrogations de la fédération hospitalière de France.

Certes, on peut encore se faire soigner dans de bonnes conditions à l'hôpital, et cela tient aux raisons que j'ai exposées, mais jusqu'à quand ? Demain, qu'advient-il ? Dès maintenant l'équilibre est précaire !

Madame le ministre, finirez-vous par être poursuivie « pour non-assistance à personne en danger » si l'hôpital ne peut faire face à des besoins soudains ou imprévisibles ou en cas d'engorgement irrémédiable ? En vérité, la norme d'austérité de l'Europe n'est-elle pas, pour vous, ces dizaines de milliers de malades — environ 250 000 — qui sont inscrits sur des listes d'attente en Grande-Bretagne ?

Vigilance, austérité, discipline à l'égard du corps médical, c'est votre deuxième verrou. En effet, c'est par lui que passent une grande partie des dépenses de santé et donc la politique d'austérité à l'encontre des travailleurs de ce pays. Vous voulez le réquisitionner pour la chasse aux arrêts de travail. Vous l'avez déjà placé sur ordinateur afin d'en « normaliser » l'activité. Mais il vous faut plus : les libertés fondamentales de l'exercice médical elles-mêmes vous sont intolérables.

Ainsi à Strasbourg, devant les ministres européens, vous avez déclaré : « La liberté totale de prescription sans contrôle technique n'est plus concevable alors que l'évolution rapide des méthodes de traitement exige une mise à jour permanente du comportement des praticiens. » Mais la coercition extérieure ou administrative n'est pas non plus envisageable. Elle serait, d'une part, rejetée par le corps médical et elle présenterait, d'autre part, des risques pour la qualité des soins.

« Reste l'autocontrôle », ajoutez-vous, « par la profession médicale, du comportement, des prescriptions de chacun de ses membres. Il existe déjà, sous des formes diverses, en Allemagne fédérale, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas. Il doit être développé suivant des procédures à imaginer. Il peut être assorti de sanctions ou d'incitations économiques ou financières comme c'est le cas, je crois, en République fédérale d'Allemagne, quand la prescription médicale atteint un niveau jugé globalement excessif ou injustifié.

« Ces procédures constitueront, à l'avenir, un instrument privilégié de la maîtrise des dépenses. »

Voilà qui est clair, madame le ministre, l'Europe de l'austérité, c'est en même temps la médecine enchaînée contre la santé des travailleurs.

Votre projet de loi sur la réforme des études médicales prend, dans ces conditions, toute sa signification. Sa finalité s'inscrit dans la réponse aux questions suivantes : Quelle médecine ? Quelle formation par conséquent pour les médecins ? Pour quelle politique de santé ?

De fait, ce projet est éminemment dangereux car il est l'un des éléments de la mise en cause du droit à la santé de la population. Il est dangereux aussi pour l'avenir de la médecine de notre pays, pour ses capacités de développement, d'innovation et de recherche. C'est, en effet, un projet malthusien, autoritaire, conservateur et rétrograde.

Il s'agit d'un projet malthusien.

Notre parti, qui est un parti responsable, n'est certes pas indifférent à la bonne adéquation entre le nombre de médecins et les besoins de santé, mais ceux-ci sont considérés dans toute leur dimension et leur mouvement, induits par l'irruption du champ social dans la pratique médicale et par le progrès des sciences et des techniques.

Votre démarche est totalement différente, elle tend à réduire le nombre des prescripteurs en formation. Ne déclariez-vous pas à Strasbourg : on peut attendre de l'augmentation importante du nombre des médecins « un développement rapide du nombre des actes médicaux et des prescriptions qui en découlent » ? En conséquence, la sélection est renforcée à la fin du premier cycle et, au bout de la chaîne, on assiste à une compression autoritaire du nombre de spécialistes en formation par le canal de l'internat, les spécialistes étant les plus importants prescripteurs de dépenses de santé.

Il s'agit d'un projet autoritaire.

J'ai déjà évoqué les graves atteintes aux libertés de l'exercice médical. Dans ce projet, les procédures autoritaires que vous instituez pour le contrôle du nombre des lits et des équipements

hospitaliers, procédures qui négligent les responsabilités des conseils d'administration, comme je le faisais remarquer tout à l'heure, s'étendent au nombre de postes d'internes par service qui sera placé directement sous votre responsabilité.

Il s'agit d'un projet conservateur et rétrograde.

Ainsi, il n'évoque à aucun moment le contenu des études, ce qui est particulièrement révélateur. Pourtant, le contenu est lui-même déterminé par le rôle que vous assignez aux médecins, et l'on doit s'interroger sur le portrait-robot que vous en tracez. Le médecin ordonnateur de l'austérité sera en même temps celui qui pense les blessures de la crise, « ce supplément d'âme » ou, selon les termes du rapport du Conseil économique et social, « ce médiateur entre Dieu et les hommes ».

Pour une telle pratique, le savoir et donc le contenu de la formation comptent moins que le savoir-faire.

Par ailleurs, le projet recoupe étroitement vos objectifs dans le domaine hospitalier: quelques services hypertechnicisés, sièges de la médiocratie, selon les termes du fameux rapport du Conseil économique et social, vont de pair avec la démedicalisation progressive de l'appareil hospitalier, siège des résidents généralistes.

Le principe du résidanat, fonction hospitalière à responsabilité pour le futur médecin généraliste, pourrait constituer un grand progrès pour sa formation, mais dans les conditions que je viens d'évoquer, il ne saurait être qu'un signe de la dégradation de l'appareil hospitalier.

L'absence de référence dans le projet aux conditions du résidanat, notamment en ce qui concerne les structures d'enseignement indispensables à sa mise en œuvre, est inquiétante.

Les conséquences de ce projet sur l'avenir de la médecine hospitalière sont gravement hypothéquées par la modification profonde de la finalité du nouvel internat, le rôle du futur interne étant réduit à celui d'étudiant en formation en spécialité.

Au-delà du flot dévastateur de la démagogie et de la flatterie à l'égard de la médecine générale, il s'agit d'une dévalorisation de fait de cette discipline, le troisième cycle du généraliste constituant la filière parente pauvre des laissés pour compte de l'internat.

Ainsi, dans ce qu'il dit et ce qu'il ne dit pas, dans ses motivations et ses implications pour l'immédiat et pour l'avenir, ce projet d'inspiration européenne est bien un projet malthusien, autoritaire, conservateur et rétrograde. Il s'insère dans le dispositif qui met en cause le droit à la santé des Français dans le contexte des inégalités sociales qui est la marque de votre politique.

Est-ce à dire qu'il ne faut pas réformer les études médicales ? Assurément, une réforme s'impose à la mesure des besoins du mouvement des connaissances et donc des retards, des décalages, des insuffisances qui en découlent. Mais elle devrait s'inspirer de prémisses opposées reposant sur une démarche démocratique non seulement dans sa finalité en apportant des réponses de qualité aux besoins de santé de la population — notamment celle qui est la plus frappée par les inégalités sociales — mais aussi dans son élaboration et sa mise en place avec le concours de tous les intéressés, notamment les étudiants et les enseignants, ce qui est le contraire de votre pratique.

Nous repousserons donc votre projet et, au cours du débat, nous développerons d'autres propositions — mon ami Pierre Zarka y reviendra.

Quoi qu'il en soit, devant la gravité et la violence des atteintes à la protection sanitaire et sociale des travailleurs et de la population, des luttes se développent et s'amplifient pour la défense de la sécurité sociale, contre les contrôles patronaux des arrêts de travail, pour d'autres conditions de vie et de travail, pour la défense de l'hôpital et, ces temps derniers, contre votre projet de réforme des études médicales.

Ces luttes sont marquées par leur diversité, leur combativité. Elles se heurtent, comme je l'ai montré tout au long de mon intervention, à l'autoritarisme renforcé de votre politique; elles posent avec acuité la question des libertés et des conquêtes d'une démocratie refusée.

Elles illustrent les liens entre progrès social et démocratie, d'une part, et politique de santé et progrès de la connaissance, d'autre part.

Elles sont le terrain de larges convergences que, pour notre part, nous ferons tout pour amplifier et favoriser.

Elles constituent les bases durables de l'alliance, autour de la classe ouvrière, de tous ceux qui sont pris dans les engrenages de votre politique.

Mais mon propos d'aujourd'hui, à l'occasion de ce projet de loi, était d'alerter le pays, les travailleurs, les professionnels de santé, les médecins, sur les graves conséquences d'une orientation froide, calculée et préjudiciable à la santé des gens, conséquences que vos projets d'intégration européenne ne pourraient que rendre plus implacables encore.

Par leurs luttes et leur vote du 10 juin, les travailleurs et la population de notre pays sauront dire « non » à ce nouveau plan Davignon de la santé. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Barbier.

M. Gilbert Barbier. Mesdames, messieurs, si nous sommes conduits à débattre d'un projet de loi portant réforme des études médicales, c'est qu'à l'évidence le système actuel comporte des lacunes et des imperfections.

Première disposition de ce texte: la limitation du nombre des étudiants en médecine. Poursuivre la formation des médecins au rythme de plus de 9 000 par an, c'est pérenniser un accroissement de 6 000 médecins par an du nombre de ceux qui exercent. Quel que soit le pourcentage par habitant que l'on recherche en fonction de diverses options politiques ou du fonctionnement de la santé publique, une limitation est dès à présent nécessaire si l'on ne veut pas créer des contingents d'étudiants privilégiés par rapport à ceux qui connaîtront les mesures draconiennes de limitation que l'on devra prendre nécessairement tôt ou tard. Il est grave, en effet, de continuer à former des diplômés en médecine sans pouvoir leur garantir qu'au terme de sept années d'études après le baccalauréat ils échapperont au chômage. C'est grave non seulement pour la société qui doit en supporter le coût, mais aussi et surtout pour les intéressés.

Nous ne connaissons déjà que trop la situation dramatique dans laquelle se trouvent des jeunes super-diplômés — que ce soit en lettres ou en droit — qui n'ont pas de débouchés professionnels correspondant à leur formation, par inadéquation du nombre des diplômés aux offres du marché de l'emploi.

Dans le domaine médical où les possibilités de débouchés extérieurs à la profession sont pratiquement nuls, il est impérieux de limiter l'accès à un nombre raisonnable d'étudiants. Il est assurément difficile de dire si le nombre de 6 000 est trop ou pas assez élevé, d'autant que la répartition des médecins sur le territoire fait apparaître des distorsions entre le sud et le nord de la Loire, les régions rurales et les zones urbaines. Il est donc important de donner aux ministres responsables le pouvoir de moduler régionalement les possibilités de formation.

La limitation du nombre des médecins formés s'impose si l'on veut préserver cette médecine-praticienne libérale à laquelle les Français sont si profondément attachés. La croissance exagérée du nombre des médecins conduit à la surenchère et à la concurrence dont ni la sécurité sociale ni le malade ne tirent profit.

Parmi les critiques les plus souvent émises à l'encontre de cette sélection, il y a celles qui lui reprochent d'avoir lieu à la fin de la première année sur des matières presque exclusivement scientifiques et de faire ainsi barrage aux bacheliers littéraires. Je ne pense pas qu'il soit souhaitable de trop modifier les critères actuels. La médecine demeure, certes, un art; mais la rhétorique ne peut remplacer les notions de physique et de chimie de plus en plus nécessaires à la bonne compréhension de la pathogénie. La rigueur mathématique est souvent plus efficace que la dissertation. Certes, le médecin doit être à visage humain; mais n'est-ce pas faire une classification un peu rapide que de mettre d'un côté les scientifiques et de l'autre les littéraires, déniaient toute qualité humaine et toute sensibilité aux uns au bénéfice des autres ?

Ce que l'on peut simplement regretter, c'est l'absence de médicalisation des disciplines enseignées dans les premières années. Il serait souhaitable que, dès ce stade, l'application médicale de ces sciences fondamentales puisse être abordée par les étudiants. Cela aurait aussi l'avantage de réduire la trop grande influence de la théorie dans la sélection.

En ce qui concerne la limitation de l'accès à la spécialisation, dans ce domaine comme dans le précédent, il importe de diminuer le nombre des spécialistes formés. Du fait de la diversité des spécialités, il est peut-être encore plus difficile d'analyser les besoins et même la situation actuelle. Mais il apparaît indéniable que beaucoup d'étudiants ou d'étudiantes cherchent seulement, dans la voie de la spécialité, à échapper à l'exercice de la médecine générale auquel ils sont mal préparés.

La progression constante du pourcentage de spécialistes par rapport aux généralistes aboutit à une transformation du rôle du spécialiste. De plus en plus, le spécialiste intervient comme premier consultant. On consulte directement le pédiatre, l'ophtalmologiste, le gynécologue, le cardiologue pour la moindre petite affection. Cela a pour conséquence d'enlever au généraliste le rôle fondamental qu'il doit jouer et de le ramener au rang d'officier de santé, souvent évoqué. Le spécialiste doit reprendre sa véritable place, qui est celle de consultant et qui a disparu dans beaucoup de spécialités. Il serait intéressant à ce sujet d'avoir des précisions sur cette notion de premier consultant au niveau des spécialistes.

Il est certain que la concurrence de plus en plus âpre entre spécialistes et la nécessité de s'assurer un minimum de clientèle dans certaines grandes villes ne vont pas du tout dans ce sens. Et que dire du renvoi de spécialiste à spécialiste pour arriver au total à une synthèse qui ne pourrait être bien faite que par un bon généraliste ?

Deuxième disposition importante de ce texte : la réforme du troisième cycle de formation telle qu'elle avait été préconisée dans le rapport de la commission Fougère, et d'abord en ce qui concerne la formation du généraliste.

Instituer un cycle terminal de formation du généraliste est devenu une impérieuse nécessité, tant il apparaît, de réforme en réforme, que, depuis quelques années, cette formation n'est plus assurée. La progression des effectifs a rendu illusoire tous les stages pratiques des étudiants dans les hôpitaux. L'accroissement du nombre des assistants chefs de clinique et des internes, la suppression de l'externat ont enlevé toute possibilité d'exercice sous contrôle pour les étudiants. On peut même voir certains stages pratiques se dérouler sans que l'étudiant pénètre dans le secteur d'hospitalisation d'un service, l'intéressé ne recevant que des enseignements en salle de cours.

Le stagiaire interné est devenu, dans le centre hospitalier universitaire, le misérable à qui personne n'adresse la parole, qui n'a droit qu'à suivre la visite, à « fureter » dans les services, dans une situation de porte-à-faux particulièrement désoobligeante. La reconnaissance d'un véritable statut pour le troisième cycle du généraliste sera certainement un élément de revalorisation important de cette médecine générale. Le terme de « résident », qui a été retenu, paraît à cet égard particulièrement judicieux, quand on sait le prestige qui s'attache à ce terme dans certains pays.

Il y a lieu, bien sûr, de faire en sorte que les intentions soient suivies d'effets en ce qui concerne le fonctionnement de ce résidanat, qui n'est pas sans poser de problèmes. Il ne saurait être question que le résidanat soit mis en place uniquement par substitution des postes d'internes des hôpitaux généraux. En effet, il existe de plus en plus dans ces hôpitaux des services spécialisés ou des services dits « généraux » très spécialisés alors que, dans les C. H. U., subsistent des services gardant une certaine activité polyvalente. Il importe donc d'éviter un découpage trop hâtif mettant les internes en C. H. U., les résidents en périphérie ; sinon, cet enseignement pratique de la médecine générale serait encore pour beaucoup une chimère, d'autant plus qu'une telle façon de procéder entraînerait des perturbations extrêmement graves dans le fonctionnement des hôpitaux généraux. Il serait donc souhaitable qu'un recensement soit fait au niveau régional, d'une manière particulièrement approfondie, en vue de déterminer les postes formateurs pour ce troisième cycle du généraliste.

Parallèlement à cette nécessaire formation pratique, il apparaît indispensable de poursuivre une certaine formation théorique fondée essentiellement sur la thérapeutique et sur l'économie médicale. Un problème pratique mais important va se poser : celui du mode de répartition dans les postes formateurs à l'issue du second cycle. Il conviendrait que disparaisse tout ce qu'il peut y avoir d'arbitraire dans l'état actuel des choses. Pour cela, nous soutiendrons l'amendement de M. Comiti instaurant un examen classant de fin de second cycle.

Certes, il n'est agréable à personne d'avoir à s'exiler pour deux ans. Il est certain que des problèmes familiaux et financiers peuvent se poser mais il importe de supprimer le trafic d'influence qui existe actuellement dans cette répartition des postes. Pour ce faire, le mieux est d'instituer une sorte de classement pouvant permettre d'exercer un choix.

Le stage chez le praticien a soulevé beaucoup de problèmes. Le principe doit en être affirmé, tant il est vrai que tout ce qui peut être vu ou appris à l'hôpital est encore loin de la pratique médicale quotidienne. La diminution sensible des possibilités de remplacement qui constituait souvent la seule approche de l'exercice médical laisse beaucoup d'étudiants en fin de formation dans une méconnaissance totale de leur vie professionnelle future. Il importera de déterminer des critères précis pour désigner les maîtres de stage dont la rémunération doit, selon nous, être abordée avec beaucoup de prudence.

Le cycle de formation des spécialistes nécessite également une réforme profonde. La double filière d'accès à la spécialité est à l'origine d'une situation paradoxale dans laquelle on voit, d'un côté, des spécialistes passés par l'externat et, de l'autre, des spécialistes issus des certificats d'études spéciales. Cette deuxième filière conduit à la spécialité bon nombre d'étudiants qui se tournent vers cette voie par mesure de sauvetage, devant la peur d'avoir à exercer la médecine générale. Mais elle ne comporte quasiment aucune formation pratique et entraîne les mêmes inconvénients que ceux qui ont déjà été évoqués pour les généralistes.

L'externat par le jeu des équivalences ne comporte pas de formation théorique et peut être la source d'un certain nombre d'incohérences et d'anomalies, dont la principale est la spécialisation rapide, dans une branche donnée, de jeunes étudiants qui ne possèdent même pas un minimum de connaissances générales, hors celles — très livresques — des questions d'externat.

De plus, notre pays se doit de s'aligner le plus rapidement possible sur les normes européennes de formation des spécialistes pour ne pas pénaliser les étudiants français qui ne pourraient s'installer dans la Communauté, alors que les frontières de notre pays sont ouvertes aux médecins des Etats membres.

Le système de présélection semble devoir être abandonné. On ne peut que le regretter. En effet, le cursus médical est perturbé par la dualité : études universitaires, préparation aux concours d'externat, avec la pratique des préparations parallèles dont la sélection se fait souvent par l'argent.

En outre, la possibilité de se présenter à plusieurs concours d'externat aboutit à une hiérarchie parmi les facultés : celles où l'on prépare l'externat avec des pourcentages de réussite importants et les autres où les chances d'accès à l'externat sont minimes. Je n'en prendrai pour exemple que ma faculté d'origine, celle de Besançon, où le nombre des étudiants originaires de cette faculté et reçus à l'externat n'est que de 10 à 15 p. 100 selon les années. Il y a donc ainsi, là encore, une sélection par l'argent, étant entendu que les mieux lotis pourront chercher à s'inscrire à Paris ou ailleurs, et auront beaucoup plus de chances de revenir comme internes là d'où ils sont partis. Un système de présélection aurait peut-être minimisé ce phénomène qui crée entre les facultés une disparité que chacun s'accorde à vouloir faire disparaître.

Une autre remarque s'impose sur cet externat qualifiant : la nécessité de le pourvoir d'un enseignement théorique structuré et qu'au terme de cet externat il existe un contrôle des connaissances. Cela pourrait être l'amorce d'une accession à la hiérarchie hospitalo-universitaire, question qui n'entre pas dans le cadre de ce projet de loi.

Voilà donc les trois données essentielles de ce texte.

Les reproches qu'on peut lui adresser sont qu'il apparaît très succinct et que plusieurs de ses dispositions restent du domaine réglementaire. Pour s'en tenir à quelques-uns, citons le statut des résidents, la manière dont ceux-ci seront nommés, les modalités d'accès à l'externat, le stage chez le praticien, les critères du stage formateur tant en médecine générale qu'en spécialité, les possibilités de passerelles.

Et, en définitive, les discussions et les prises de position portent essentiellement sur ces modalités d'application dont nous attendons, madame le ministre, que le Parlement soit étroitement associé, par l'intermédiaire de sa commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à leur élaboration.

Il s'agit là, apparemment, à en juger par les critiques qui vous sont adressées par avance et les procès d'intention qui vous sont faits, d'un bon texte, car il propose des solutions véritables aux problèmes qui se posent en matière de formation des médecins et nous ne doutons pas de votre volonté de faire concorder les décisions réglementaires qui seront prises avec l'esprit du texte de loi.

Bien sûr, ce projet a suscité des réactions violentes de la part des étudiants et des internes des hôpitaux.

A un étudiant, représentant un syndicat d'étudiants, je posai la question : « Que reprochez-vous à cette réforme, vous qui êtes en troisième année et avez passé le redoutable cap de la présélection ? » Il me répondit : « Nous allons être obligés de travailler pendant toute la durée de nos études. »

Quant aux internes, quelles sont leurs revendications essentielles ? Avant tout le droit à une carrière hospitalière. Peut-on envisager un seul instant de reconnaître ce droit aux 1 800 internes nommés actuellement chaque année ? Si, pour un petit nombre, l'externat reste la première étape dans la hiérarchie hospitalière, pour la plupart — et il en a toujours été ainsi — il ne restera que ce qu'il doit être, la meilleure façon de se préparer à l'exercice de la profession.

L'union pour la démocratie française entend, en votant ce texte, apporter une sensible amélioration à la formation des médecins, notamment des généralistes, qui, il faut le reconnaître, s'était sérieusement dégradée depuis quelques années. Nous pensons ainsi conforter et pérenniser le système de santé libéral auquel nous sommes, comme tous les Français, profondément attachés. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française.)

M. Gilbert Millet. Et les interdits professionnels ?

M. le président. La parole est à M. Bapt.

M. Gérard Bapt. Le texte qui est aujourd'hui présenté à l'Assemblée nationale est, quoique Mme le ministre s'en défende, une loi-cadre. C'est même une loi-cadre réduite à sa plus simple expression. C'est un squelette, une coquille, la part la plus large étant réservée au domaine réglementaire, c'est-à-dire à vous-même, madame le ministre, et à votre administration.

Vous avez d'ailleurs senti ce déséquilibre puisque vous avez jugé bon d'accompagner le texte de votre projet et son exposé des motifs de précisions sur les textes réglementaires qui pourront suivre. Vous indiquez bien, toutefois, que ces propositions pourront être modifiées, non seulement en fonction de l'évolution que le projet de loi subira devant le Parlement mais aussi à la suite de la concertation qui continuera d'être menée avec les différents partenaires; ce qui revient à dire que vous gardez les mains libres pour appliquer un texte de loi raccourci au strict minimum.

Aussi pensons-nous que l'Assemblée doit se réserver la possibilité de contrôler annuellement l'application qui sera faite du texte qu'elle aura voté.

Ce texte traite de la réforme du troisième cycle des études médicales. C'est là du moins l'objet de ses deux premiers articles. Mais il comporte aussi un troisième article qui concerne, lui, le premier cycle des études médicales, et qui traite de la sélection.

Or, nous savons que la politique gouvernementale ne fait œuvre réformatrice que sous la pression de la rue, ou bien encore dans la crainte d'une échéance électorale, ou bien enfin sous la contrainte de certains impératifs économiques. Et nous pensons que c'est bien l'opportunité économique qui a suscité le débat d'aujourd'hui, pour que cette évidence, qui l'était depuis de nombreuses années, selon laquelle n'étaient satisfaisantes ni la formation des spécialistes ni la formation des généralistes, soit enfin prise en considération.

Procès d'intention? Certainement pas, puisque ce jugement porte sur l'opportunité de ce projet et coïncide avec celui que nous portons sur la nature de votre politique en matière de sécurité sociale ou bien de secteur hospitalier public, par exemple. Confirmation de ce jugement a été donnée devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales par M. le conseiller Fougère lorsqu'il a rapporté ce propos, que lui avait récemment tenu M. le Premier ministre, selon lequel c'était la crise de la sécurité sociale qui faisait qu'une suite était donnée plus tôt que prévu aux travaux de la commission qui portait le nom de son président.

Autre confirmation a été donnée par le conseiller technique pour les affaires médicales du ministre des universités, au cours d'une table ronde reproduite par *Le Quotidien du Médecin*, lorsqu'il a déclaré: « La réduction à six mille du nombre des étudiants admis à poursuivre le premier cycle n'a pas la même origine que la réforme du troisième cycle. Elle nous a été demandée par M. le Premier ministre, dans le cadre du redressement financier de la sécurité sociale. »

Ainsi est-ce bien la nécessité d'une certaine politique économique et sociale qui motive le débat d'aujourd'hui, engageant les pouvoirs publics sur une voie malthusienne, alors même qu'aucun compte n'a été tenu des besoins actuels en médecine scolaire, médecine du travail, protection maternelle et infantile, recherche, alors qu'aucune réflexion n'a été engagée sur les possibilités de développement d'une médecine lente, économie de moyens techniques, véritable revalorisation de la fonction du généraliste dans son exercice même, notamment de la façon dont il supplée trop souvent actuellement l'insuffisance du nombre des travailleurs sociaux.

Ce qui nous conduira enfin à désapprouver votre projet de loi, c'est que la référence aux besoins de la population, qui y figure plusieurs fois, apparaît purement formelle, puisque aucune base de leur évaluation n'a pu nous être fournie. Qui plus est, tous nos amendements visant à réintroduire la notion des besoins de la population par le biais d'une procédure de consultation périodique, par exemple quinquennale, passant par les assemblées régionales, ont été systématiquement repoussés. Aussi réaffirmons-nous notre objectif de doter chaque région d'un laboratoire régional de santé, chargé de recueillir l'information sanitaire à partir des structures existantes, de promouvoir des enquêtes épidémiologiques ainsi que des recherches dans le domaine de la santé publique, notamment en ce qui concerne les besoins potentiels et l'adéquation des moyens.

Aussi ne pouvons-nous approuver un texte qui porte accord implicite pour la réduction à six mille du nombre des étudiants formés et qui correspond à la fois aux exigences du patronat, tuteur de la sécurité sociale, et à celles des organisations médicales les plus rétrogrades, tel le conseil national de l'ordre des médecins, qui, lui, avait avancé le chiffre de cinq mille.

Qu'en sera-t-il encore, dans le cadre de cette sélection aggravée, des milliers d'étudiants qui verront leur existence hypothéquée par plusieurs années d'échecs? Les socialistes ne sont pas opposés, a priori, pour la formation des médecins, à l'idée de planification et de régulation. Mais ils veulent substituer à la sélection sauvage, source de gaspillage et de frustrations, une orientation basée, au cours de la première année, sur une formation initiale en partie commune à l'en-

semble des carrières de santé, par un enseignement pluridisciplinaire de type modulaire dans le cadre de nouvelles structures universitaires regroupant toutes les préparations aux professions de santé.

Reste ce qui est le seul objet de véritable réforme des études médicales et qui concerne le troisième cycle: l'institution de l'internat qualifiant et du résidanat. Nous ne pouvons qu'approuver les objectifs d'amélioration de la formation qui guident la réforme.

L'internat qualifiant correspond à la nécessité de l'amélioration de la formation pratique de tous les spécialistes, le cas de la psychiatrie devant à notre sens être traité spécifiquement.

Cette innovation pose néanmoins plusieurs problèmes. Concours ouvert à tous, conservant son caractère d'accès à une fonction hospitalière, il n'en présentera pas moins désormais une dualité hospitalo-universitaire accrue puisqu'il définira, selon les termes mêmes du projet de loi, « les étudiants pouvant seuls poursuivre leurs études... en vue d'une spécialité ». Faisant désormais partie du cursus universitaire, le programme du concours devrait tenir compte des acquis de l'enseignement du deuxième cycle. De même serait-il malsain que la préparation au concours, tout en restant dans un cadre parallèle et ressortissant au volontariat, garde ce qui est actuellement le cas pour certaines facultés, un statut purement privé et à caractère lucratif.

Pour la préparation d'un concours dont le caractère universitaire sera évident désormais, il faut qu'il existe dans chaque faculté un cycle officiel et gratuit de préparation placé sous contrôle universitaire, même si les modalités de ce contrôle peuvent être très diversifiées.

Rien n'est dit non plus sur le statut du futur interne: hier, médecin en principe à mi-temps, demain étudiant-spécialiste en formation à plein-temps mais assumant des fonctions de soins et d'urgence; un statut définissant conditions d'exercice et de rémunération doit être négocié avec les associations et syndicats d'internes.

Qu'en sera-t-il, enfin, des conditions de fonctionnement des établissements hospitaliers, dans la mesure où le nombre, par spécialité, de postes d'internes ne sera fixé qu'en fonction des capacités de formation, à l'exclusion des besoins hospitaliers?

Pourquoi n'avoir pas profité de la réforme du troisième cycle pour préciser également les modalités d'accès à la carrière hospitalière, en instaurant par exemple une procédure de concours, là encore basée sur le volontariat, en fin d'internat, concours qui ouvrirait non seulement à la carrière universitaire mais permettrait aussi l'accès au corps des médecins hospitaliers mono-appartenants, dont votre réforme implique qu'il faut notablement augmenter le nombre?

L'institution d'un résidanat répond aussi à la nécessité d'améliorer la formation du futur généraliste. Mais est-il indispensable d'allonger d'un an la durée des études, alors qu'un renforcement de l'autonomie pédagogique des établissements permettrait de rattraper cette année par une meilleure distribution des enseignements?

Surtout, le résidanat ne correspondrait qu'à un artifice de forme, sans amélioration réelle de la formation par rapport à celle qui devrait actuellement être dispensée aux stagiaires internés, si l'encadrement médical n'est pas amélioré dans les hôpitaux généraux auxquels la suppression de l'internat des régions sautaires posera de graves problèmes de fonctionnement en raison de la sous-médicalisation qui est fréquente. Il serait inacceptable que les internes y soient simplement remplacés par les résidents. Or, aucune solution cohérente, basée notamment sur une évaluation des besoins hospitaliers à pourvoir effectuée au niveau de chacun des centres hospitaliers, n'a été prévue.

Il y a dans ce projet trop d'incertitudes, trop de lacunes et trop de dangers en ce qui concerne le contenu pédagogique et les besoins hospitaliers pour que nous eussions pu le voter et vous donner le blanc-seing que vous nous demandez, même si le texte n'avait concerné que le seul troisième cycle. Comment croire, en effet, que les contraintes budgétaires que vous vous fixez permettront de créer les postes d'agrégés, de chefs de clinique et de médecins hospitaliers nécessaires? Comment croire qu'il sera permis à cette réforme, placée comme elle l'est dans un contexte de volonté de compression des dépenses de santé, d'aller jusqu'au bout de certaines de ses implications dans ce qu'elles pourraient avoir de positif? Comment ne pas voir que votre projet ne s'insère dans aucune perspective de réforme structurelle de l'offre de soins et de la protection de la santé en général, alors que persistent tant de graves inégalités devant la maladie et la mort?

Le chiffre de six mille étudiants, que vous avez choisi, n'est nullement la fatalité que vous affirmez, y compris en regard de la densité médicale. Les Allemands, partant d'une densité supé-

rieure à la nôtre, ont choisi le chiffre de dix mille. La réduction à six mille par an des étudiants en formation correspond à la fois à la volonté d'alléger les dépenses sociales et à celle de préserver les intérêts d'une fraction privilégiée du corps médical, qui se dissimule derrière les références aux grands principes de la médecine libérale.

Certains de ces principes, que les socialistes défendent, ne sont pas spécifiques à l'exercice libéral, ni parfois d'ailleurs particulièrement respectés par cette forme d'exercice. Ainsi en est-il du libre choix du médecin, de la liberté de prescription et du secret professionnel. Certains, poussant jusqu'au bout le libéralisme, réclament déjà la liberté tarifaire et l'entente directe.

Mais apparaissent aussi certaines contradictions au libéralisme. La liberté de prescription est remise en cause par les profils médicaux et par vos déclarations récentes, madame le ministre. La liberté d'installation est parfois mal ressentie.

Le rapporteur, après un hommage rendu exclusivement à la médecine libérale — ce qui est étonnant de la part d'un médecin des hôpitaux qui oublie que 30 p. 100 des médecins exercent une activité salariée à plein temps — note lui-même que le moindre paradoxe de votre texte n'est pas que vous soyez obligée de « recourir à une méthode centralisatrice pour sauvegarder les vertus de la médecine libérale ».

Ce paradoxe est pour nous, socialistes, un signe de la contradiction existant entre la volonté de restreindre les dépenses de santé, qui est celle de votre Gouvernement, et les lois du libéralisme auquel par ailleurs il se réfère. Cette contradiction, vous la résolvez de manière dirigiste, en comprimant autoritairement le nombre de ceux qui pourront plus tard exercer au nom de ces principes libéraux auxquels la logique de votre réponse à la crise ne laissera progressivement qu'un caractère de plus en plus formel.

Face à ce dirigisme et à ce centralisme, expressions du malthusianisme actuellement dominant dans le corps médical, nous opposons une politique globale de la santé, fondée sur une organisation sanitaire décentralisée, adaptée aux besoins spécifiques et aux conditions de vie des populations concernées, ouvertes à des pratiques diversifiées, parfois novatrices.

Cette approche suppose que le processus de décision s'inscrive dans le cadre d'une planification afin de coordonner les moyens disponibles et donne aux collectivités de base toutes les informations nécessaires à l'orientation de leurs propres choix.

La minceur de votre projet de loi qui laisse à votre administration les mains libres, le renforcement de la centralisation et du dirigisme, le rejet de tous nos amendements visant à associer les assemblées régionales à la prise de décision dans le cadre d'une planification démocratique de la protection de la santé, tout va à l'encontre de notre projet pour la santé qui s'inscrit dans notre perspective autogestionnaire.

Aussi, malgré certaines intentions de votre projet de loi que nous jugeons positives, voterons-nous contre ce texte que nous condamnons globalement. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— 3 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures trente, deuxième séance publique :

Fixation de l'ordre du jour ;

Suite de la discussion du projet de loi n° 1033, relatif aux études médicales (rapport n° 1070 de M. Jacques Sourdille, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-huit heures cinquante-cinq.)

Le Directeur du service du compte rendu sténographique
de l'Assemblée nationale,
LOUIS JEAN.

(Le compte rendu intégral de la 2^e séance de ce jour sera distribué ultérieurement.)