

# JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## DÉBATS PARLEMENTAIRES ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

7<sup>e</sup> Législature

QUATRIÈME SESSION EXTRAORDINAIRE DE 1981-1982  
(7<sup>e</sup> SEANCE)

### COMPTE RENDU INTEGRAL

1<sup>re</sup> Séance du Lundi 27 Septembre 1982.

#### SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. ALAIN VIVIÉ

1. — Nominations d'un député en mission temporaire (p. 5110).
2. — Offices d'intervention dans le secteur agricole. — Communication relative à la désignation d'une commission mixte paritaire (p. 5110).
3. — Déclaration de l'urgence de projets de loi (p. 5110).
4. — Représentation de l'Assemblée nationale au sein d'organismes extraparlimentaires (p. 5110).
5. — Renvoi pour avis (p. 5110).
6. — Etudes médicales et pharmaceutiques. — Discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 5110).  
M. Louis Lareng, rapporteur de la commission des affaires culturelles.

M. Robin, rapporteur pour avis de la commission de la défense nationale.

M. Savary, ministre de l'éducation nationale.

M. Raltte, ministre de la santé.

Discussion générale :

M<sup>me</sup> Fraysse-Cazalis,

MM. Marcua,

Couqueberg,

Jacques Blanc,

Hage,

Le Foll,

René Haby,

Gréard,

M<sup>me</sup> Fiévet.

M. le ministre de l'éducation nationale.

MM. le ministre de la santé, Jacques Blanc.

Clôture de la discussion générale.

Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.

7. — Ordre du jour (p. 5132).

## PRESIDENCE DE M. ALAIN VIVIEN,

vice-président.

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

## NOMINATION D'UN DEPUTE EN MISSION TEMPORAIRE

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de M. le Premier ministre une lettre l'informant de sa décision de placer M. Alex Raymond, député de la quatrième circonscription de la Haute-Garonne, en mission auprès de M. le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de la décentralisation.

Cette nomination a été publiée au *Journal officiel* du 25 septembre 1982.

— 2 —

OFFICES D'INTERVENTION  
DANS LE SECTEUR AGRICOLECommunication relative à la désignation  
d'une commission mixte paritaire.

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de M. le Premier ministre la lettre suivante :

Paris, le 23 septembre 1982.

Monsieur le président,

Conformément à l'article 45, alinéa 2, de la Constitution, j'ai l'honneur de vous faire connaître que j'ai décidé de provoquer la réunion d'une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à la création d'offices d'intervention dans le secteur agricole.

Je vous serais obligé de bien vouloir, en conséquence, inviter l'Assemblée nationale à désigner ses représentants à cet organisme.

J'adresse ce jour à M. le président du Sénat une demande tendant aux mêmes fins.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'assurance de ma haute considération.

Cette communication a été notifiée à M. le président de la commission de la production et des échanges.

Le délai de dépôt des candidatures expire le vendredi 24 septembre 1982, à dix-huit heures.

Le nombre des candidats n'étant pas supérieur au nombre de sièges à pourvoir, la nomination a pris effet dès l'affichage des candidatures.

Jé rappelle que la commission mixte paritaire se réunira mardi 28 septembre 1982, à dix heures.

— 3 —

## DECLARATION DE L'URGENCE DE PROJETS DE LOI

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de M. le Premier ministre les trois lettres suivantes :

Paris, le 24 septembre 1982.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en application de l'article 45 de la Constitution, le Gouvernement déclare l'urgence du projet de loi modifiant l'ordonnance du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'assurance de ma haute considération.

Paris, le 27 septembre 1982.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en application de l'article 45 de la Constitution, le Gouvernement déclare l'urgence du projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale (n° 1076).

Veuillez agréer, monsieur le président, l'assurance de ma haute considération.

Paris, le 27 septembre 1982.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en application de l'article 45 de la Constitution, le Gouvernement déclare l'urgence du projet de loi sur le développement des investissements et la protection de l'épargne, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale (n° 1080).

Veuillez agréer, monsieur le président, l'assurance de ma haute considération.

Acte est donné de ces communications.

— 4 —

REPRESENTATION DE L'ASSEMBLEE NATIONALE  
AU SEIN D'ORGANISMES EXTRAPARLEMENTAIRES

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de M. le ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement, une demande de désignation des huit membres chargés de représenter l'Assemblée au sein des conseils d'administration des sociétés et organismes créés par la loi du 29 juillet 1982 sur la communication audiovisuelle.

Conformément à l'alinéa 8 de l'article 26 du règlement, je propose à l'Assemblée de confier à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales le soin de présenter les candidatures.

Cette proposition sera considérée comme adoptée, en vertu de l'alinéa 9 du même article, si la présidence n'a été saisie d'aucune opposition dans le délai d'un jour franc.

A défaut d'opposition, les candidatures devront être remises à la présidence au plus tard le jeudi 7 octobre 1982, à dix-huit heures.

— 5 —

## RENVOI POUR AVIS

M. le président. La commission des finances, de l'économie générale et du Plan demande à donner son avis sur la section V du projet de loi portant modification du statut des agglomérations nouvelles, dont l'examen au fond a été renvoyé à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République (n° 1086).

Il n'y a pas d'opposition ?...

Le renvoi pour avis est ordonné.

— 6 —

## ETUDES MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES

Discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques (n° 1076, 1080).

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

M. Louis Lareng, rapporteur. Monsieur le président, monsieur le ministre de l'éducation nationale, monsieur le ministre de la santé, mes chers collègues, l'organisation des études médicales est sujette à de fréquentes réformes, et plus encore, à de nombreuses études. Celle qui vous est soumise aujourd'hui ne concerne que le troisième cycle de l'enseignement médical et pharmaceutique.

Deux raisons expliquent le caractère limité de ce projet de réforme présenté après déclaration d'urgence. D'une part, la formation à ce niveau doit être harmonisée entre les divers pays de la Communauté européenne avant 1984 sur la base des directives de 1975 et, d'autre part, la volonté de ne pas anticiper sur la loi d'orientation de l'enseignement supérieur, exclut que soit modifiée dès maintenant l'organisation des premier et deuxième cycles de l'enseignement médical. En outre, cette dernière relève pour l'essentiel du domaine réglementaire.

Par ailleurs, la nécessité de ne pas faire subir aux étudiants des changements successifs et rapprochés exigeait que de nouvelles dispositions soient prises avant la mise en vigueur de la loi du 6 juillet 1979 dont les dispositions, de ce fait, n'entreront pas en application.

Le projet présenté aujourd'hui conjointement par M. le ministre de l'éducation nationale et M. le ministre de la santé, s'inscrit pleinement dans le cadre des politiques sanitaires et universitaires qui seront mises en œuvre par le Gouvernement dès l'été 1983. Il concourt en effet à l'atteinte d'objectifs tels que la démocratisation du recrutement et des formations, la valorisation de la médecine générale, le décloisonnement des circuits de formation. Il est de surcroît parfaitement cohérent avec les principes arrêtés au niveau de la Communauté européenne et avec la définition du médecin généraliste, telle qu'elle est actuellement en cours d'élaboration dans cette perspective.

Announced il y a un peu plus d'un an, l'élaboration de ce projet de loi a été précédée d'études très approfondies dans les deux ministères, études qui ont porté non seulement sur les problèmes spécifiques à la formation terminale des généralistes et des spécialistes, mais encore sur les différentes questions que soulève l'organisation des deux premiers cycles des études médicales. Les perspectives d'une réforme d'ensemble rapprochant au cours de la première année d'enseignement supérieur l'ensemble des professions de santé ont également été analysées.

Les différents milieux professionnels ont été largement associés à ces études. En outre, une concertation générale a été réalisée à la suite de la publication de l'avant-projet, au mois de mai dernier.

Après avoir rappelé les exigences auxquelles répond la réforme projetée, nous examinerons les dispositions essentielles qui la caractérisent avant de résumer les positions prises par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Les formations dispensées actuellement après le deuxième cycle aux futurs généralistes et aux futurs spécialistes sont profondément différentes. En outre, pour ces derniers, deux voies de formation aux caractéristiques antinomiques existent. Enfin, ces différences induisent dès le deuxième cycle une séparation très contestable entre les futurs internes des centres hospitaliers universitaires et tous les autres. Des améliorations ont déjà été apportées à l'organisation du deuxième cycle avec, essentiellement, la généralisation de l'externat. Elles restent insuffisantes, compte tenu surtout de l'évolution rapide des techniques et des conditions d'exercice. La présente réforme aura, dès son entrée en vigueur, des conséquences positives sur le deuxième cycle.

La durée théorique des études pour les médecins généralistes est de sept ans, soit deux ans de P. C. E. M., quatre ans de D. C. E. M. et un an de stage interné qui, actuellement, constitue le troisième cycle. A titre comparatif, elle est de trois ans plus longue, en moyenne, pour les spécialistes. Ces durées moyennes théoriques correspondent cependant peu à la réalité, en raison de l'importance des redoublements en première année et du « troisième cycle sauvage » que suivent au gré des opportunités les étudiants qui peuvent aussi occuper des postes de « faisant fonction d'interne » et faire des remplacements.

La place prise par les sciences fondamentales pendant les deux premiers cycles ne laisse pas aux étudiants un temps suffisant pour la clinique et la thérapeutique courante. Certes, l'enseignement hospitalier a été étendu à tous, mais il apparaît beaucoup trop spécialisé et fractionné.

Au sein des services de « médecine interne » qui ont pu être créés, ce sont en fait des spécialistes qui enseignent. Ils s'attachent de préférence sur leur domaine. L'absence de prise en compte de l'homme dans sa globalité et *a fortiori* dans son environnement, notamment social, est fâcheuse pour tous les futurs médecins et pour les généralistes plus que pour les autres. Ces derniers ne se trouvent en fait, tout au long de leurs études, qu'exceptionnellement dans la situation qui sera la leur une fois installés en ville.

Le stage interné d'un an, propre aux généralistes, ne corrige pas quant à lui les insuffisances du deuxième cycle. Son organisation et son suivi laissent beaucoup à désirer. La place que lui donnent enseignants et étudiants est d'ailleurs révélatrice.

Les possibilités de remplacement dans le cabinet des confrères installés ne sont plus aussi importantes que naguère. C'est là encore un moyen de formation aux conditions réelles d'exercice qui disparaît.

Les étudiants eux-mêmes sont souvent très conscients de ces insuffisances puisqu'ils pratiquent volontiers, ainsi qu'on l'a noté, un « troisième cycle sauvage » et que « l'internat des régions sanitaires » est prisé et considéré comme la meilleure préparation à l'exercice de la médecine générale.

Pour les spécialistes, les certificats d'études spéciales, C. E. S., constituent l'une des voies préparant à l'exercice d'une spécialité. D'une durée variable de trois à quatre ans en moyenne, ils constituent un enseignement théorique de grande valeur, mais ils ne comportent pas ou peu d'enseignement pratique. C'est là leur grave défaut qui les a fait « condamner ».

La directive européenne exige en effet que la formation des futurs spécialistes soit également pratique. Cette formation n'est pas actuellement dispensée à plein temps.

Enfin, ceux des étudiants qui sont internes des régions sanitaires ne sont généralement pas, et en tout cas plus, dispensés de certains examens de C. E. S., contrairement aux internes des centres hospitaliers universitaires. Ils doivent donc présenter une spécialité ou abandonner leur poste.

Une sélection à l'entrée dans la filière des C. E. S., avec un examen probatoire après quelques mois, s'est instaurée progressivement pour limiter le nombre des étudiants. Aucune mesure n'avait été prévue dans ce sens, alors que ce nombre avait tendance à s'accroître fortement, ce qui, à terme, ne pouvait manquer de déséquilibrer la proportion de spécialistes et de médecins généralistes.

Plus grave est l'apparition d'une certaine sélection à la fin des C. E. S., ce qui, sur le plan universitaire, n'a guère de signification et entraîne de graves conséquences sur le plan humain.

L'internat des centres hospitaliers universitaires apparaît précisément comme la voie royale tout d'abord par son mode de recrutement. La difficulté du concours, même si elle a un peu diminué au cours des récentes années et si elle est inégale suivant les régions, est bien considérée comme un critère de qualité.

La grande valeur formatrice de l'internat, qui a fait ses preuves, n'est pas discutable sur le plan pratique. Elle peut l'être quelque peu sous l'angle théorique, en raison des dispenses qui viennent d'être évoquées pour les internes des centres hospitaliers universitaires.

L'internat du centre hospitalier universitaire reste en fait le point de passage obligé pour tout futur médecin ayant l'ambition de faire une grande carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire.

Le concours de recrutement de l'internat présente quelques défauts qui sont depuis longtemps dénoncés, à savoir l'absence de démocratisation et la création de fait, dès le milieu du deuxième cycle, d'une véritable filière qui sépare précocement et dans des conditions discutables, ceux qui préparent l'internat et les autres. Les premiers ont tendance à se désintéresser de tout ce qui, dans le programme d'études, ne concerne pas directement le concours.

En outre, l'existence de conférences spéciales de préparation au concours est la caractéristique d'un état de fait dont le moins que l'on puisse dire est qu'il est inégalitaire et qu'il ne coïncide pas avec la philosophie de la majorité actuelle dans le domaine éducatif et universitaire.

La nature des épreuves retenues pourrait à un moindre degré faire quelquefois l'objet de critiques.

La disparité de situation entre les internes des C. H. U. et ceux des régions sanitaires a déjà été notée pour les dispenses d'examens de C. E. S. Celle qui tient aux rémunérations ne doit pas être oubliée, surtout à l'égard d'étudiants d'un âge assez avancé et souvent chargés de famille.

Pour les deux voies de formation, la tendance à l'hyper-spécialisation s'est développée. Ainsi certains internes de C. H. U. limitent en fait strictement leur activité à la spécialisation, éventuellement très restreinte, à laquelle ils désirent se destiner plus tard.

La loi du 6 juillet 1979 avait appréhendé ces différents problèmes.

De nombreux travaux ont précédé le vote de ce texte qui devait résoudre les difficultés qui viennent d'être rappelées. Il organisait pour le troisième cycle des généralistes, la création d'un résidanat de deux ans. Des dispositions dérogatoires prévoyaient cependant une adaptation durant les cinq pre-

mières années de mise en œuvre. Cette durée pouvait encore être réduite. Pour le troisième cycle des spécialistes, les C. E. S. étaient supprimés et le concours de l'internat des C. H. U. maintenu tel quel. L'internat des régions sanitaires disparaissait également.

Outre la mise en conformité avec les dispositions européennes, ce texte comportait certes des aspects positifs : création d'une formation spécifique du généraliste, fusion des études universitaires avec la préparation aux troisième cycles, suppression des C.E.S., statut unique. Il incitait également à la réflexion docimologique.

Les aspects négatifs ou les faiblesses de cette loi sont cependant importants. Ainsi les mécanismes prévus n'amorçaient aucun rapprochement réel entre les futurs internes et les futurs résidents. Il en résultait dans le deuxième cycle des formations parallèles et le plus souvent différentes. La valorisation du médecin généraliste restait très limitée. La recherche et la formation en santé publique étaient totalement ignorées.

Le présent texte prévoit des passerelles entre les différentes filières. Il serait important, messieurs les ministres, que vous acceptiez de nous donner sur ce point des explications supplémentaires, car il constitue un progrès capital et un changement profond dans les habitudes en ce qui concerne la valorisation de la formation continue.

Quelles sont l'économie et les dispositions du projet ?

Les orientations caractéristiques sont : une valorisation réelle et poussée de la médecine générale ; l'unification de la formation du troisième cycle des spécialistes ; l'instauration de l'internat pour tous, avec quatre filières ; la création de filières nouvelles — santé publique et recherche. En outre, le mode d'accès aux différentes filières est un axe important du dispositif.

Commençons par la valorisation de la médecine générale. L'instauration de l'internat en est le moyen essentiel. D'une durée de deux ans, dans un premier temps, ce dernier sera, nous l'espérons, porté à trois ans ultérieurement, dès que les possibilités budgétaires le permettront.

La diversité des structures d'accueil prévues pour ces internes est l'illustration du parti de décloisonnement qui a été pris délibérément : établissements hospitaliers diversifiés — un semestre au minimum en C. H. U. — services de santé publique, cabinets individuels ou de groupe de praticiens en ville, centres de santé, centres de santé intégrés, laboratoires, etc.

Ce décloisonnement, l'importance du temps consacré à la formation sont le gage d'une volonté réelle de promotion de la médecine générale, laquelle doit être aussi un moyen de freiner la tendance à « l'hospitalo-centrisme » souvent déshumanisante, coûteuse et dépourvue de tout supplément d'efficacité.

La place des médecins généralistes dans les instances prévues pour appréhender les besoins de la population et la situation sanitaire des régions et, d'une manière générale, dans les mécanismes de formation, de participation à la détermination des objectifs sera aussi la reconnaissance de la valeur essentielle reconnue à la médecine générale.

La prévention, objectif prioritaire dans la politique de santé, pourra ainsi se développer car le médecin généraliste en est un acteur privilégié.

La création de ce troisième cycle de médecine générale permettra également de mettre le futur praticien en situation plus favorable pour profiter de la formation permanente qui devient de plus en plus nécessaire.

Deuxième orientation : l'unification de la formation du spécialiste et l'internat unique. On a vu à quels besoins, tant pédagogiques que juridiques, répond cette unification.

Notons simplement que l'internat de spécialité, seule voie de qualification, permettra de mieux équilibrer la formation mais aussi de définir dans des conditions claires et équitables le nombre de futurs spécialistes sans procéder à une élimination tardive et infondée des postulants : le mécanisme de maîtrise des flux prévu prendra ainsi en compte les besoins régionaux et les objectifs de notre politique sanitaire.

L'internat unique comprendra donc quatre filières. Au sein de celle de la médecine spécialisée, on distingue quatre options : médecine, chirurgie, psychiatrie, biologie.

La filière « recherche » et la filière « santé publique » illustrent la volonté du Gouvernement de développer des activités qui, jusque-là, étaient tombées en désuétude. Dans le système actuel,

les médecins sont, en effet, insuffisamment éclairés et motivés. Par ailleurs, la faiblesse de l'épidémiologie et les insuffisances de certaines structures de santé publique sont notoires.

L'unité de statut et de rémunération est une autre disposition nouvelle. La symétrie des systèmes d'échanges d'internes qui sont prévus entre les établissements hospitaliers est un élément positif. Les nouveaux internes auront ainsi une situation commune, même si, pour des raisons pédagogiques évidentes, la durée des études sera différente d'une filière et d'une discipline à l'autre.

L'omnivalence du titre de docteur en médecine est garantie — il faut également le remarquer — dans une formulation bien meilleure que celle qui était prévue dans l'avant-projet de loi, puisque le titre de docteur en médecine figurera seul sur le diplôme et que le type de qualification figurera en annexe.

La formation pharmaceutique est associée à la réforme de sorte que les mesures prises récemment et celles à venir pour l'organisation des différentes filières seront parfaitement compatibles avec les dispositions de la loi, compte tenu notamment des enseignements communs à ces deux domaines, en particulier en ce qui concerne la biologie.

Comment se fera la validation du deuxième cycle et les modalités d'accès à ces différentes filières ?

L'instauration d'un examen classant obligatoire en fin de deuxième cycle doit inciter les étudiants à travailler dans un état d'esprit assez différent. Tous les internes auront le même type de formation et le même programme. En effet, la succession d'examens « cliniques » au cours du deuxième cycle entraîne une suite de bachotages dont il ne reste pas grand-chose quelques mois après l'échec. Cet examen sera un progrès parce qu'il va permettre de classer les étudiants qui se destinent à la filière de médecine générale en évitant le risque d'arbitraire que comportait le système qui a été mis en place en 1979.

Enfin et surtout, le programme sera celui du concours de recrutement des trois filières de médecine spécialisée. Ainsi la dichotomie actuelle entre ceux qui préparent l'internat et les autres sera-t-elle supprimée. Encore faudra-t-il, bien sûr, que ces épreuves soient du même type.

L'examen validant et classant aura lieu dans le cadre de la région. Mais le concours des filières spécialisées sera organisé au niveau « d'inter-régions » qui regrouperont au moins trois centres hospitaliers universitaires, afin de tenir compte des moyens en équipement et en personnel. En effet, si la région administrative peut assurer à elle seule la formation des médecins généralistes, il est souvent indispensable de faire appel à des régions voisines pour compléter la formation de spécialistes.

Cette absence d'unité du mode d'accès à l'internat qui sépare la médecine générale des autres filières a fait et fait encore l'objet de vives controverses. Le groupe de travail du ministère de l'éducation nationale avait indiqué qu'il préférerait un examen national classant obligatoire avec multiclassement. Il a démontré, études à l'appui, qu'une telle formule était techniquement réalisable et qu'elle correspondrait incontestablement davantage que celle qui a été retenue aux options générales du Gouvernement, notamment la valorisation de la médecine générale par un rapprochement entre les dispositions qui concernent la formation à cette discipline et les autres.

En outre, de nombreux médecins d'horizons variés ont manifesté leur préférence pour l'examen-concours unique en fin de deuxième cycle sur la base duquel les étudiants choisissent les différentes filières et leur poste d'internat.

Des objections d'ordre technique ont été élevées, notamment le risque de déplacer inutilement des étudiants loin de l'U.E.R. où ils ont reçu leur enseignement de deuxième cycle pour y accomplir le troisième, et celui d'avoir des candidats non affectés du fait que la mise en place de l'examen-concours national unique posera d'indiscutables problèmes d'organisation et reposera sur un recours à l'informatique.

La commission n'a pas remis en cause le choix du Gouvernement pour le système d'examen dit « à double détente ».

Il sera donc indispensable de revoir ce dispositif, qui constitue néanmoins une étape importante, sans pour cela en modifier profondément l'économie. La commission a d'ailleurs adopté sur ce point un amendement tendant à introduire un article additionnel.

Par ailleurs, nous souhaitons que les programmes soient définis selon des modalités autres que celles qui existent actuellement.

Dans cet ordre d'idées, nous demandons instamment à M. le ministre de l'éducation nationale et à M. le ministre de la santé d'adopter des dispositions pour que le recrutement réponde aux nécessités du terrain. Ces dispositions, par ailleurs, ne devront exclure aucune spécialité. Je fais allusion aux seules vingt-sept spécialités auxquelles on a recours.

La commission a porté les autres appréciations suivantes :

Au cours du débat général, elle a mis l'accent sur la nécessité d'une ouverture de la profession sur l'extérieur et de son adaptation permanente aux évolutions techniques qui iront en s'accroissant ; elle a également insisté sur le développement des activités de santé publique et surtout sur la valorisation nécessaire de la médecine générale, élément essentiel de développement de la prévention.

La commission a adopté au total vingt-sept amendements.

Outre celui qui vient d'être évoqué sur le suivi de la réforme et les modifications éventuelles des modalités d'accès au troisième cycle, ainsi que sur l'allongement éventuel du troisième cycle de médecine générale, les modifications ou précisions les plus notables sont les suivantes :

L'association des médecins praticiens à la formation, à l'établissement du cursus et à la détermination des objectifs pédagogiques ainsi que la création d'une filière universitaire de médecine générale ;

L'obligation de procéder aux échanges d'étudiants pour un semestre au moins entre centres hospitaliers universitaires et centres hospitaliers généraux, les futurs généralistes devant ainsi exercer dans les premiers, et les futurs spécialistes dans les seconds.

La commission souhaite que les spécialistes ne viennent dans les hôpitaux non universitaires qu'après la deuxième année d'internat : d'une part, pour intervenir dans le fonctionnement de ces hôpitaux qui risquent, sinon, d'être mis en difficulté lors de la promulgation de cette réforme et, d'autre part, pour que les premiers éléments de la spécialité soient donnés dans des C. H. U.

Le cas des psychiatres fera l'objet d'un traitement particulier, pour tenir compte du rôle important des secteurs dans leur formation.

Autres demandes de la commission : la diffusion, dès le deuxième cycle, des enseignements de recherche et de santé publique dans les filières autres que celles qui sont spécialisées dans ces domaines ; l'ouverture d'enseignements de santé publique à des non-médecins, dans le but de mettre en place la politique de prévention du Gouvernement.

La commission souhaite que les hôpitaux militaires et les hôpitaux privés puissent participer au service public et recevoir des internes en formation.

Elle désire que soient précisées les règles de composition des commissions qui procèdent à l'évaluation des besoins de santé de la population et qui sont consultées sur l'agrément des services formateurs.

Par ailleurs, toutes les spécialités, disciplines et formations doivent avoir droit de cité dans les commissions régionales, de façon à faire entendre leurs désirs.

Afin de lever l'ambiguïté concernant le statut des internes, la commission a souhaité que, lorsqu'il s'agit du troisième cycle, le terme : « étudiants » soit remplacé par celui d'« internes ».

Enfin, elle a émis le vœu que plusieurs précisions soient introduites dans le texte de loi pour garantir la place des étudiants en pharmacie et des pharmaciens dans la réforme engagée, surtout pour coordonner les solutions apportées aux problèmes de formations communes, le plus souvent en ce qui concerne la biologie.

Nous devons donc examiner aujourd'hui un projet de loi qui marque un changement profond dans le déroulement des études médicales du troisième cycle. Ce projet correspond à notre volonté de démocratiser l'enseignement, mais aussi d'adapter l'enseignement médical aux techniques qui correspondent aux progrès de notre civilisation.

C'est sous réserve de l'adoption des amendements qu'elle vous présentera que la commission des affaires culturelles, familiales et sociales vous recommande très fermement, mes chers collègues, de voter ce projet de loi. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. La parole est à M. Robin, rapporteur pour avis de la commission de la défense nationale et des forces armées.

M. Louis Robin, rapporteur pour avis. Monsieur le président, messieurs les ministres, mesdames, messieurs, la commission de la défense nationale et des forces armées s'est saisie pour avis du projet de loi dont nous discutons aujourd'hui.

En effet, en son article 4, ce texte comporte des dispositions dérogatoires au code du service national en matière de report d'incorporation. Il prévoit une période transitoire permettant aux étudiants se situant à la charnière de l'ancien et du nouveau régime de poursuivre, à certaines conditions, des études dans lesquelles ils se sont engagés. Pour que ces dispositions revêtent une portée effective, elles doivent s'harmoniser avec la législation régissant le service national.

Aussi, l'article 4 du projet de loi prévoit un assouplissement transitoire des dispositions en vigueur du code du service national en matière de reports d'incorporation.

Cet article ne concerne que les étudiants en médecine. La possibilité donnée à ceux qui réunissent certaines conditions de demander un report supplémentaire de leur incorporation répond à un souci d'équité.

En effet, il serait injuste de les priver de passer les concours d'internat ou d'entamer, avec certaines réserves, le cycle des certificats d'études spéciales auxquels ils se préparent depuis deux, voire depuis trois ans.

Toutefois, deux autres éléments doivent être pris en considération : le premier est le risque de voir un nombre important d'étudiants en médecine échapper au service national en cherchant par divers moyens à repousser leur incorporation jusqu'à la date de leurs vingt-neuf ans, date à partir de laquelle, aux termes de l'article L. 7 du code du service national, ils ne peuvent plus être incorporés.

Le second élément est le besoin des armées en médecins appelés.

Notre collègue Louis Lareng, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, vous a exposé avec beaucoup de clarté les différences existant entre le régime actuel des études médicales et le régime proposé par le projet de loi. Son rapport en fait, par ailleurs, une description très complète.

Il convient d'avoir bien présents à l'esprit ces éléments d'information pour être en mesure d'apprécier valablement la justification des reports d'incorporation prévus par l'article 4 du projet de loi. La commission de la défense nationale et des forces armées n'a été appelée à raisonner, pour sa part, qu'en termes d'années d'études, d'âge et de niveau atteint au moment de l'incorporation.

Il va donc de soi que son rapporteur s'interdit de porter quelque jugement que ce soit sur l'articulation des études, sur leur contenu ou sur leurs débouchés.

Le régime actuel des sursis pour les étudiants des professions médicales est défini par l'article L. 10 du code du service national.

L'article L. 10, tel qu'il a été modifié par la loi du 29 juin 1982, dispose notamment : « Les jeunes gens qui poursuivent un cycle d'études en vue de l'obtention des diplômes requis pour l'exercice de la profession de médecin, de vétérinaire, de pharmacien ou de chirurgien-dentiste peuvent, sur leur demande, bénéficier d'un report spécial d'incorporation destiné à leur permettre d'acquiescer ces titres.

« Ce report d'incorporation vient à échéance au plus tard le 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent l'âge de vingt-sept ans ».

Il faut préciser que la loi précitée a notamment étendu de vingt-cinq à vingt-sept ans le report d'incorporation pour les pharmaciens.

L'article 7 du code du service national, quant à lui, dispose, en son quatrième alinéa, que nul ne peut être appelé au service actif s'il a atteint ou dépassé l'âge de vingt-neuf ans, sauf pour les cas d'incorporation ou d'omission sur les titres de recensement, l'appel pouvant alors intervenir jusqu'à l'âge de trente-quatre ans.

L'article 4 du projet de loi prévoit un report supplémentaire d'incorporation pour les seuls étudiants en médecine et cela sous certaines conditions que M. Lareng a évoquées dans son

rapport et que je rappellerai très brièvement. Peut-être en bénéficiant : d'une part, les étudiants qui remplissent, au plus tard au 31 décembre de l'année de leurs vingt-sept ans, les conditions pour se présenter au concours de l'internat pour l'année universitaire 1982-1983 ou à ceux organisés au titre du régime transitoire prévu par l'article 3 du projet de loi ; d'autre part, les étudiants qui ont, au plus tard au 31 décembre de l'année de leurs vingt-sept ans, la possibilité de préparer une première année de certificat d'études spéciales, jusqu'à l'année 1984-1985 comprise et qui devront justifier de leur inscription au titre de ces études.

Ces dispositions conduisent à se poser deux questions sur leurs effets. La première consiste à se demander si les facilités offertes ne vont pas devenir un moyen commode pour les étudiants en médecine d'échapper à l'obligation du service national pendant cette période transitoire. La seconde consiste à se demander s'il n'y a pas un risque pour les armées d'être confrontées à un déficit important en médecins du contingent jusqu'en 1986.

En ce qui concerne la première question, il ne serait en effet pas admissible que les facilités déjà très appréciables dont bénéficient les étudiants en médecine débouchent sur une inégalité des jeunes Français devant la loi. L'inquiétude de la commission repose sur le fait qu'un report supplémentaire d'incorporation, c'est-à-dire au-delà de la limite maximum du 31 décembre de l'année de leurs vingt-sept ans, ne diminue d'autant la marge qui sépare les étudiants bénéficiaires de leur vingt-neuvième anniversaire, date à compter de laquelle ils ne peuvent plus être incorporés, en application de l'article L. 7 du code du service national. En effet, il suffirait que certains bénéficiaires, compte tenu de leur date de naissance, aient quelques jours ou quelques semaines d'inaptitude physique pour atteindre l'âge de vingt-neuf ans.

Le quatrième alinéa de l'article 4 répond cependant très largement à cette inquiétude dans la mesure où ces reports supplémentaires viennent en terme dans des conditions bien précises : après la réussite aux concours ou examens ayant motivé le report supplémentaire, et au plus tard « lors de l'appel de la dernière fraction du contingent incorporable avant la date à laquelle les intéressés atteignent l'âge de vingt-neuf ans ».

Ce n'est donc que dans ce dernier cas que des possibilités d'abus pourraient être constatées. Il faut toutefois souligner que cette possibilité n'est ouverte que jusqu'en 1985 pour ceux qui cumuleraient — ce qui n'est pas exclu par le projet de loi — le bénéfice des deuxième et troisième alinéas de l'article 4.

Les estimations chiffrées devraient également apaiser les inquiétudes qui pourraient se manifester. En effet, les estimations du ministère de l'éducation nationale et celles du ministère de la défense — entre lesquelles on enregistre d'ailleurs des différences appréciables — ne laissent pas craindre un déficit massif en médecins du contingent dans les armées. Pour le ministère de l'éducation nationale, le nombre d'étudiants susceptibles de demander l'application de l'article 4 du projet de loi serait de 200 pour l'année scolaire 1982-1983, de 360 pour l'année scolaire 1983-1984, de 420 pour l'année scolaire 1984-1985 et de 90 pour l'année scolaire 1985-1986. Pour le ministère de la défense le nombre des étudiants concernés au titre de l'article 4 serait pour 1983 de l'ordre de 1 370.

Le ministère de la défense estime par ailleurs à 3 900 la ressource totale prévue en médecins du contingent pour 1983. La ressource incorporable serait donc constituée par la différence, c'est-à-dire 2 530, mais dans l'hypothèse haute émise par le ministère de la défense en ce qui concerne le nombre d'étudiants susceptibles de bénéficier d'un report supplémentaire. La ressource est donc assez sensiblement supérieure aux besoins des armées qui sont de l'ordre de 1 932, dont 532 hors budget. Ces besoins ne devraient que très peu varier pour les années à venir, si aucune modification sensible n'intervient dans les effectifs des armées.

Au cours des dernières années, la ressource était assez largement excédentaire. Même avec une assez forte proportion de reports d'incorporation au titre de l'article 4 du projet de loi, celle-ci devrait rester suffisante.

Les inquiétudes qui pourraient se manifester et qui ont largement été exprimées au cours des travaux de la commission, tant au plan du risque de voir certains jeunes gens échapper à l'obligation de service national qu'au plan du déficit en médecins du contingent, doivent donc être ramenées à leurs justes proportions.

Au-delà de la période transitoire, je voudrais maintenant appeler votre attention sur certains problèmes qui se poseront après la première période transitoire et qui ne sont pas concernés par l'article 4 que nous avons à examiner.

Le premier d'entre eux touche au tarissement quasi total de la ressource en médecins du contingent entre juin 1985 et juin 1986, en raison de l'allongement d'une année des études pour les généralistes. Aucun diplôme ne sera délivré en 1985 et, par conséquent, les armées auront à faire face à une absence presque totale de médecins du contingent. Ce problème est sérieux dans la mesure où ces derniers constituent environ 50 p. 100 de l'effectif total des médecins militaires.

Le second concerne le report maximum d'incorporation prévu actuellement par l'article L. 10 du code du service national. On peut, en effet, se demander si l'allongement d'une année de la durée des études ne conduira pas à une demande de modification des reports d'incorporation pour les porter à vingt-huit ans. Ce problème sera encore accentué s'il est décidé — comme cela semble envisagé dès à présent — d'allonger d'une année supplémentaire le troisième cycle d'études des généralistes pour les porter à trois ans. Il en irait de même, pour les études de pharmacie, pour lesquelles un troisième cycle de trois ans est envisagé.

Dans cette hypothèse, tous les étudiants en médecine et en pharmacie seront concernés de manière permanente, et non plus, comme cela est le cas maintenant, une population restreinte, sur une période elle-même limitée, ainsi que le prévoit le projet de réforme qui nous est présenté.

J'évoquerai enfin brièvement un problème de carrière des médecins militaires d'active qui risque de se poser dans la mesure où le grade de docteur en médecine ne sera conféré, aux termes du projet qui nous est présenté, qu'à l'issue des études. Cela se traduira par une pénalisation à l'avancement des médecins militaires qui auront effectué les études les plus longues. En effet, en l'état actuel des textes, ils ne sont nommés au grade de capitaine qu'une fois titulaires du doctorat en médecine. C'est là une incidence qui devrait toutefois être réglée sans difficulté majeure par le ministre de la défense.

La commission de la défense nationale et des forces armées a donné à l'unanimité un avis favorable à l'adoption de l'article 4 du projet de loi. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de l'éducation nationale.

**M. Alain Savary, ministre de l'éducation nationale.** Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, permettez-moi de remercier les rapporteurs des propos qu'ils ont tenus et la commission des affaires culturelles qui a bien voulu m'entendre sur ce sujet, au cours d'une audition qui a été très fructueuse.

Je suis heureux que la commission de la défense ait donné à l'unanimité un avis favorable à l'adoption de l'article 4 du projet de loi. Cette disposition était apparue essentielle au Gouvernement pour permettre, pendant une brève période transitoire, aux étudiants engagés dans la préparation des concours d'internat et des certificats d'études spéciales de ne pas pâtir des dispositions envisagées par notre projet de loi. Les dispositions prévues dans cet article 4 permettent de calmer les légitimes appréhensions des étudiants auxquelles était attentif le ministre de l'éducation nationale.

Je souhaite également, s'il en était besoin, apaiser les tout aussi légitimes préoccupations exprimées par votre commission.

Il a été en effet entendu avec mon collègue, le ministre de la défense, que nous mettrions au point, dans le décret d'application, un régime de contrôle permettant d'éviter qu'un étudiant en médecine puisse dissimuler son succès au concours d'internat qui implique la fin du report d'incorporation supplémentaire.

Par ailleurs, il sera clairement indiqué que les candidats reçus au concours ou admis à poursuivre la première année de certificat d'études spéciales et ayant bénéficié d'un surcroît supplémentaire au titre de l'article 4 de la loi, devront être incorporés avant de commencer leur internat ou de poursuivre leurs études de C.E.S. Les autres questions que vous avez posées, monsieur le rapporteur, sont davantage du ressort de mon collègue de la défense que de moi-même.

M. Lareng a commenté, en présentant les remarques de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, les problèmes de fond posés par le projet de loi qui est soumis à l'Assemblée nationale.

Je crois qu'il faut souligner que de ce projet de loi dépendent pour les années qui viennent, la formation des médecins et des pharmaciens, leur capacité à assurer les tâches et les responsabilités qui sont les leurs dans le monde actuel. C'est avec le souci constant de l'évolution du système de soins et de la prise en compte des problèmes de santé du pays qu'ont été effectués les choix que j'ai à défendre devant vous.

Reconnue nécessaire depuis longtemps, la réforme que nous vous présentons, M. le ministre de la santé et moi-même, au nom du Gouvernement, n'aura été ni hâtive, ni improvisée. Les médecins, en particulier les médecins nouvellement installés, les étudiants, les enseignants et les usagers ont souligné, qu'à côté de résultats très positifs, les études de médecine en France avaient de graves défauts.

Le premier des défauts du système actuel est que le plus grand nombre des étudiants obtient son diplôme avec un certain bagage théorique mais avec une formation pratique très limitée, sans être passé par une phase de responsabilités médicales, sans avoir été engagé dans des relations professionnelles réelles. En effet, seule une catégorie privilégiée d'étudiants passe par l'internat qui leur permet d'acquérir une bonne formation professionnelle et de l'articuler avec les connaissances théoriques antérieurement acquises.

Le second reproche formulé, à juste titre, à l'encontre des études actuelles est que celles-ci se réduisent trop souvent à une accumulation de connaissances sans développer le raisonnement, l'esprit scientifique et critique, sans amorcer une formation continue, dans un domaine où le jugement d'une part, le renouvellement des connaissances, d'autre part, sont, à l'évidence, indispensables.

La formation actuelle prépare essentiellement les médecins à dispenser des soins individuels, sans considérer la dimension collective des problèmes de santé. La plupart des médecins n'ont pas eu la possibilité d'effectuer des stages en milieu extra-hospitalier et d'acquérir au sein de l'université l'indispensable formation dans des disciplines de santé publique. Ils n'ont pas obtenu les compétences nécessaires pour pouvoir tenir leur place dans des domaines aussi essentiels que la prévention, l'éducation sanitaire ou l'épidémiologie.

Le plus grave reproche que l'on puisse faire au système actuel est assurément qu'il accorde une place quasi inexistante à la formation des médecins généralistes. Alors qu'on reconnaît de plus en plus, et dans tous les pays, la spécificité du médecin généraliste dans le système de soins, la place de premier plan qu'il y occupe comme médecin de première ligne, sa formation est aujourd'hui réduite au niveau minimum exigible sur tous les chapitres, c'est-à-dire bien souvent un sous-produit de la formation des spécialistes.

Cet accent mis sur la nécessité d'une formation adéquate et de qualité pour les médecins généralistes, ne doit cependant pas faire oublier que les études menant à la médecine spécialisée doivent être complètement refondues. En effet, l'accès aux diverses spécialités médicales passe aujourd'hui par deux voies : la voie universitaire des certificats d'études spéciales qui apporte un important bagage de connaissances théoriques mais n'assure aucune formation pratique et la voie des Internats hospitaliers qui, à l'inverse, ouvre une expérience pratique étendue mais ne comporte aucune formation théorique organisée et aucun contrôle des connaissances.

Cette double filière est tellement irrationnelle qu'elle n'a pas été acceptée dans le cadre des accords de Bruxelles qui établissent la reconnaissance réciproque des diplômes. Les engagements pris vis-à-vis de la Communauté européenne nous imposent, depuis des années, de réformer les études des spécialistes. Il convient, dans ce domaine, au-delà du cursus de formation, d'éviter les deux écueils qui nous guettent : le risque d'une étroite et excessive spécialisation et celui de former des techniciens plutôt que des médecins.

Le système actuel est cloisonné à l'excès et de façon rigide : cloisonnement entre les étudiants des différentes filières, cloisonnement dans les diverses catégories d'hôpitaux, qui va parfois jusqu'à des conflits ouverts, cloisonnement entre les médecins et les autres professions de santé. Ces cloisonnements, introduits dès la formation, retentissent de façon très néfaste sur notre système de soins.

Dans l'état actuel des choses, le système de soins se développe quasiment au hasard et les responsables gouvernementaux n'ont les moyens ni d'orienter les flux de formation des médecins entre la médecine générale et les spécialités, ni d'infléchir le nombre des médecins formés, dans telle ou telle discipline, en fonction des besoins réels de la population. Une planification des objectifs numériques de formation nous paraît une condition, importante mais bien entendu insuffisante, pour réaliser les choix d'une politique de santé cohérente.

Les critiques ne manquent pas non plus au sujet des études de pharmacie. Certes, une réforme des deux premiers cycles de ces études a été récemment mise en route. Elle paraît donner satisfaction. Il est trop tôt pour en évaluer les résultats mais toute modification à ce niveau serait prématurée. En revanche, il n'existe pratiquement pas de troisième cycle des études de pharmacie. C'est une grave lacune car le troisième cycle de pharmacie, organisé sur le modèle de celui des U.E.R. de sciences, n'est entrepris que par un petit nombre d'étudiants ; de même l'internat hospitalier en pharmacie ne concerne qu'un nombre limité d'entre eux.

L'absence de tout troisième cycle d'études organisé en pharmacie est d'autant plus regrettable que cette discipline s'est considérablement diversifiée dans ses débouchés, englobant des exercices professionnels très divers, en officine, dans l'industrie, dans les laboratoires hospitaliers et privés. La seule diversité rend indispensable à nos yeux la création de plusieurs filières de troisième cycle.

En outre, la formation actuelle des pharmaciens ne comporte pas la nécessaire insertion des connaissances scientifiques aux la pathologie, sur les problèmes de l'homme malade. Elle ne comporte, pour la plupart des étudiants, ni un temps de travail réel à l'hôpital, ni l'exercice au sein d'une équipe. Enfin on retrouve ici, comme pour les études médicales, l'insuffisance des contacts avec les autres professions de santé au cours des années de formation et le cloisonnement excessif.

Devant ces critiques multiples et fondamentales, le précédent gouvernement avait élaboré une réforme du troisième cycle et avait rédigé des textes réglementaires faisant suite à la promulgation de la loi de 1979. Après avoir analysé avec le plus grand soin ces textes, nous avons conclu que, s'ils apportaient une réponse à certains des problèmes posés, d'autres étaient en revanche négligés, voire aggravés. C'est pourquoi la nécessité de vous soumettre, dans les délais les plus brefs possible, un nouveau projet de loi s'est imposée à nous.

Dans la loi de 1979 et dans les textes qui en ont découlé, le troisième cycle du généraliste, réduit au départ à un an dans le cadre d'un résidanat, ne marquait pas un changement profond par rapport à l'actuel stage Internat dont nous savons qu'il ne réalise en rien les objectifs indispensables et qu'il ne prépare pas correctement à l'entrée dans la responsabilité médicale. Ces textes ne corrigeaient en rien les cloisonnements excessifs et rigides que j'ai évoqués tout à l'heure et avaient parfois même tendance à les renforcer.

L'insuffisance de la formation des médecins dans le domaine de la santé publique et de la prévention n'était guère prise en compte, si ce n'est par l'introduction dans les cahiers de questions à choix multiples, d'une question obligatoire sur l'alcoolisme ou le tabagisme, ce qui peut paraître dérisoire.

Loin de trouver sa place dans le projet précédent, la recherche médicale n'était même pas considérée et le système prévu ne permettait pratiquement aucune formation par et à la recherche qui nous paraît essentielle dans le secteur médical comme dans toutes les autres disciplines universitaires.

Les processus de passage d'une formation à une autre, d'un exercice à un autre, processus que l'on désigne souvent sous le nom de passerelles, étaient prévus de manière manifestement insuffisante. Les mécanismes proposés ne semblaient pas pouvoir fonctionner dans la réalité.

Enfin, en ce qui concerne la pharmacie, les textes de 1979 et de 1980 ne prévoyaient que l'accès à un troisième cycle de biologie médicale, formation commune avec la médecine, et ne considéraient pas de façon globale le troisième cycle des études de pharmacie ni les diverses filières qui nous apparaissent nécessaires.

Ayant ainsi situé le projet de loi en regard des questions posées, ayant cerné ses objectifs et sa nécessité, ayant rappelé les circonstances de son élaboration, je souhaite vous en présenter maintenant les grandes lignes, répondant ainsi aux préoccupations exprimées par M. Lareng.

Je tiens tout d'abord à relever ce qui n'a échappé à aucun d'entre vous : alors que l'objectif visé est un changement d'ensemble des études médicales, le projet que présente le Gouvernement n'intéresse guère que le troisième cycle, car les modifications envisagées pour les deux premiers sont d'ordre réglementaire et non législatif.

Je tiens cependant à souligner que le groupe de travail que j'ai mis en place pendant le premier trimestre de l'année dernière et qui a été animé par le professeur Maxime Seligmann, a abordé le problème des études médicales dans son ensemble et j'en ai approuvé les conclusions. J'indiquerai donc les grandes lignes des objectifs que nous voulons atteindre pour les deux premiers cycles :

Organiser la première année d'études de telle sorte que les sciences exactes n'y occupent pas une place trop prépondérante aboutissant à l'élimination des étudiants issus d'autres séries du baccalauréat que de la série C, et apporter au jeune étudiant des éléments l'aidant à déterminer son orientation ;

Donner aux étudiants un très bon niveau scientifique et biologique moderne, sous une forme adaptée à la médecine, en veillant à intégrer chaque fois que cela est possible les aspects cliniques, biologiques, physiopathologiques et épidémiologiques des maladies ;

Ne pas délaissier les sciences humaines et la médecine communautaire ;

Assurer un premier contact précoce de l'étudiant avec l'hôpital, les autres structures de soins et les diverses formes de la pratique médicale et valoriser les stages, hospitaliers et extra-hospitaliers, qui doivent constituer le lieu essentiel de la formation médicale ;

Fournir aux étudiants, tout au long des deux premiers cycles, des éléments leur permettant de choisir leur orientation ultérieure, en aménageant des enseignements optionnels ;

Eviter la fâcheuse tendance à emmagasiner des connaissances rejetées après chaque examen et amener l'étudiant à concevoir la médecine dans sa globalité et à résoudre les problèmes que posent les malades. L'examen classant et validant, qui sanctionnera le deuxième cycle, a été conçu dans cet esprit.

En ce qui concerne le troisième cycle, le Gouvernement avait inclus dans l'avant-projet de loi certaines dispositions dont le Conseil d'Etat a fait valoir le caractère réglementaire. Nous avons cependant tenu à informer aussi largement que possible le Parlement sur nos objectifs et sur les moyens envisagés. C'est la raison pour laquelle le dispositif qui vous est soumis est accompagné d'un exposé des motifs aussi long et détaillé. Je tiens à souligner que cet exposé des motifs engage le Gouvernement et servira de trame aux textes réglementaires dont la préparation est en cours et qui seront publiés dans les délais les plus brefs après la promulgation de la loi.

L'un des fondements de la réforme des études médicales est l'accès de tous les étudiants à un troisième cycle au cours duquel ils occuperont tous des fonctions d'interne, avec le même statut et la même rémunération, contrepartie des responsabilités qu'ils exerceront en milieu convenablement encadré, tant à l'hôpital que dans des structures extra-hospitalières. La formation du troisième cycle sera donc à la fois théorique et pratique, à temps plein, dispensée sous le contrôle de l'Université.

Quatre filières principales seront mises en place pour répondre à la diversité des formations à assurer : médecine générale, médecines spécialisées, santé publique et recherche.

Une filière individualisée de formation du généraliste est une nécessité absolue car les modes d'exercice, d'approche, de raisonnement de la médecine générale sont spécifiques, demandant un enseignement adapté qui ne saurait être exclusivement hospitalier. La médecine omnipraticienne est la composante essentielle des soins de base. Elle exige une appréhension globale des problèmes médicaux dans toutes leurs dimensions : physique, psychologique et sociale. Il importe que le futur généraliste soit formé par un enseignement de santé publique le préparant à son rôle dans l'éducation sanitaire et la prévention, dans le recueil et l'utilisation des données épidémiologiques, dans l'économie de la santé. Au cours de son internat, il devra être mis en relation avec tous ceux qui dispensent des soins ou prennent en charge la santé, le préparant aussi au rôle d'organisation et de synthèse que, plus qu'un autre, il doit assumer.

La formation du généraliste couvrira bien sûr tout le domaine de la pathologie observée et suivie préférentiellement par le médecin dit de famille. Je souligne que, dans mon esprit, cette expression n'a aucun caractère péjoratif, bien au contraire ; elle traduit une aspiration des populations de notre pays.

Assurant le suivi des malades, le généraliste sera spécialement entraîné à la prescription et à la surveillance thérapeutique, ainsi qu'à la réadaptation fonctionnelle. Dans le même temps il amorcera la mise à jour permanente de ses connaissances. Des médecins généralistes seront nécessairement associés à la définition de ces objectifs pédagogiques et à l'enseignement.

La filière de médecine spécialisée conduira à la qualification après un internat de quatre ou cinq ans, conforme aux exigences des accords de Bruxelles. Cette filière comportera quatre grandes options : spécialités médicales et spécialités chirurgicales, psychiatrie, biologie médicale. Les deux premières assureront une vraie formation des spécialistes, tout en gardant une ouverture suffisante pour appréhender le malade dans son ensemble, et en évitant à ce stade une spécialisation excessive.

La séparation de la psychiatrie, comme une option et non comme une discipline parmi les spécialités médicales, reconnaît la spécificité de cette branche de la médecine et de la formation qu'elle exige. Les stages en psychiatrie devront se dérouler de façon majoritaire dans les structures non universitaires, car les secteurs représentent un terrain de stage très important pour ces internes. Pour les futurs psychiatres, la durée des stages dans la discipline elle-même sera de cinq à six semestres, alors qu'elle sera limitée à quatre semestres dans les autres disciplines telles que la cardiologie ou la neurologie. La dernière option de cette filière est la biologie médicale pour laquelle la formation sera, comme je l'indiquerai plus loin, commune aux médecins et aux pharmaciens.

La création d'une filière de santé publique montre l'importance que le Gouvernement attache au développement de la prévention et de la prise en charge de la dimension collective des problèmes de santé. Cette création se justifie par la nécessité de structurer et de réorganiser des formations actuellement multiples et éparpillées, par la nécessité de prévoir pour cette filière, de nombreux stages en dehors du milieu hospitalier. L'individualisation de cette filière permettra de former des médecins ayant acquis une solide formation clinique du type généraliste ou du type spécialiste, puis une formation de haut niveau dans leur domaine propre, par exemple comme médecin du travail ou comme responsable de santé communautaire. Il y aura donc un noyau de formation commun à tous les médecins de santé publique et des formations diversifiées correspondant aux différents débouchés professionnels.

La création d'une filière de troisième cycle propre à la recherche médicale nous paraît essentielle. Elle a pour objet d'assurer la formation d'un nombre limité d'étudiants se destinant à la recherche dans les organismes publics ou dans le secteur industriel. L'individualisation de cette filière doit favoriser le recrutement, dans ces secteurs, de chercheurs de qualité, ayant acquis, grâce à leurs études médicales, les connaissances nécessaires pour un dialogue fructueux avec les cliniciens et pour une recherche orientée vers le domaine biomédical. Cette filière comportera deux semestres de stages cliniques et six semestres de stages dans des laboratoires de recherche agréés, en même temps qu'un enseignement scientifique de haut niveau, conçu de manière à éviter le cloisonnement actuel entre enseignants et chercheurs, d'une part, et entre les divers secteurs du domaine des sciences de la vie et de la santé, d'autre part.

La filière de médecine générale pourra s'organiser dans le cadre de la région sanitaire. En effet, le potentiel d'une région est suffisant pour offrir les stages nécessaires et pour que les U.E.R. organisent l'enseignement théorique.

La filière de médecine spécialisée devra s'organiser dans un cadre plus large pour offrir un nombre d'enseignants et une variété de stages suffisants. Dans ce but a été retenu un cadre inter-régional qui doit réunir au moins trois centres hospitaliers et universitaires.

Pour la filière de santé publique, le cadre devra être élargi par des accords entre les inter-régions pour permettre l'intervention d'un nombre d'enseignants actuellement limité et pour garantir la qualité des terrains de stages. Au départ, un petit nombre de pôles d'organisation se mettront en place.

De la même façon, les internes de la filière recherche devront être répartis dans un cadre plus large que l'inter-région pour utiliser au mieux le potentiel formateur des laboratoires.

Les modalités de l'accès au troisième cycle tiennent compte bien évidemment des impératifs d'organisation que je viens de rappeler. Cet accès au troisième cycle comporte deux dispositifs.

L'examen validant et classant obligatoire de fin de deuxième cycle prend place au niveau de la région sanitaire. Il garantit que tous les étudiants accédant aux fonctions de responsabilités du troisième cycle ont atteint le niveau de formation suffisant. Il ne s'agit donc aucunement d'un barrage et il est bien précisé que deux sessions seront organisées tous les ans. Le classement sera utilisé pour le choix des stages de l'internat de médecine générale dans le cadre de la région sanitaire.

Les étudiants reçus à l'examen validant et classant pourront, s'ils le désirent, participer à un concours facultatif organisé dans le cadre des inter-régions et donnant accès aux filières de spécialistes de santé publique et de recherche. L'examen validant et classant et le concours inter-régional se dérouleront selon des protocoles identiques ne demandant de la part des étudiants qu'une seule et même préparation. Les étudiants pourront se présenter deux années successives aux concours de trois inter-régions ; les épreuves des concours seront issues d'une banque nationale, assurant ainsi l'égalité des chances des candidats quelle que soit leur région d'origine.

Le projet de loi permet ainsi d'assurer la répartition des étudiants entre les filières et leur placement dans les divers terrains de stages. Il permet la mobilité sur la base du volontariat seulement. En effet, il évite de contraindre des étudiants à quitter malgré eux leur région d'origine alors que celle-ci offrait un potentiel formateur, hospitalier et universitaire suffisant pour la filière considérée. A l'inverse, le système retenu assure un potentiel suffisant dans les filières où la région ne peut suffire. Il favorise la mobilité en évitant des déplacements non justifiés, ce qui n'eût pas été possible avec un système d'examen classant obligatoire ouvrant l'accès à toutes les filières.

Je voudrais souligner une importante innovation : l'entrée dans le troisième cycle reposera surtout sur des épreuves demandant aux candidats de résoudre des problèmes de diagnostic et de thérapeutique. La préparation de ces épreuves entraînera une pédagogie du raisonnement et pas seulement un exercice de mémoire. Tous les étudiants devront se préparer à des épreuves de ce type. L'université a désormais mission de les former à ces épreuves en n'abandonnant pas cette tâche essentielle à des organisations privées, comme c'est aujourd'hui le cas pour les concours hospitaliers.

Le troisième cycle, tel qu'il est organisé, doit permettre une régulation des flux de formation pour adapter le nombre de médecins issus des diverses filières et options aux besoins de la population et aux orientations de la politique de santé. Pour réaliser pratiquement cette adaptation, des commissions sont mises en place. L'une d'entre elles siège à l'échelon régional. Elle est chargée d'émettre un avis sur les besoins de la population et d'étudier l'état des structures de formation. Elle doit aussi dresser la liste des structures hospitalières et extra-hospitalières, sollicitant un agrément pour la transmettre aux commissions inter-régionales. Cette commission régionale, largement représentative, sera composée d'élus de représentants des administrations et de représentants des professions de santé.

Une autre commission technique et pédagogique siègera au niveau inter-régional. Elle aura pour mission principale d'étudier l'agrément des services formateurs et des structures extra-hospitalières qualifiantes — ce qui est une responsabilité essentielle de l'Université — ainsi que la répartition des postes d'internes dans ces services. Sous la présidence d'un universitaire, cette commission inter-régionale réunira à parité des médecins hospitalo-universitaires, d'une part, des médecins hospitaliers ou non hospitaliers et des internes, d'autre part.

La commission sera composée d'une formation commune et de formations complémentaires différentes pour chaque filière et chaque option. La formation commune permettra d'assurer la pluridisciplinarité et la nécessaire harmonisation, en évitant les pressions liées aux intérêts sectoriels.

Pour la définition des formations complémentaires, il a été tenu compte des principales spécificités : c'est ainsi que des généralistes siègeront dans la formation traitant des problèmes de la filière médecine générale, des psychiatres de secteur pour la filière psychiatrie, des chercheurs pour la filière recherche, des responsables de santé publique pour la filière correspondante ; pour la biologie, la parité sera assurée entre médecins et pharmaciens.

Une commission nationale sera chargée d'informer le ministre de la santé et le ministre de l'éducation nationale sur l'évolution des besoins de la population, d'harmoniser les critères d'agrément des différentes inter-régions et de proposer des

remèdes aux inégalités géographiques. Cette commission donnera aux ministres son avis sur les problèmes de démographie médicale. Elle comprendra des représentants des ministères concernés, des enseignants de médecine désignés de manière à représenter les diverses filières et les options de la médecine spécialisée, des représentants des hôpitaux non universitaires et de la profession médicale ainsi que des internes.

J'ai voulu vous montrer notre souci de garantir des formations médicales de haute qualité et de parvenir à une orientation rationnelle de la démographie médicale dans le cadre d'une politique de santé, cela en tenant le plus grand compte des situations réelles dans chaque région.

Pour terminer cette présentation générale, je voudrais insister sur un certain nombre de points qui ont été notamment évoqués par le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

D'abord les filières nouvelles. L'ouverture d'une authentique filière de médecine générale est un apport important du projet de loi. Elle doit contribuer à la valorisation et à la reconnaissance de cette forme essentielle de la pratique médicale. Nous créons un enseignement spécifiquement destiné au futur généraliste et tenant compte de son mode d'exercice. Sa formation, théorique et pratique, à temps plein, sera d'une durée de deux ans dès l'application de la loi. Les stages se feront en milieu bien encadré, hospitalier et extra-hospitalier, avec un stage de six mois au moins dans le C. H. U. Enfin la reconnaissance de la médecine générale comme une discipline spécifique sera attestée par la qualification qui figurera dans le document annexé au diplôme de docteur en médecine.

La filière de santé publique ne doit entraîner aucun malentendu. La nécessité pour tous les médecins, généralistes en particulier, d'une formation dans ce domaine — formation qui peut aller jusqu'à un stage de six mois dans une structure de santé publique — est clairement affirmée. Il n'en reste pas moins nécessaire de former en nombre limité des médecins exerçant exclusivement dans les disciplines de santé publique.

La formation de ces spécialistes n'en fera pas des technocrates, mais des médecins ainsi qu'en témoignent dans leur curriculum trois à quatre semestres de stages cliniques dans les services hospitaliers. La création de la filière de santé publique comportant l'organisation d'un enseignement original et de qualité devrait permettre de corriger peu à peu le retard manifeste qui existe en France dans ce domaine. Elle devrait aussi permettre plus aisément l'accès de divers spécialistes à une formation menant à des disciplines quelque peu négligées telles que la médecine légale ou la médecine du sport.

Enfin, l'existence même de la filière de santé publique devrait contribuer à promouvoir une recherche selon les méthodes propres à ce domaine, recherche à laquelle devraient participer des praticiens en exercice.

La filière recherche va permettre de former des médecins chercheurs d'un très bon niveau scientifique dont le besoin existe réellement et qui contribueront à la promotion et au développement de la recherche biomédicale dans les organismes de recherche, dans l'université et dans le secteur industriel. La création de cette filière ne signifie nullement, bien au contraire, que les autres internes ne seront pas encouragés à inclure dans leur troisième cycle des stages d'un à deux semestres dans une équipe permettant d'assurer leur formation par la recherche.

Il est d'ailleurs essentiel, à mes yeux, que la formation et la carrière des hospitalo-universitaires comportent nécessairement une activité de recherche.

J'en viens maintenant au problème des « passerelles » et de la formation continue.

Dès le troisième cycle, des réorientations seront possibles : les internes auront la possibilité au bout d'un an, au moment où ils disposent du maximum d'éléments pour choisir leur orientation définitive, de reconsidérer, compte tenu de leur classement, la filière, l'option et la discipline dans laquelle ils se sont engagés.

Des dispositions prévoient, d'autre part, qu'après trois ans au moins d'exercice professionnel toutes les catégories de médecins ont la possibilité de postuler à une formation dans une autre filière de troisième cycle, qu'il s'agisse du généraliste qui veut devenir spécialiste ou exercer de manière exclusive dans une profession de santé publique ou du spécialiste qui veut se consacrer de façon exclusive à des responsabilités de médecine communautaire ou changer de spécialité. La transition entre leur exercice professionnel et la nouvelle formation pourra s'effectuer dans un premier temps, pour tout ou partie de la formation

théorique, dans le cadre de la formation continue sous la responsabilité de l'Université, de manière que la durée de leur nouvel internat puisse ensuite être raccourcie tout en s'effectuant à temps plein.

Cette disposition témoigne de la volonté du Gouvernement de voir l'Université s'ouvrir sur l'extérieur. C'est d'ailleurs dans cet esprit d'ouverture que j'ai rappelé qu'une participation des médecins non universitaires et des chercheurs à la formation des internes sera rendue possible. Dans le même esprit, la formation continue, qui dans toutes les disciplines est l'une des missions importantes de l'Université, devra s'exercer en l'occurrence en harmonie étroite avec les organisations médicales professionnelles. Nous veillerons à ce que l'étudiant soit préparé et motivé à cette formation continue qui doit se développer tout au long de sa vie professionnelle.

Un des aspects importants de ce projet de loi, c'est le décloisonnement. Dans chacune des filières, il sera précisé que les semestres d'internat d'un même étudiant du troisième cycle devront être répartis entre plusieurs services et entre des hôpitaux de diverses catégories. Aucun internat ne devra s'enfermer dans une seule discipline, cela afin d'éviter des spécialisations trop précocement exclusives. Il convient de promouvoir le brassage et la collaboration entre des médecins de formation différente et de dépasser des cloisonnements qui sont néfastes.

S'agissant du rôle de la région, j'indique que la création de la commission régionale, qui sera, comme je l'ai indiqué, largement représentative et qui comportera des représentants des collectivités locales, va permettre à la région d'apprécier sur place les besoins de la population et d'infléchir ainsi les orientations de la politique de santé. Cette commission permettra aussi d'évaluer dans la région même l'adaptation du système de soins aux évolutions de la santé en France.

Il me reste à situer l'apport du projet de loi dans l'organisation des études de pharmacie. Cette présentation peut aller plus loin que les données un peu brèves de l'exposé des motifs du projet de loi, car la préparation des textes réglementaires a bien progressé.

Un troisième cycle d'études est institué pour tous les étudiants en pharmacie. Débutant après la quatrième année, il inclut une année hospitalo-universitaire qui permettra à tous les futurs docteurs en pharmacie un exercice hospitalier impliquant la souhaitable cohabitation et collaboration avec les médecins et les autres professionnels de la santé. Il est prévu une initiation tant théorique que pratique à la pathologie permettant à l'étudiant d'appliquer à l'homme malade ses connaissances théoriques et de les placer ainsi dans leur véritable perspective. Cette première année hospitalo-universitaire de troisième cycle comportera pour partie des options qui préfigureront l'orientation vers les diverses filières de troisième cycle qui seront ainsi créées.

Bien entendu, la filière courte débouchera avant tout sur l'exercice en officine mais aussi sur certains postes dans l'industrie. Les filières longues, ouvertes par un concours d'internat inter-régional analogue dans son principe à celui institué pour les étudiants en médecine, conduiront à une formation de haut niveau soit dans les sciences biologiques, et plus particulièrement la biologie clinique qui constituera une formation commune avec les étudiants en médecine, soit dans le domaine des sciences pharmaceutiques spécialisées, et plus particulièrement celles ayant trait au médicament. Cette dernière filière formera les futurs pharmaciens hospitaliers et conduira à certains secteurs de l'industrie pharmaceutique à laquelle elle fournira des pharmaciens ayant reçu une formation de haut niveau.

En pharmacie comme en médecine, nous veillerons au cours du troisième cycle à assurer aux étudiants une formation par la recherche dans toutes les filières longues. La formation à la recherche sera assurée, pour une faible part, dans le cadre de la filière d'internat de recherche médicale, commune aux médecins, d'autre part et surtout dans une filière recherche se rapprochant de celles des U. E. R. des sciences, analogue à celle qui existe actuellement, mais pour laquelle nous souhaitons, pour la formation tant théorique que pratique, abolir, comme en médecine, le cloisonnement actuel, néfaste et injustifiable, entre pharmacie, médecine, sciences de la vie et études vétérinaires.

Ce projet de loi, dont j'ai tenté de vous indiquer les lignes directrices, a cherché à introduire une organisation cohérente et conforme aux objectifs que nous nous étions fixés. Il doit conduire à une formation des médecins et des pharmaciens meilleure et mieux adaptée aux nécessités d'un bon exercice professionnel. La qualité accrue de la formation des futurs médecins et des futurs pharmaciens devrait tendre à éviter les

prescriptions trop souvent excessives de médicaments et d'examen complémentaires parfois fort coûteux, contribuant ainsi à surmonter les graves problèmes financiers soulevés à notre époque par le coût des soins, tant dans le secteur public que dans le secteur libéral.

Pour conclure, je voudrais souligner que je suis convaincu que ce projet de loi aboutira à une meilleure qualité des soins, donc à une promotion de la santé à l'échelle de la nation comme à l'échelle de l'individu, ainsi que mon collègue le ministre de la santé va vous le confirmer. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

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

M. Jack Ralite, ministre de la santé. Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, je veux d'abord remercier les deux rapporteurs de leurs propos précieux et enrichissants pour le projet gouvernemental.

Mon collègue Alain Savary vient de vous présenter le projet de réforme du troisième cycle des études médicales. Il vous en a exposé les motivations, le cadre et l'essentiel des dispositions dans leur cohérence. J'essaierai donc de ne pas répéter ce qu'il a dit excellemment et mon propos tendra à présenter ce projet de loi comme un des temps importants de la nouvelle politique de santé dont la charte gouvernementale de mai dernier a tracé les contours, charte qui, comme ce projet de loi, a été élaborée à partir de la concertation la plus large et la plus fine qui soit. Je me plais d'ailleurs à souligner la collaboration constructive des deux groupes de travail, l'un créé par Alain Savary au ministère de l'éducation nationale, l'autre créé au ministère de la santé.

Il ne s'agit pas d'une réforme des études de plus, il s'agit plutôt de répondre aux questions : quels médecins ? quels pharmaciens ? quelle formation ? pour quelle politique de santé ? Ces interrogations sont au cœur du débat d'aujourd'hui.

Pour y répondre, nous partons des atouts de santé de notre pays. Ils constituent autant de points d'appui. Examinons-en quelques-uns. C'est le système hospitalier français et sa bonne position dans le monde. C'est la qualité professionnelle des praticiens de santé à l'hôpital et hors l'hôpital et leur savoir-faire. C'est l'esprit de recherche qui marque les hommes de la science médicale française et contribue à leur rayonnement hors de nos frontières. Ce sont aussi les résultats des luttes sociales dans notre pays, qui ont ouvert au plus grand nombre une bonne protection de la santé — je veux ici parler de la sécurité sociale, qui constitue une des grandes originalités du système de santé « à la française ».

Dans le domaine de l'enseignement médical, les acquis ne sont pas moins importants. Ce sont les traditions cliniques de la médecine française et leur transmission au lit du malade. C'est le prestige de la formation donnée par l'internat et la place que ce dernier occupe dans le fonctionnement de l'hôpital comme première étape de la carrière hospitalière. C'est encore le pas que voulait faire la précédente réforme, mais dont le caractère restait trop étroit. Comme je le soulignais déjà à Bordeaux le 25 septembre de l'année dernière, en présence d'ailleurs d'un nombre important de médecins : avant la réforme, les spécialités médicales au niveau du troisième cycle se préparaient en C. E. S. où les étudiants recevaient une formation universitaire mais n'assumaient pas de responsabilités hospitalières et n'étaient pas rémunérés.

Par ailleurs, il existait un internat caractérisé, lui, par des responsabilités hospitalières rémunérées, mais sans formation universitaire. N'ayant pas accès aux C. E. S. ou à l'internat, le futur médecin généraliste apparaissait, aux yeux mêmes des intéressés, comme — pour reprendre une expression qu'ils emploient eux-mêmes — un laissé-pour-compte.

Avec la réforme de 1979, l'instauration d'un internat qualifiant résolvait la contradiction C. E. S.-internat, mais le futur généraliste, bien que devenant résident, était encore le laissé-pour-compte, le recalé d'un système promouvant exclusivement des spécialistes.

Il faut en finir avec cette permanente ségrégation à l'égard du futur généraliste, et cela non seulement pour lui mais surtout pour la qualité de la santé dont il est un élément décisif.

Faut-il ajouter que l'enseignement est aussi trop compartimenté, se privant d'une approche suffisamment globale de l'individu, que le milieu de vie, les conditions de travail, l'environnement social des personnes sont trop souvent laissés pour compte

dans l'enseignement de la médecine, et tout cela alors que les exigences de notre époque sont particulièrement pressantes dans le domaine de la santé ?

Ainsi, le bond de la connaissance et des techniques médicales use le bagage scientifique du médecin en cinq à dix ans et exige l'acquisition d'une base solide des connaissances pour tous.

Les problèmes de formation prennent, de ce fait, un relief particulier. La formation initiale du futur médecin doit être de haut niveau, non seulement pour suivre l'évolution du savoir, mais pour l'enrichir, voire parfois le précéder. De même, la mise à jour des connaissances du médecin doit être permanente dans un mouvement qui allie de façon indissociable les enseignements de la pratique et la démarche théorique. De même encore, la formation des médecins doit inclure la pluridisciplinarité dans une globalisation de la pratique médicale.

En vérité, là comme ailleurs, politiquement de santé et formation des praticiens s'entrecroisent étroitement, se conditionnent l'un l'autre. Le praticien situé au cœur de cet espace est bien le médecin généraliste. C'est pourquoi il y avait nécessité impérieuse de la revalorisation de sa fonction spécifique et donc de sa formation.

Quels sont les éléments de cette spécificité qui impliquent pour chacun d'entre eux des impératifs de formation ?

Le médecin de famille, c'est d'abord le praticien situé aux avant-postes de l'urgence, de la détresse, celui dont le geste peut en premier rattraper la vie. La reconnaissance de ce rôle essentiel pour la sécurité imposait qu'il soit intégré au système des urgences.

Le médecin de famille, c'est aussi le médecin privilégié de la relation en raison de ses rapports particuliers avec chaque personne dont il est amené à partager les problèmes. C'est le spécialiste de la première écoute.

Le médecin de famille, c'est le spécialiste du milieu de vie. On le dit homme de terrain, et il en découle à l'évidence un élargissement de ses responsabilités dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé. Il a donc un rôle spécifique et de premier plan dans la politique de santé.

Non que le généraliste ait à se substituer aux spécialistes de la prévention avec lesquels il doit, au contraire, collaborer étroitement, mais rien du travail, du bruit, de la pollution, des agressions du monde extérieur ne peut lui être indifférent : dans son cabinet, seul à seul avec le malade chargé, que ce dernier le dise ou non, de tout ce vécu-là — et pour une bonne part il s'en acquitte de bonne manière — mais aussi hors de son cabinet dans une prise en compte des actions collectives de santé.

Le médecin de famille, c'est aussi le médecin de la synthèse qui voit l'individu dans sa totalité rassemblant le puzzle des informations nécessaires à sa connaissance. Médecine globale sans laquelle l'homme risquerait de devenir parcellisé, morcelé, compartimenté.

C'est, en définitive, le spécialiste de la globalité de l'approche de la santé, de la globalité de l'individu en lui-même, mais aussi de l'individu pris dans son vécu social.

Cette pratique fondée sur la globalité n'est pas négation des autres approches spécifiques de santé. Elle exige, au contraire, la pratique pluridisciplinaire :

Pour l'urgence, avec les équipes de l'urgence dans leur diversité, et notamment les S. A. M. U. Pour la relation et l'écoute, avec les équipes de la psychiatrie de secteur. Pour la promotion de la santé, avec les médecins de santé publique, mais aussi avec les travailleurs sociaux, les élus, le mouvement associatif, etc. Pour la synthèse, avec les différentes spécialités médicales hospitalières et extra-hospitalières.

Cette pratique pluridisciplinaire exige, je l'ai dit, une formation particulière du généraliste mais, en même temps, un haut niveau de qualité de l'ensemble du corps médical.

Où, la pratique du médecin généraliste dans sa complexité est bien une pratique spécifique.

A-t-elle reçu jusqu'à présent les moyens de formation nécessaires à sa mise en œuvre ?

C'est parce qu'il y avait là un décalage profond que l'on ne pouvait faire l'économie de ce projet de loi que nous vous présentons aujourd'hui avec M. le ministre de l'éducation nationale, Alain Savary.

Assurer au généraliste une formation correspondant à sa place dans l'appareil de santé est l'un des objectifs principaux de ce projet de loi. Il est donc en même temps l'une des pièces importantes de la nouvelle politique de santé.

Cette formation revalorisée du généraliste comporte trois volets : une formation théorique de bonne qualité, une formation clinique insérée dans le futur de son exercice de praticien, l'abord, enfin, de la dimension sociale de l'omnipraticque.

En créant un internat qualifiant en médecine générale, la formation théorique et clinique de généraliste se trouve, comme pour les autres disciplines, unifiée dans un statut comportant enseignement et responsabilités de praticien hospitalier.

Ainsi, l'interne en médecine générale aura le même statut et les mêmes conditions de formation que les autres internes.

Un examen validant et classant régional constituera la voie obligatoire à cet internat. Il se fera sur le même programme et le même type d'épreuves que les concours facultatifs inter-régionaux des autres spécialités.

Cette exigence de contrôle des connaissances du futur interne est naturellement synonyme de qualité ; elle constitue un préalable indispensable, sans lequel il ne saurait y avoir d'internat en médecine générale.

De plus, cet examen permettra à chacun de choisir son parcours de formation en fonction de son classement, et donc aux meilleurs d'accéder aux lieux de connaissances les plus élaborés, ce qui permettra aussi à ceux qui le souhaiteraient de choisir, à l'issue de leur internat, la carrière hospitalière en présentant le concours prévu à cet effet.

Ainsi les mêmes possibilités sont apportées à tous, quelle que soit la discipline d'exercice choisie.

La revalorisation des hôpitaux généraux dans leurs plateaux techniques et leurs équipes, qui constitue l'un des axes de la nouvelle politique de santé tout en apportant de nouveaux moyens de qualité à la protection de la santé publique, élargira du même coup le niveau des terrains de formation, de telle sorte que c'est l'ensemble de l'appareil hospitalier — C. H. U. et hôpital général — qui concourra à la formation du futur médecin.

L'interne en médecine générale devra passer au moins six mois dans les services des C. H. U., plongeant ainsi dans le creuset de la connaissance médicale et la pratique pluridisciplinaire, au même titre que les internes des autres spécialités qui devront, quant à eux, consacrer six mois au moins de leurs fonctions à l'hôpital général.

La circulation des différents internes sur l'ensemble des plateaux techniques hospitaliers ne peut qu'être profondément génératrice d'échanges, de confrontation des expériences et du savoir, d'ouverture aux pratiques pluridisciplinaires. Elle constitue l'un des éléments de cette qualité nouvelle qu'apporte cette loi à la formation des médecins.

La revalorisation de la formation du généraliste passe aussi par une augmentation de son temps d'internat à trois ans à terme, avec une période de transition de deux ans.

Mais j'ai parlé d'insérer la formation clinique du généraliste dans le futur de son exercice de praticien, ainsi que de lui donner les éléments pour aborder la dimension sociale de sa pratique. C'est dire l'importance du temps extra-hospitalier de sa formation auprès du praticien où il s'imprégnera de l'expérience de ses aînés, à l'entreprise où il sera confronté à la grande question du rapport entre conditions de travail et santé, dans les centres de santé et les cabinets de groupe où il pourra nourrir sa réflexion de recherches et d'expériences nouvelles, sur les terrains de santé publique où il pourra appréhender les différentes approches de promotion de la santé de l'enfance, où il devra s'initier aux pratiques d'épidémiologie, etc. On ne saurait sous-estimer l'éventail et la diversité des lieux de formation qui recourent tout ou partie de sa future pratique.

Ainsi, avec un examen validant et classant, un internat qualifiant en médecine générale, une utilisation de l'ensemble des structures hospitalières dans la formation du futur généraliste, une formation extra-hospitalière ouverte aux différentes pratiques du terrain, un internat porté à deux, puis à trois ans dans l'avenir, ce projet de loi apporte effectivement des éléments nouveaux qui doivent permettre au généraliste de trouver la place qui correspond à la complexité et à la diversité de ses missions.

J'ajoute qu'après son installation le généraliste devrait pouvoir accéder à d'autres disciplines, s'il le désire, par des passerelles ; mais cela sera vrai pour les autres spécialistes qui

voudraient changer de spécialités, et notamment accéder à la médecine générale. Cette dernière ne saurait être le plancher des autres disciplines médicales.

Bref, la médecine générale considérée comme une pratique spécifique à l'image des autres spécialités exigeait une formation spécifique de bon niveau.

Cette revalorisation du médecin généraliste dans sa formation et ses fonctions devrait trouver son prolongement dans le domaine de ses moyens de vie.

Que veut dire « revalorisation du rôle du généraliste » quand le fossé se creuse entre certaines spécialités et le niveau de vie de l'omnipraticien qui connaît une érosion régulière ?

Il conviendra donc de procéder aux rééquilibrages nécessaires en accord avec la profession. C'est une question de politique de santé.

Quant à l'accès aux autres spécialités, la loi est moins originale puisque déjà des pas avaient été faits, lors de la dernière réforme, par la création de l'internat qualifiant.

Pourtant, il me semble que des avancées nouvelles et importantes sont contenues dans le projet de loi d'aujourd'hui, et cela essentiellement sur trois plans.

En premier lieu, il convenait de conjuguer l'appréhension au plus haut niveau des connaissances de la spécialité à la globalisation du savoir. L'abord global de la santé n'est-il pas une nécessité pour tout médecin, quel que soit son mode d'exercice ? Cette démarche marque profondément la réforme. Ainsi, l'apprentissage à la recherche et aux grandes questions de santé publique ne sera pas le monopole des filières spécialisées qui conduisent à ces deux types de pratiques, mais fera partie des autres enseignements.

En deuxième lieu, la mise en commun et l'utilisation des plateaux techniques de plusieurs C. H. U. pour la formation du futur spécialiste est indispensable à un abord ouvert et élargi de sa discipline.

En troisième lieu, surtout, la qualité des lieux de formation des médecins ne doit pas rester l'affaire d'un petit cercle restreint. Elle plongera dans la vie à travers des commissions régionales composées de praticiens, de professionnels de santé, de représentants de la population : élus, syndicalistes, mouvements associatifs. En effet, ne doit-il pas y avoir cohérence entre la qualité des lieux de soins et celle des lieux de formation ?

La formation des médecins et la qualité des lieux de formation seront donc ancrées sur les besoins de santé de la région et non séparées de la mise en œuvre de la politique de santé régionale.

Politique de santé et formation sont décidément indissociables.

Dans ce contexte, la réforme permettra de donner au futur médecin les moyens d'apprécier l'efficacité et la qualité de son action. Confrontée aux besoins de santé, aux moyens disponibles pour y répondre, aux nécessités d'une démarche neuve et inventive, elle sera dans le même temps apprentissage de la rigueur et de la responsabilité.

Sur le plan inter-régional, cadre du cursus des internes en spécialités autres que la médecine générale, les commissions pédagogiques associeront aux universitaires les autres praticiens, médecins des hôpitaux généraux notamment. Les garanties de qualité apportées par la dimension universitaire y trouveront une base plus large, et donc plus solide.

Enfin, sur le plan national, la commission donnera son avis pour harmoniser le nombre des praticiens à former et leur lieu de formation. Elle devra contribuer, en liaison avec les autres commissions, à amoindrir progressivement les inégalités régionales des moyens de formation et à assurer une régulation pour réduire les déséquilibres de la démographie médicale.

Bref, incontestablement, cette loi sort la formation des futurs médecins et des différents spécialistes du domaine réservé pour en faire l'un des moments de la politique sanitaire.

Mais revenons un instant à la formation continue, qui est le prolongement indispensable de la formation initiale, la mise en valeur de ces premiers acquis du savoir. N'y a-t-il pas là une obligation professionnelle, conforme à l'éthique médicale, qui se doit d'apporter, eu égard au niveau des connaissances, la meilleure réponse possible aux besoins de santé des malades ? J'ai dit « obligation professionnelle » ; je n'ai pas dit « formation permanente obligatoire ». Je suis de ceux qui répugnent à régler de façon administrative des questions qui font appel à l'esprit

de responsabilité de chacun. Mais la question est posée à la profession médicale elle-même, de même qu'est posé le problème de la nécessaire préservation de cette formation permanente face aux impératifs commerciaux de l'industrie pharmaceutique, qui sont encore trop les maîtres d'œuvre principaux en la matière.

Ainsi, il n'y aura pas de chapeautage de la formation continue des médecins, mais démarche concertée avec les médecins prenant en compte les grands thèmes de la politique nationale de santé ainsi que leurs besoins spécifiques de formation, et cela en liaison toujours étroite avec l'Université.

Cette loi concerne aussi les pharmaciens, et les principes de la charte nous ont, là aussi, guidés.

La politique de santé insérée dans le vécu quotidien, cela implique la revalorisation de la formation du pharmacien d'officine. Spécialiste du médicament, aux premières lignes de la santé publique, il fait partie de l'équipe de santé du terrain.

Il fallait lui donner, comme d'ailleurs aux autres pharmaciens, une formation dans le domaine de la pathologie humaine et de la clinique qui fait l'objet de la première année du troisième cycle des études de pharmacie.

Il fallait lui donner la pratique du travail au contact des malades dans le contexte pluridisciplinaire de l'équipe médicale hospitalière.

Il fallait lui donner les moyens de la connaissance de son futur exercice en dehors de l'hôpital auprès de ses pairs.

Tel est le sens de la filière qui lui est consacrée, ouverte par un examen validant et classant à la fin du deuxième cycle.

Cependant, les exigences du savoir devaient élargir la base de l'internat actuel en pharmacie. C'est pourquoi, après la cinquième année commune à tous les étudiants en pharmacie, un concours inter-régional ouvre la voie aux spécialistes de haut niveau qu'exigent, premièrement, une industrie pharmaceutique que le Gouvernement entend développer sur une base nationale ; deuxièmement, la recherche, qui, dans le domaine de la santé, ne connaît pas les frontières entre médecins-pharmaciens et scientifiques ; troisièmement, l'hôpital, où le pharmacien, qui y assume de plus en plus de responsabilités, doit prendre toute sa place au sein de l'équipe de santé.

Exigence de la connaissance et champ social de la santé marquent donc, là aussi, la démarche de la loi.

Parce qu'elle est l'un des éléments de la revalorisation de la médecine générale, parce qu'elle est nourrie des exigences de qualité de formation pour tous les médecins et pharmaciens, parce qu'elle permet d'intégrer la formation des médecins et des pharmaciens à la politique de santé, qu'elle s'en donne les moyens concrets, qu'elle est l'un des éléments de démocratisation au contact des réalités médicales mais aussi sociales qui font en dernière analyse la santé, cette loi me paraît un moment important de la mise en œuvre du changement dans le domaine de la santé.

Je vous demande donc, après mon collègue Alain Savary, de l'adopter. (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)

**M. le président.** Dans la discussion générale, la parole est à Mme Fraysse-Cazalis.

**Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis.** Messieurs les ministres, le président, mesdames, messieurs, l'accélération des découvertes scientifiques et les moyens nouveaux qui en découlent modifient considérablement les pratiques médicales et pharmaceutiques aujourd'hui.

Des perspectives nouvelles s'ouvrent devant nous, posant de façon impérieuse la nécessité d'une formation mieux adaptée aux besoins et aux possibilités de notre temps : niveau de connaissance plus élevé pour tous ; spécialisation plus marquée, sans concession à la nécessaire approche globale de la santé et du malade ; travail collectif et formation continue faisant partie intégrante de la pratique.

Ces orientations, simples à définir, seront plus complexes à mettre en pratique. Le texte qui nous est soumis, malgré ses limites, y contribuera sans aucun doute. Sur plusieurs points, il constitue en effet une avancée.

En premier lieu, le fait que tous les étudiants du troisième cycle des études médicales soient internes, donc en mesure d'exercer une responsabilité, avec un statut et une rémunération

identiques quelle que soit la filière choisie, représente un pas important qui permettra de mieux harmoniser les formations théorique et pratique indispensables.

Toutefois, je ne cacherais pas sur ce point notre grand regret de voir maintenir un recrutement à « deux étages » qui reste défavorable à la médecine générale. Il est fort dommage qu'au moment où des dispositions sont prises pour revaloriser cette filière le texte n'aille pas jusqu'au bout de la démarche. Beaucoup de formations d'étudiants et de professionnels sont d'ailleurs venus nous le dire. De même, il faut regretter que la réforme soit limitée en seul troisième cycle.

Un deuxième aspect nous semble important dans la démarche qui a inspiré ce texte : c'est la création des commissions régionales et inter-régionales. Elles devraient être en mesure d'assurer une approche plus juste et plus démocratique des besoins de santé.

La commission régionale qui, à côté du corps médical, regroupera notamment en son sein des élus, des représentants des syndicats et des associations, pourra apporter un avis objectif « en temps réel » sur les besoins de la population et donc les besoins en structures et personnel médical. Elle doit également être en mesure de donner un avis autorisé sur la qualité des services et les postes d'internes nécessaires.

C'est la raison pour laquelle j'ai déposé, au nom de mon groupe, un amendement qui vise à établir en son sein une parité entre l'ensemble des représentants de la profession médicale et les autres membres. Il sera d'ailleurs important de veiller au bon équilibre entre catégories, afin que les médecins de ville, ceux qui exercent dans les hôpitaux généraux et les praticiens des diverses spécialités soient tous représentés.

La commission des affaires sociales a retenu cette proposition. Ces nouvelles dispositions devraient permettre de revaloriser la place et le rôle des hôpitaux généraux, ce qui, sans conteste, est très important, notamment pour avancer vers l'atténuation, puis la suppression, des inégalités actuelles d'une région à l'autre.

Dans un double souci de bon fonctionnement des hôpitaux généraux et de bonne formation pour tous les internes, quel que soit leur rang aux épreuves de contrôle, nous avons déposé plusieurs amendements. Nous ne les reprendrons pas en séance publique car, dans un même souci, la commission a adopté des amendements qui précisent le texte sur ces points et fixent notamment une durée minimale de stage dans les hôpitaux généraux et dans les C. H. U. pour tous les internes, quelle que soit leur orientation.

Cela nous conduit à demander au Gouvernement d'examiner attentivement les moyens à mettre en œuvre pour permettre à ces hôpitaux de recevoir, encadrer et former les internes dans de bonnes conditions. Sans aucun doute, les postes accordés par M. le ministre de la santé répondent à ce souci, mais l'effort doit être poursuivi.

La volonté d'élever le niveau de formation des médecins, clairement exprimée dans ce projet, passe obligatoirement par l'exigence de moyens suffisants sans lesquels le but poursuivi ne serait pas atteint.

Je voudrais maintenant aborder plus en détail les filières proposées à l'issue du concours. Les dispositions envisagées posent, en effet, le problème de la souplesse et de l'ouverture indispensables à la formation des médecins dans tous les domaines.

Nous souffrons actuellement d'un cloisonnement très préjudiciable ainsi que d'une prise en compte insuffisante de la notion de prévention, laquelle exige éducation et promotion de la santé par l'ensemble du corps médical. C'est d'ailleurs pourquoi la filière santé publique telle qu'elle est envisagée dans le projet ne nous paraît pas souhaitable.

La santé publique, et son objectif essentiellement préventif, doivent être l'affaire de tous les médecins et notamment des généralistes, chacun s'accorde à le dire.

La création, en quelque sorte en « parallèle », d'une filière santé publique s'adressant à un petit nombre de médecins ne nous paraît donc pas d'une grande utilité.

Certes, tous les généralistes — les ministres l'ont confirmé — bénéficieront d'un enseignement minimal dans ce domaine. Mais alors, pourquoi ne pas prévoir, à la place de cette filière spéciale, une option particulière ouverte à tous les internes qui souhaitent s'orienter plus particulièrement vers la santé publique, quelle que soit leur spécialité ? C'est ce que le groupe communiste proposera par voie d'amendement.

Par ailleurs, dans le dispositif prévu dans le projet de loi, que devient l'école de Rennes ?

Nous avons le même type de préoccupations en ce qui concerne la recherche, qui pour être fructueuse doit, elle aussi, pouvoir recruter des médecins ayant une expérience pratique dans toutes les spécialités sans exception, y compris la psychiatrie.

Je souhaiterais par ailleurs que le Gouvernement nous donne des précisions sur les débouchés qui seront offerts aux jeunes médecins qui se destinent à la recherche.

Enfin, nous voudrions voir préciser davantage dans le texte les dispositions transitoires prévues pour les étudiants actuellement en cours de C. E. S. Les intéressés expriment leurs inquiétudes à cet égard.

Tels sont les points que, par ma voix, le groupe communiste a voulu soulever dans la discussion générale.

Au moment de conclure, je voudrais rappeler nos aspirations essentielles : d'abord, une prévention et des soins de qualité pour tous les citoyens quels que soient la région où ils vivent, leur âge, leur milieu social, ce qui implique aussi — comme l'a rappelé M. le ministre de la santé — une bonne protection sociale ; ensuite, une formation médicale théorique et pratique de haut niveau pour tous les médecins, quels que soient leur spécialité et leur mode d'exercice. (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)

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

M. Claude-Gérard Marcus. Ce débat, messieurs les ministres, s'ouvre au moment où les médecins hospitaliers de France manifestent clairement, par une grève, leur opposition à la conception de la santé que vous incarnez. Ils seront dans quelques jours imités par les médecins du régime libéral qui affirmeront à leur tour leur attachement à la liberté de la médecine.

Nous débattons aujourd'hui d'une réforme importante, celle du troisième cycle des études médicales, réforme qui vient réformer celle que nous avons adoptée avec la loi du 6 juillet 1979.

Votre projet porte, comme toutes les décisions de ce Gouvernement, la marque de l'incohérence. On sent que pour des raisons idéologiques la tendance de départ était de faire l'internat pour tous mais que, devant l'hostilité du corps médical, le pouvoir a reculé pour aboutir à des solutions d'où la cohérence est absente.

Comme dans tous vos projets, le meilleur côtoie le pire.

Je reconnais volontiers qu'il y a dans ce texte des éléments positifs.

M. Louis Lareng, rapporteur. Ah !

M. Claude-Gérard Marcus. Tel est le cas du maintien de la sélection, qui est en contradiction avec vos orientations profondes, de la formation à l'hôpital des futurs généralistes, de la présence des étudiants à l'hôpital non seulement en tant qu'élèves, mais avec des fonctions précises, ou encore de l'existence de passerelles, qui a été évoquée tout à l'heure. Mais, il faut le dire, ces éléments positifs existaient déjà pour l'essentiel dans la réforme de 1979.

Seule l'évolution de la médecine et non des considérations idéologiques de circonstance devraient guider une rénovation des études médicales. Réorganiser l'enseignement médical ne peut, en effet, avoir qu'un seul but : améliorer la formation de tous les médecins, praticiens ou hospitaliers, généralistes ou spécialistes.

De nombreux projets, dont l'exégèse serait fastidieuse, se sont succédés au cours de ces dernières années. L'avant-dernier en date, que nous avons voté, était sur le point d'aboutir lorsque, au nom d'un changement de majorité politique, on décida qu'il fallait changer la façon d'enseigner la médecine et réformer une réforme qui n'avait jamais été appliquée. L'application du dogme exigeait qu'un projet datant « d'avant » fût jeté aux orties.

Sans tenir compte des mythes et des modes, que vaut réellement le projet de réforme qui est soumis au Parlement ? En vérité, cela seul nous importe.

J'ai déjà dit qu'il y avait des éléments positifs ; je n'y reviendrai plus.

Précisons d'abord que la réforme ne concerne que les dernières années d'études, c'est-à-dire le troisième cycle, exactement comme le projet antérieur dont c'était d'ailleurs, je le reconnais, une des faiblesses. Le troisième cycle est celui pendant lequel le futur médecin se prépare à l'exercice soit d'une spécialité, y compris la médecine interne, soit de la médecine générale. Il en sortira diplômé.

La « mauvaise » réforme, celle que l'on veut abolir, avait décidé que tous les spécialistes devaient passer par le concours de l'internat, supprimant à juste titre l'accès parallèle aux spécialités par la voie des certificats d'études spéciales, de bon niveau théorique mais de faible valeur pratique. Les étudiants qui se destinaient à la médecine générale, après avoir validé leurs examens de faculté, entraient directement comme résidents en troisième cycle. Les choses étaient donc claires.

Les nouveaux réformateurs avaient au départ l'intention de supprimer le concours de l'internat, auquel se présentent les seuls volontaires et qui vous a un petit air élitiste, donc suspect, et de le remplacer par un examen de fin d'études, auquel tout le monde aurait été reçu : plus de volontariat, plus de concours, plus d'internes ; plus de volonté, plus d'ardeur, plus de reconnaissance du mérite !

Les réactions violentes du corps médical et des étudiants devant ce projet ont abouti à un recul du Gouvernement.

Toujours est-il que, finalement, dans le projet actuel, le concours de l'internat subsiste. Alors, vous êtes contents, me direz-vous ? Pas du tout, car, absurde et dangereuse hypocrisie, tous les étudiants du troisième cycle, qu'ils aient ou non passé le concours, s'appelleront internes ! L'exposé des motifs du projet indique explicitement, en effet, que « tous les étudiants du troisième cycle des études médicales seront internes... avec un statut et une rémunération identiques ». Voilà de retour par la fenêtre « l'internat pour tous » de nos nouveaux réformateurs, ce avec quoi nous ne sommes pas d'accord.

Il ne s'agit pas là d'une question de vocabulaire, ni de la défense d'un titre — on peut en changer, ce n'est pas bien grave — mais d'une question de principe, d'honnêteté et de la défense d'une réalité.

Le principe est que tout effort individuel doit être reconnu par la société. La réalité, c'est que seul, après un internat de quatre ou cinq ans, l'ancien interne sera effectivement spécialiste dans la discipline qu'il aura choisie et qu'il exercera désormais. Ni sur le principe, ni sur la réalité — qui concerne autant, sinon d'abord, les malades — nous ne saurions transiger.

Au demeurant, c'est, nous semble-t-il, faire preuve d'un certain mépris vis-à-vis des généralistes que de considérer qu'il faut en quelque sorte les camoufler sous l'appellation d'interne. Dieu merci, il n'y a pas que les anciens internes qui soient d'excellents médecins, sinon nous serions en vérité bien mal soignés !

C'est heureusement tout le contraire, et les sondages indiquent bien l'attachement pleinement justifié des Français à leur médecin de famille, espèce hélas gravement menacée, en dépit de propos apaisants, par les initiatives et projets gouvernementaux, menace qui s'étend à l'ensemble du système de santé à la française : libéral, hospitalier et hospitalo-universitaire.

A propos du troisième cycle de généraliste, il faut noter la contradiction que constitue le « concours classant » en fin de deuxième cycle, c'est-à-dire six ans après le bac. Les partis de gauche avaient toujours combattu dans l'opposition la sélection en fin d'études. Or, avec le classement, on revient en fait à une sorte de sélection.

Les deux et peut-être trois années du troisième cycle du généraliste, qui comportent de réelles fonctions hospitalières de responsabilités et des stages chez le praticien, sont reprises du projet de 1979. Elles apporteront certainement une meilleure formation terminale, et ce critère qualificatif a, bien entendu, notre entière approbation. Mais il est une condition pour que cette amélioration soit réelle : il faut que le nombre d'étudiants soit tel qu'il permette à tous l'exercice de réelles fonctions hospitalières et non l'affectation à des « stages bidons », comme disent les étudiants.

La prise de conscience, tardive, il faut le dire, de cette évidence, avait conduit à réduire progressivement depuis 1977, d'environ 10 p. 100 par an, le nombre d'étudiants.

Ce mouvement, qui allait dans la bonne direction puisqu'il visait à empêcher la formation de médecins chômeurs, a été suspendu dès l'arrivée de votre majorité au pouvoir. Cette année,

le nombre d'étudiants admis a été réduit, rigueur oblige. Si ce n'est pas un changement de cap, c'est tout de même un changement. Mais il est évident qu'il se passera encore beaucoup de temps avant que l'on puisse assurer aux futurs généralistes une troisième année de troisième cycle, comme le prévoit, dans son exposé des motifs, le projet du Gouvernement.

On peut se demander d'ailleurs s'il est absolument nécessaire d'allonger de trois ans les études des généralistes. L'un des défauts majeurs du texte qui nous est soumis, comme de celui que nous avions voté en 1979, est qu'il ne s'insère pas dans une réforme générale de l'enseignement médical. On n'a pas étudié sérieusement, par exemple, la possibilité de gagner un an sur l'enseignement du deuxième cycle. Sans examen approfondi, on condamne donc le futur généraliste à des études considérablement allongées, sans prévoir précisément l'amélioration de ses conditions de subsistance.

Vous avez, messieurs les ministres, sans entrer dans le détail, évoqué les matières qui seront enseignées. J'ai noté avec surprise qu'à aucun moment vous n'avez fait place à l'économie médicale.

Au moment où le Gouvernement s'aperçoit qu'il faut savoir compter — et vous-même, monsieur le ministre de la santé, l'avez dit : « la médecine n'a pas de prix, mais elle a un coût » — rien ne semble envisagé pour que le médecin, qu'il soit généraliste ou qu'il soit médecin hospitalier, reçoive un enseignement général de l'économie médicale. Or, s'il est avant tout médecin, il est aussi prescripteur de dépenses publiques et devrait donc recevoir un tel enseignement.

A côté de la filière des généralistes, la réforme qui nous est proposée prévoit trois filières : une filière de médecine spécialisée, une filière de santé publique et une filière de recherche.

Il n'y a rien à dire de la filière de médecine spécialisée qui ouvre la voie aux spécialités. Nous pensons qu'elle doit être maintenue parce qu'elle est conforme à la notion d'internat existant, et il nous semble même qu'elle devrait seule être maintenue.

La filière santé publique suscite des interrogations. La création d'une filière particulière dans ce domaine ne nous paraît pas d'une évidente nécessité. La formation des futurs cadres de la santé publique, si l'on veut de vrais médecins et non des technocrates, ne doit pas différer de celle des autres médecins qui ont tous, et en premier lieu les généralistes, un rôle éminent à jouer dans la prévention.

Pour le groupe du rassemblement pour la République, les médecins qui se destinent spécifiquement à une carrière de santé publique devraient recevoir, en dernière année de troisième cycle ou après, un complément terminal de formation. On se demande si la filière que vous voulez instaurer n'aboutira pas à la formation d'une sorte d'officiers de santé qui n'auraient pas avec les malades le même contact que les autres médecins.

Vous nous dites sans arrêt que l'une des priorités de la politique du Gouvernement en matière de santé est la prévention. Or, créer des spécialistes de la prévention, c'est retirer à l'ensemble du corps médical l'un de ses rôles essentiels.

Quant à la recherche, il est évident que tout médecin qui se destine aux carrières hospitalo-universitaires doit avoir une formation solide dans ce domaine. Aussi, dès 1966, avait été institué dans ce but le cycle d'études et de recherche en biologie humaine qui intégrait — ce qui est indispensable en médecine — la recherche et la formation clinique.

Créer une filière particulière à la recherche ne peut qu'aggraver la « démedicalisation » de la recherche médicale dont nous souffrons déjà, et cela risque de conduire à terme à une véritable ségrégation entre médecins universitaires et chercheurs. On peut craindre qu'un internat tourné vers la recherche n'oriente d'emblée le médecin vers une carrière de chercheur. Or c'est précisément ce qu'a permis d'éviter la création des postes d'accueil.

Un des défauts de votre système consiste à enfermer très tôt les gens dans une filière, dont ils ne peuvent plus se dégager même si elle ne leur convient pas, alors que vous mettez en place, par ailleurs, d'utiles passerelles.

Il est essentiel de comprendre que la recherche devrait être, pour un grand nombre de futurs médecins universitaires, une étape de la formation et non pas une carrière temps-plein jusqu'à la retraite.

Telles sont les principales critiques qu'au nom du groupe R. P. R., je voulais émettre sur certains aspects importants de votre projet.

J'ai indiqué qu'il comportait des éléments positifs. Je les ai énumérés. Je n'y reviens pas.

Un nom de notre groupe, M. Gissinger et moi-même avons déposé un certain nombre d'amendements pour rectifier ce qui nous paraît nuisible dans votre projet.

D'autres aspects de ce texte méritent d'être soulignés. Le projet de loi, avant d'être modifié par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, n'indiquait nulle part que les étudiants devaient effectuer six mois au moins de stage dans les hôpitaux non universitaires. La commission a heureusement voté un amendement dans ce sens. J'espère qu'il sera accepté, faute de quoi il y aurait le risque qu'aucun interne ne fasse désormais de séjour dans un hôpital autre qu'un centre hospitalier universitaire. Cela causerait un grave préjudice au fonctionnement de ces hôpitaux, dont l'importance ne doit pas être sous-estimée, et, en même temps, cela couperait les internes d'une approche humaine de la maladie, qui n'est pas toujours celle des C. H. U.

J'ai évoqué les contradictions, ou plutôt les incohérences de votre texte. Un bel exemple est celui qui concerne le diplôme de docteur en médecine. A l'origine, vous souhaitiez que la qualification et la spécialité soient mentionnées sur le diplôme. Il semble que vous n'avez pas été suivi par les instances administratives. Vous avez donc proposé un texte qui prévoit la mention de la qualification sur une feuille annexe au diplôme, ce qui ne veut strictement rien dire. Ou il y a un diplôme général, ou il n'y en a pas. Il y a dans cette démarche une remise en cause de l'unicité et de l'universalité du diplôme de docteur en médecine qui nous paraît hautement condamnable et dont, en plus, on ne voit pas l'intérêt, même dans votre optique.

Votre projet donne par ailleurs, dans ses articles 55 et suivants, de larges pouvoirs à des commissions dont la composition, le rôle et les modalités de fonctionnement ne sont pas indiqués. Tout cela doit être précisé par décret. Mes collègues et moi-même avons déposé des amendements proposant que les décrets qui régiront ces commissions soient pris en Conseil d'Etat, ce qui constituerait une certaine garantie d'impartialité.

Voilà, messieurs les ministres, mes chers collègues, les réserves que je voulais apporter sur un projet de loi qui comporte, en même temps que des éléments positifs, beaucoup d'éléments négatifs et qui se substitue à une loi que vous n'avez même pas voulu appliquer, alors, pourtant, qu'elle était positive.

Nous déterminerons notre vote en fonction du sort qui sera réservé aux amendements que nous avons déposés.

Cependant, compte tenu de la ligne générale du texte que vous proposez, de l'idéologie qui sous-tend toutes vos actions et qui a sous-tendu le vote de la commission, je crains que nous ne soyons conduits à émettre un vote négatif. (*Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

**M. le président.** La parole est à M. Couqueberg.

**M. Lucien Couqueberg.** Monsieur le président, messieurs les ministres, mesdames, messieurs. Il y a beaucoup d'aspects positifs dans le projet de loi présenté aujourd'hui par le Gouvernement.

Il faut rendre hommage au long et difficile travail qu'il a nécessité. Mais, sans doute parce qu'il s'agit d'une réforme partielle ne concernant que le troisième cycle des études, il laisse à certains d'entre nous une impression d'inachevé et d'insuffisante audace pour certaines voies explorées : par exemple, la démocratisation de l'accès à la profession, la lutte contre l'élitisme, l'égalité de formation pour les différentes filières, la valorisation du rôle du médecin généraliste.

Un des aspects positifs réside dans la possibilité pour les futurs médecins — tous les futurs médecins à partir du troisième cycle — d'exercer des responsabilités rémunérées d'internes, contrôlées par les maîtres de stage.

Un amendement de notre camarade Gréard, amendement présenté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, précise fort utilement cette évolution considérable dans le projet de loi — et ce n'est pas inutile. A partir du troisième cycle, il sera toujours question d'internes et non d'étudiants.

C'est donc un grand pas qui est franchi. Les futurs médecins bénéficieront tous de cette formation inappréciable, l'internat, donc d'un enseignement théorique et pratique — enseignement pratique bien insuffisant jusque-là.

Une autre qualité de ce texte est la création de nombreuses passerelles rendant possible en cours d'études le passage à une autre formation. Il est même prévu — dans l'exposé des motifs seulement — l'étude d'une passerelle permettant aux étudiants d'autres professions de santé, paramédicales, de rejoindre éventuellement la formation médicale. Ce sera une étape décisive vers une démocratisation accrue.

Voilà donc un projet qui présente des avancées indéniables en matière de promotion de santé. Il pérennise pourtant, même s'il les atténue, des notions que nous aurions bien voulu voir disparaître : l'élitisme, le mandarinat et l'inégalité de formation pour les futurs médecins, notamment pour les futurs généralistes.

La formation des futurs généralistes constituait cependant pour nous un objectif majeur, comme en témoigne le Projet socialiste.

Bien sûr, il y a progrès, mais le généraliste que je suis depuis bientôt trente ans n'est pas entièrement satisfait et se sent quelque peu frustré. La voie de la promotion attendue par la médecine générale n'est pas encore une voie royale.

Le système retenu pour la formation du généraliste constitue incontestablement un progrès, mais de forme plutôt que de fond.

Il est proposé un examen classant pour tous à la fin du deuxième cycle. Cet examen, réussi, donne le titre et les fonctions d'interne en médecine générale. Mais le seul, le vrai concours ressentit comme noble et valorisant sera à l'évidence celui qui ouvrira, en un deuxième temps, l'accès aux spécialités réellement reconnues comme telles.

La sélection par l'échec du généraliste, puisque les étudiants non reçus aux concours de spécialité seront automatiquement rejetés vers la filière de médecine générale, n'est pas un faux problème, quoi qu'on en dise. Pour les recalés du concours, on ne peut plus parler de vocation pour la profession médicale de première ligne.

En revanche, dès ce concours de spécialités, une hiérarchie s'instaure.

Autre inégalité : les futurs spécialistes seront formés par de vrais spécialistes et en C. H. U. ; les médecins généralistes seront formés, eux, surtout dans les hôpitaux généraux — et c'est un bien — dans des services de médecine interne. Par expérience, on le sait bien, les services de médecine interne sont très souvent spécialisés, ce qui est quelquefois un avantage. Mais il n'existe pratiquement pas de formateurs spécifiques à la médecine générale, que beaucoup d'entre nous persistent à considérer comme une entité réelle, spécifique, originale, à la fois globale et particulière.

A cet égard, l'expérience très intéressante des maîtres de stage issus de la société de médecine générale mérite d'être discutée et éventuellement développée.

Il y a urgence, si telle est la voie définie. La commission des affaires culturelles, familiales et sociales propose d'ailleurs un amendement qui peut être promoteur d'un tel avenir.

Mais la formation du généraliste ne saurait se faire uniquement à l'hôpital — et vous l'avez bien dit, messieurs les ministres. Futur homme de terrain, il doit être en contact avec le système de santé qui exerce sur le terrain.

Pour ma part, le stage chez le praticien isolé me paraît aléatoire et difficile. En revanche, il peut être profitable à l'intérieur d'une équipe pluridisciplinaire de médecins et de professionnels de la santé. Là, le futur médecin prendra contact avec la réalité économique et sociale du village, de la ville, du quartier où il exercera. Là, il comprendra la dimension de l'acte médical, qui est non seulement une activité curative, mais une relation personnelle et collective. Il devra prendre en compte la pathologie liée à l'environnement, au bruit, au travail, aux transports, aux ressources, à l'éthnie, à l'inadaptation, aux carences familiales, etc. C'est là qu'il ressentira la nécessité d'une politique de prévention et d'éducation sanitaire.

Pour avoir de bons médecins généralistes, il faut de bons internes, qui aient vocation à exercer une profession attirante. Le syndicat de la médecine hospitalière, entre autres, a bien mis cette question en évidence : pose-t-on réellement le problème fondamental ? Quelle est la raison du désintérêt actuel pour la médecine générale ? N'est-il pas nécessaire de remettre en cause la fonction médicale, en particulier celle de généraliste telle qu'elle est pratiquée actuellement ?

De fait, on assiste d'année en année — je puis en témoigner — à une diminution et à un transfert de responsabilités pour les praticiens de la base. De plus en plus, la médecine dite de première intervention se résout en une activité de triage, qui aboutit au spécialiste ou à l'hôpital.

Il faut signaler ici l'effet pervers du paiement à l'acte. L'insuffisance relative du revenu du généraliste par rapport à celui du spécialiste tend souvent à la multiplication des actes. La moindre durée de ces derniers diminue leur qualité et ne leur permet pas toujours de prendre en considération les autres dimensions, qu'elle soient psychologiques ou sociales. Elle ne leur permet pas d'y intégrer une action de prévention et d'éducation sanitaire.

Il faut donc être réaliste. Pour attirer les vocations, il faut rendre la profession attractive et aligner la rémunération du généraliste sur celle du spécialiste. Il faut lui donner le goût et le temps de se former et intégrer la formation continue dans le temps de travail. Il faut lui donner le temps de réaliser une pratique sociale de prévention et d'éducation sanitaire, de travailler en collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier avec les travailleurs sociaux présents sur le terrain.

Il faut évidemment donner la possibilité au généraliste, par une formation appropriée, de réorienter, s'il le souhaite, sa carrière. Il faut qu'il ait la possibilité de participer à des travaux collectifs d'épidémiologie, de recherche, de santé publique. Il sera associé à la réflexion et aux décisions concernant la politique de santé, aux structures officielles départementales, régionales et nationales.

Il semble bien évident qu'une activité conçue en ce sens ne peut s'exercer qu'en équipe, pluridisciplinaire de surcroît. Le salarial, qui évite toute tentation de rentabilité mal comprise, est préférable. Mais des initiatives libérales peuvent très bien se comprendre. Il en existe, d'ailleurs.

Sur un autre plan, il y a nécessité de trouver un facteur d'équilibre, contrepoids à l'hôpital, actuellement prédominant et omnicient, dans le système de santé comme dans les dépenses de sécurité sociale. La revalorisation et la restructuration de la médecine ambulatoire sont donc une obligation.

Le projet de loi qui est discuté aujourd'hui n'a pas, il faut le remarquer, suscité de réactions vraiment défavorables dans les milieux hospitaliers et universitaires les plus conservateurs. C'est un signe.

C'est pourquoi nous nous devons d'expliquer les aspects novateurs et progressistes de ce texte, qui va être le point de départ d'une évolution incontestable des professions médicales. Mais il nous faut expliquer aussi que ce n'est qu'un projet de départ et que d'autres étapes suivront, qui tendront à toujours plus de démocratie.

Dans un autre domaine, nous devons aussi expliquer à nos confrères, sincères pour beaucoup, qui seraient tentés par les défilés, que cette démarche — c'est le cas de le dire — est contraire à leurs intérêts et risque d'apparaître, dans la situation économique actuelle, comme une revendication à but financier et corporatiste. Ils ne pourront éviter l'amalgame avec les idéologies de droite ou d'extrême-droite développées par certains mouvements médicaux bien connus. Pour des revendications de pouvoir d'achat, il est toujours difficile de défilier avec les notaires !

En conclusion, les socialistes voteront bien sûr ce projet de loi, pour les progrès indéniables qu'il apporte à la formation des médecins et des pharmaciens, en espérant que les étapes qui restent à franchir pourront être définies par les amendements de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. (Appaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

**M. le président.** La parole est à M. Jacques Blanc.

**M. Jacques Blanc.** Mesaleurs les ministres, il plane sur cette discussion un caractère insolite et irréel. En vous écoutant tout à l'heure, je m'interrogeais sur ses causes.

**M. le ministre de la santé** nous a déclaré que politique de santé et politique de formation étaient indissociables. Il s'est même payé le luxe de souligner l'érosion de la situation des médecins généralistes depuis plusieurs années, comme s'il n'avait pas quelque responsabilité, au moins depuis dix-huit mois, dans cette érosion.

Pas un mot, en revanche, du problème de cette semaine, qui préoccupe, ô combien, l'ensemble des médecins ! Aucune réponse aux interrogations, aux angoisses que les médecins français, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, exprimeront à travers leurs manifestations ! Or chacun sait qu'ils ne sont pas pris en main par des organismes comme la C.G.T. ou autres. Quand ils se mobilisent, c'est vraiment parce qu'ils sont angoissés, et pas seulement pour leur propre situation. Ils sont angoissés pour le système de santé dans notre pays et ils veulent défendre la liberté des malades et celle des médecins.

Le groupe U.D.F. est à leurs côtés pour défendre ce pluralisme dans l'exercice de la distribution des soins, parce que c'est un atout extraordinaire pour notre pays. Si celui-ci est aujourd'hui à la pointe dans le monde pour la qualité des soins distribués — et c'est un héritage que vous êtes en train de dilapider — c'est grâce à ce système, qui offre une liberté de choix à chaque Française et à chaque Français. Ils se mobilisent pour le défendre ; nous nous mobiliserons avec eux.

Monsieur le ministre de la santé, votre intervention n'a apporté aucune réponse, alors que vous aviez estimé que la politique de santé était indissociable de la politique de formation.

C'est une des premières raisons, me semble-t-il, du malaise qui plane sur cette discussion et de son caractère insolite.

Deuxième raison de ce caractère insolite : nous discutons aujourd'hui, un lundi après-midi — et ce alors qu'on ne nous a prévus que vendredi soir et qu'un certain nombre de nos collègues, notamment M. Jacques Barrot, auraient souhaité participer à la discussion — dans le cadre d'une session extraordinaire, d'un texte qui reprend nombre d'éléments qui avaient été préparés par des gouvernements précédents et qui, à ce titre, font partie de l'« héritage » alors qu'aux premiers jours du septennat, au temps de l'« état de grâce », vous aviez déclaré qu'il fallait tout reprendre à zéro. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas nous qui vous reprocherons de « chasser les bottes » de l'ancien gouvernement et nous ne pouvons qu'approuver ce que nous avions approuvé à l'époque.

Mais pourquoi avoir perdu dix-huit mois ? Pourquoi avoir attendu une session extraordinaire pour examiner ce texte à la va-vite ? Il faut donc se livrer à une lecture un peu plus approfondie de ce projet : on y découvre alors un caractère insolite supplémentaire.

En effet, s'il reprend certaines dispositions, il comporte aussi des nouveautés. Vous avez affirmé, monsieur le ministre de la santé, que l'objectif était d'appliquer votre politique de la santé, mais lorsqu'on sait à quel point vous êtes enfermé dans le dogme, on est conduit à se poser quelques questions.

Notre ami Marcus l'a souligné : après avoir dit qu'on supprimerait l'internat on cesse de vouloir le supprimer, puis on prévoit que tout le monde sera interne. Mais chez nous, on appelle un chat un chat ! Et si tout le monde s'appelle « interne » il faudrait peut-être inventer un autre titre pour ceux qui réussissent les concours, que vous maintenez — ce dont nous nous félicitons — et qui débouche sur trois filières autres que celle de la médecine générale. A cet égard, je partage, quoique pour des raisons différentes, le sentiment de frustration exprimé par le collègue qui m'a précédé à cette tribune. Je suis moi-même médecin généraliste et neuro-psychiatre, et je puis donc ressentir les sentiments des généralistes et ceux des spécialistes.

Avec votre système, on aura forcément l'impression que ce sont les collés du concours qui débouchent sur la filière de médecine générale. Certes, la médecine générale est reconnue comme discipline d'exercice, mais vous ne répondez pas à la question de savoir si elle constitue à vos yeux une discipline universitaire égale aux autres. Inutile de faire de grands discours en affirmant que vous voulez revaloriser la médecine générale !

Par ailleurs, que devient la médecine interne dans vos projets ? Vous n'en dites pas un mot. Certes, les médecins généralistes avaient besoin d'une filière spécialisée de formation adaptée et c'est bien ce qui avait été prévu initialement. Mais vous ne franchissez pas le pas que nous aurions aimé vous voir franchir en concrétisant dans ce texte un rôle que chacun s'accorde à reconnaître.

Ainsi donc, tout le monde sera doré, tant interne, ce qui ôtera toute valeur au titre, il faut avoir l'honnêteté de le reconnaître, et mettra dans une situation très difficile tous ceux qui avaient réussi l'internat et jouissaient ainsi de la notoriété qui s'attache à ce concours.

Vous n'avez pas répondu à mes questions relatives à la médecine générale, et vous ne la consacrez pas comme une discipline universitaire à part entière.

Enfin, par rapport au texte que vous avez trouvé en héritage, vous créez de nouvelles filières : la filière recherche et la filière santé publique.

En quoi doit consister une filière de recherche ? A systématiser une formation de chercheur au terme du deuxième cycle. Mais vous allez encore éloigner les disciplines cliniques des disciplines biologiques et fondamentales, vous allez créer un secteur où les gens seront en quelque sorte prédéterminés à faire de la recherche.

Or nous savons tous que notre pays a eu la chance de compter de grands cliniciens qui ne se destinaient pas au départ à faire de la recherche mais qui ont su mener de concert l'exercice de leurs activités hospitalières et un effort de recherche, et ont ainsi permis à la science médicale d'aller de l'avant. Et j'ai bien peur qu'en créant une filière spécialisée vous n'excluez de la recherche, quoi que vous disiez — et même si vous prévoyez des passerelles — tous ceux qui n'auront pas emprunté cette filière.

Mais vous créez également une filière santé publique. J'ai le sentiment que c'est là un choix politique très significatif de la voie que vous empruntez. En effet, de quoi s'agit-il en fin de compte ? D'une formation homogène dans toutes les disciplines, dont la finalité première n'est pas l'individu, mais une collectivité. Or, et nous sommes quelques-uns ici à avoir prêté le serment d'Hippocrate, un médecin, c'est d'abord celui qui jure de défendre l'individu, quoi qu'il arrive. Il peut ainsi être conduit à faire jouer le secret professionnel. Vous, dès la première année de troisième cycle, vous allez former des médecins qui prendront d'abord en considération l'intérêt des collectivités, n'auront jamais l'expérience irremplaçable que permet la pratique directe et seront privés de cet enrichissement extraordinaire qu'apporte l'exercice libéral ou hospitalier de la médecine. Il y a là un choix significatif du danger politique que vous faites courir car vous avez choisi la collectivité plutôt que l'individu.

Vous faites un geste de dénegation, monsieur le ministre de la santé. Acceptez donc l'amendement que nous déposerons afin de supprimer cette filière : ainsi, les choses seront plus claires.

J'affirme que cette filière aboutira à créer un corps de médecins qui placera les intérêts de la collectivité avant ceux de l'individu. Je vous ai écouté attentivement tout à l'heure : on ne peut pas présenter cette filière comme celle de la prévention et de l'éducation sanitaire. Il s'agit en fait de constituer un corps de médecins de santé publique qui s'occuperont d'une collectivité géographique, de groupes de population particuliers ou de rapports entre la santé et la collectivité.

Cette filière pose au fond la question des responsabilités spécifiques de l'individu et de la société et j'ajoute que l'on va aboutir à une dissociation après avoir souhaité une approche globale de ces problèmes.

Autre nouveauté : la création des inter-régions. Nous sommes favorables à une convention volontaire passée entre les diverses facultés mais je suis opposé à la création obligatoire de ces inter-régions qui sont en contradiction avec vos discours sur la décentralisation. En effet, vous allez faire perdre à nos universités et à nos C. H. U. la capacité réelle qu'ils avaient de décider par eux-mêmes, d'avoir un peu d'autonomie ; vous allez les enfermer dans un système. J'en veux pour preuve la réaction unanime — je dis bien unanime — des enseignants de l'université de Montpellier, la plus vieille de France. Vous ne pouvez le nier, monsieur le ministre de la santé, car vous avez reçu ses représentants.

J'espère, tout comme M. Marcus, que vous accepterez les amendements qui permettraient de nous débarrasser de ces contradictions. Peut-être nous rendrons-vous service ! Car si ce projet est ainsi insolite, c'est que vous devez concilier le dogme, le projet socialiste — les tables de la Loi — avec les réalités et les réactions des enseignants et du corps médical. On aboutit ainsi à une sauce un peu bâtarde, et il faut procéder à une lecture assez approfondie de votre texte si l'on ne veut pas se laisser embarquer, se laisser duper. Car nous savons la maîtrise avec laquelle on sait aujourd'hui, au niveau du Gouvernement, au-delà des apparences, faire avancer un système.

Vous aurez donc l'occasion, en acceptant les amendements que nous défendrons, de dissiper ce caractère insolite. S'il reste de ce texte l'essentiel, c'est-à-dire ce qui vient de l'héritage, nous pourrions le voter. Dans le cas contraire, nous ne prendrons pas le risque de vous apporter notre soutien ou même de nous abstenir face à un texte qui, ainsi que vous l'avez indiqué, constitue une étape dans une politique de la santé que nous condamnons.

car elle remet en cause une liberté fondamentale que nous voulons défendre : celle des malades et celle des médecins. (Applaudissements sur les bancs de l'Union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

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

M. Georges Hage. Mon propos sera bref. Deux préoccupations que j'ai souvent exprimées à cette tribune l'inspirent.

La première concerne les retards du Nord-Pas-de-Calais dans le domaine de la santé. Dans cette région, vous le savez bien, monsieur le ministre de la santé — et vous avez déclaré avoir été sensible à mon propos maintes fois répété — le taux de mortalité infantile est le plus élevé de France, l'espérance de vie la plus faible et le nombre de lits d'hôpitaux et de médecins est le moins élevé de France alors que la région compte quatre millions d'habitants.

Cette inégalité à laquelle vous avez été sensible, vous avez commencé à y remédier. Des améliorations spectaculaires ont été apportées par le plan d'urgence négocié avec l'établissement public régional. Les hôpitaux de Boulogne, de Béthune, de Roubaix et de Tourcoing connaissent un rythme accéléré de réalisation, ce qui nous change du rythme qu'a connu la construction de l'hôpital de Valenciennes, pour lequel les réévaluations successives liées aux retards répétés de construction absorbaient le plus souvent la totalité des crédits disponibles. Denain aura un hôpital neuf et la restructuration du centre hospitalier de Montreuil remédiera au désert médical environnant. Vous avez créé en un an plus de postes de professeur hospitalo-universitaire au C.H.U. que vos prédécesseurs en dix ans ; vous avez également créé mille emplois hospitaliers et postes de médecin scolaire.

Je souhaite, monsieur le ministre, voir se poursuivre ces mesures inégalitaires propres à réduire les inégalités dont ma région est victime. Les critères actuels fixant le nombre d'étudiants susceptibles d'accéder en deuxième année de premier cycle sont établis uniquement en fonction des capacités d'absorption et de formation dans les C.H.U., sans tenir compte des besoins réels, sans cesse croissants dans ma région, de la population en matière de santé.

J'apprécie donc l'orientation développée dans le cadre de l'article 2 du projet. L'article 54 ajouté à la loi du 12 novembre 1968 détermine en effet le nombre des internes en fonction des besoins. J'espère que cette mesure contribuera à résoudre les problèmes posés tant dans ma région du Nord-Pas-de-Calais que dans d'autres régions presque aussi désavantagées que la mienne.

Je développerai en second lieu une préoccupation souvent exprimée à cette tribune : elle concerne la médecine sportive. Celle-ci n'est même pas évoquée dans le projet alors que le Gouvernement se déclare partisan d'une grande politique sportive.

Croire et vouloir que les activités physiques et sportives jouent un rôle important dans le développement de l'individu, et ce, dès la plus tendre enfance, exige que l'on considère la médecine sportive comme une dimension importante, sinon prépondérante, de la médecine préventive et de la médecine scolaire.

Constater le nombre croissant de pratiquants sportifs de tous âges, licenciés ou non, et notamment le développement des pratiques individuelles, familiales et non organisées, conduit à souhaiter une surveillance médicale et une éducation sanitaire et sportive, sans aucun doute de type nouveau, qui relèvent de la médecine sportive.

On ne peut enfin se féliciter du développement du sport de haut niveau et voir reculer sans cesse les limites des possibilités humaines sans étudier les conditions complexes de leur réalisation ainsi que leurs conséquences sur l'athlète et sur sa vie.

Il faudrait donc, selon nous, développer non seulement la recherche appliquée spécifique à l'activité physique et sportive mais aussi la recherche fondamentale dans le domaine des sciences de l'homme, selon des axes de travail que nous estimons indissociables : sport pour tous, sport et santé, sport et travail, hautes performances. Pouvez-vous, monsieur le ministre, nous éclairer sur vos intentions en ce domaine ? (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)

M. le président. La parole est à M. Le Foll.

**M. Robert Le Foll.** Depuis des siècles, le médecin tient une place à part dans notre société. Regardé comme l'homme providentiel, le confident ou l'homme de science, il contribue à la sécurisation et à l'équilibre de chacun.

A notre époque, la spécialisation a modifié les choses et le médecin généraliste est devenu, malgré lui, un relais entre le malade et le spécialiste. Or, et l'actualité nous le rappelle, nous sommes préoccupés à la fois par le coût de la santé et la nécessité de personnaliser les liens entre le patient et son médecin.

Le projet de loi que le Gouvernement nous présente engage une évolution puisqu'il pose, en des termes nouveaux, la question fondamentale de la formation des médecins et, en particulier, celle du généraliste.

Sa tâche sera difficile et multiple : soigner les patients comme il le fait aujourd'hui mais aussi leur apprendre à ne pas tomber malades, les aider à mieux se nourrir, à connaître le fonctionnement de leur organisme, les convaincre qu'ils sont les artisans de leur propre santé, en un mot les responsabiliser.

La formation des médecins généralistes devra leur permettre de traiter eux-mêmes le maximum de cas ; ils retrouveront leur prestige de médecin de famille mis à mal par le précédent Gouvernement s'ils ne restent pas de simples relais entre le malade et le spécialiste ou l'hôpital, mais s'ils assument pleinement le dialogue nécessaire avec leurs clients. Ils pourront alors répondre à l'attente des patients qui, le plus souvent, souhaitent être écoutés. Ils participeront ainsi à la réduction des dépenses de santé en orientant vers les spécialistes et l'hospitalisation les seuls cas qu'ils ne peuvent résoudre eux-mêmes, les crédits ainsi dégagés offrant les moyens de suivre l'évolution technologique, au niveau des services hospitaliers notamment.

Ces objectifs supposent une formation de qualité qui préparera à de nouvelles missions et à un changement des mentalités. C'est pourquoi le groupe socialiste aurait souhaité que soit mis en place un examen national classant donnant accès à toutes les filières. Cela ne semble pas possible pour des raisons techniques et entraîne l'organisation, sur le plan régional, d'un examen qualifiant, puis d'un concours donnant accès aux spécialités, formule qui pourrait nuire à l'image du futur généraliste, dont le niveau n'apparaît pas équivalent à celui des spécialistes.

Toute l'évolution de la profession dépendra donc de trois conditions qui nous paraissent fondamentales : le contenu des études ; le niveau des rémunérations, et donc la définition de la place du généraliste par rapport à celle des spécialistes ; les conditions d'exercice.

En ce qui concerne le contenu des études, ce texte traduit la volonté de donner une formation commune à tous jusqu'à la fin du deuxième cycle. Nous nous en réjouissons.

Au cours du troisième cycle, nous vous demandons d'associer les généralistes, praticiens de terrain, à la formation de leurs futurs confrères ; nous souhaitons également que les internes des spécialités suivent des stages hors C. H. U.

Mais la revalorisation de la situation des généralistes passe aussi par le niveau de leur rémunération : l'exercice de la médecine générale doit apporter des ressources suffisantes, sous peine de voir les étudiants s'orienter vers les spécialités, ce qui aboutirait à l'inverse de ce que nous souhaitons.

Enfin, les conditions d'exercice, et notamment la possibilité de constituer des cabinets de groupe et des centres de santé intégrés ainsi que de pratiquer des horaires mieux adaptés à la vie moderne, constitueront également un élément décisif de l'évolution.

A côté des mesures concernant les généralistes apparaît la filière santé publique, qui précède, nous semble-t-il, la mise en place d'une véritable politique de prévention. Par le passé, la prévention a été négligée dans les budgets. Il suffit de voir la situation de misère de la médecine scolaire, de la médecine du travail ainsi que de la P. M. I.

Les mesures contenues dans le budget de 1982 ont amorcé une amélioration et nous espérons que la création de la filière santé publique ouvrira la voie à une politique globale de prévention. Peut-être faudrait-il, à cette occasion, envisager de mettre fin à l'isolement des médecins de prévention et prévoir que, parallèlement à l'exercice de leur spécialité, ils puissent être associés au service hospitalier ou participer aux tâches des équipes sur le terrain.

Voilà quelques éléments de notre réflexion que nous concrétiserons par des amendements et des interrogations auxquelles, nous en sommes certains, vos déclarations apporteront une réponse.

Compte tenu de toutes ces remarques, ce projet de loi constitue, messieurs les ministres, une avancée susceptible d'entraîner l'évolution tant attendue car il comporte plusieurs mesures innovatrices, telles que l'amélioration de la formation des généralistes qui se fera en deux puis en trois ans et la création d'une filière santé publique capable de promouvoir une véritable politique de prévention, le décloisonnement entre les spécialités, l'internat en C. H. R. pour les spécialistes et les stages de généralistes y compris en C. H. U., la volonté, conforme à la démocratie, d'associer tous les intéressés aux décisions, la présentation d'un bilan de la réforme devant notre assemblée.

Depuis le 10 mai 1981, j'entends l'opposition clamer qu'elle avait préparé les réformes dont nous discutons. Vous, messieurs, les ministres, vous les faites.

**M. Jacques Blanc.** Ma !

**M. Robert Le Foll.** Voilà toute la différence entre eux et nous.

Le groupe socialiste apportera donc son soutien au projet de loi que vous présentez, projet qui permettra aux médecins d'exercer leur profession dans de meilleures conditions et aux Français de mieux se connaître pour vivre mieux : c'est aussi cela changer la vie. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

**M. Jacques Blanc.** Pour l'instant, ils ne s'en aperçoivent pas !

**M. le président.** La parole est à M. René Haby.

**M. René Haby.** Le développement de la formation des médecins généralistes, notamment par le contact avec tout ce qui, au-delà des études théoriques, constitue la pratique de l'acte médical, a été l'objet depuis de nombreuses années de recherches et de projets. Celui qui nous est présenté aujourd'hui ne diffère pas fondamentalement dans ses principes de celui de 1979. Permettez-moi de vous dire cependant les réserves que m'inspire cette nouvelle rédaction.

La première est peut-être de forme mais elle n'est pas sans signification. Certes, permettre aux généralistes futurs d'inscrire sur leur carte de visite le titre autrefois prestigieux d'interne ne peut que leur faire plaisir. Certes, la possibilité d'être, durant deux ou peut-être trois années de troisième cycle, rémunéré à un taux raisonnable même si on est seulement candidat à des fonctions de généraliste ne laisse pas les étudiants de cette branche indifférents.

J'ajouterais même, pour faire bonne mesure, que les étudiants candidats au concours d'interne de spécialité apprécieront probablement de « plancher » sur le même programme que celui de l'examen de validation du deuxième cycle. On argue tout de même de cette façon, sans beaucoup d'égards, le signe d'éminence conquis difficilement et au prix d'un dur travail des anciens internes.

Au moins, la loi de 1979 distinguait-elle, dans les termes, résidanat et internat. Aujourd'hui, c'est en quelque sorte, et je le regrette, une rupture de continuité unilatérale qui nous est proposée, à l'image d'ailleurs, hélas ! de celle que M. le ministre de la santé a réalisée en retirant à terme la possibilité d'avoir des lits privés, contrairement à une promesse faite aux médecins recrutés pour le plein temps hospitalier dans les années précédentes.

J'en viens, messieurs les ministres, à des remarques touchant au fond même de certains problèmes. La gloire, largement encensée aujourd'hui, de ce texte serait donc la promotion de la formation des généralistes. En fait, j'observe tout d'abord qu'il n'introduit pas de nouveautés importantes par rapport au texte de 1979 en ce qui concerne le semestre en C. H. U. Nul n'ignore d'ailleurs que l'on a atteint dans ce domaine la limite supérieure des capacités d'accueil des stagiaires.

La nouveauté — et l'extension — de la formation pratique réside seulement dans le fait que, ainsi qu'il est mentionné dans l'exposé des motifs, les futurs praticiens exerceront également des responsabilités d'internes dans un cadre extra-hospitalier, chez le praticien, dans des centres de soins et de médecine préventive et, ce qui me paraît plus flou, sur les lieux de vie et de travail.

En fait, selon moi, on ne sort pas de ce flou pour toute la partie nouvelle de la formation ainsi décrite. Nous ne savons pas quelle sera la durée exacte de ces stages, quelle sera la part, essentielle à mes yeux, du séjour en cabinet ou du contact avec une médecine familiale, qui sera chargé de diriger, concrètement, ces apprentissages pratiques, quels médecins en seront chargés et dans quelles conditions techniques, pédagogiques, financières et selon quel type de convention ou de délégation de l'Université ils seront organisés.

Ce ne sont pas là des questions subsidiaires. C'est l'essentiel de cette innovation que le texte a pour but d'introduire. Si copieux pourtant sur d'autres sujets, il ne nous apporte à cet égard aucune lumière. Cette sorte d'indifférence est perceptible aussi dans l'absence de toute indication sur les responsables universitaires du troisième cycle des généralistes. L'exposé des motifs n'évoque pas ce problème, ce qui laisse entendre qu'aucune nouvelle solution n'est prévue. Les maîtres de conférences et professeurs agrégés seront donc, j'imagine comme par le passé, uniquement des spécialistes, quelques médecins généralistes pouvant seulement être associés à leur équipe.

Il me semble au contraire qu'une véritable promotion de la médecine générale impliquerait que des généralistes puissent être membres de l'enseignement supérieur à part entière et dans des conditions équivalentes à celles applicables aux spécialistes.

La seule véritable innovation qui soit bien marquée par rapport à la loi de 1979 se limite donc en fait à la création de deux filières spécifiques de troisième cycle consacrées, d'une part à la recherche, et d'autre part à la santé publique.

S'agissant de la première, je me bornerai à observer que le fait, en ce qui me concerne, d'être docteur d'Etat n'avait plutôt conduit à l'idée que la recherche est une orientation difficile et magnifique à laquelle on peut aspirer lorsqu'on a acquis une maîtrise suffisante dans une discipline. Vouloir en faire une option dès la fin du deuxième cycle me paraît prématuré, autant qu'il me paraît inconcevable d'enfermer dans une option de troisième cycle tout un projet de vie professionnelle qui devrait être ainsi entièrement, en principe, consacrée à une vie de chercheur.

Pourquoi ne pas avouer aussi que cette symétrie exacte que l'on s'est attaché à établir entre le troisième cycle de formation des médecins et celui des pharmaciens me paraît, d'un point de vue technique en tout cas, de caractère très superficiel, à l'exception peut-être de quelques fonctions à haute spécialisation mais qui ne doivent concerner que quelques dizaines d'étudiants en pharmacie chaque année.

C'est surtout cette filière santé publique, déjà souvent évoquée cet après-midi, qui suscite mon désaccord total. D'abord, parce que les explications contenues dans l'exposé des motifs sont à certains égards contradictoires. A la page 3, je lis : « La responsabilité des universités est de préparer à être à la fois un bon thérapeute, un bon éducateur pour la santé et un élément efficace de prévention. » C'est reconnaître que l'action de prévention du médecin généraliste n'est pas séparée de son action thérapeutique. Or, à la page 7, il est expliqué que la filière santé publique correspond spécifiquement à l'exercice de la médecine dite préventive, médecine du travail ou médecine scolaire par exemple. Ces affirmations me paraissent contradictoires, je le répète.

Je ne conçois pas, en outre, qu'un médecin du travail ou qu'un médecin scolaire ne soit pas d'abord un bon généraliste. Pour tout médecin fonctionnaire, l'important est d'être médecin avant d'être fonctionnaire. Là encore, l'exposé des motifs indique que sur quatre années que durera la filière spécialisée dans la santé publique les deux premières seront consacrées à préparer de bons cliniciens.

Elles assureront « les acquisitions dont ont besoin tous les futurs praticiens » de la santé publique.

Si les deux premières années sont ainsi conçues, qu'est-ce qui les distingue alors des deux années que l'on veut consacrer à la formation des généralistes ? Il me semblerait beaucoup plus logique de faire de la filière santé publique une simple option à choisir à l'issue du cycle de formation des généralistes, quitte même à l'exercer ultérieurement. J'aborderai ce point dans quelques instants.

Dans ces conditions, cette sorte d'entêtement à vouloir situer ce choix de la filière spécifique de santé publique dès la fin du deuxième cycle me paraît entachée peut-être de quelque arrière-pensée. N'y a-t-il pas intérêt pour certains à vouloir le plus tôt possible isoler une filière de formation débouchant

essentiellement sur l'activité privée d'une autre filière conduisant, elle, spécifiquement, à des fonctions d'Etat ? Quelle garantie avons-nous que demain les généralistes formés dans la première filière, et qui n'auraient donc pas obtenu le label « santé publique », auront toujours le droit de postuler pour des fonctions offertes non seulement par la médecine scolaire, mais aussi, par exemple, par la sécurité sociale et, pourquoi pas, par la médecine du travail dans les sociétés nationalisées telles qu'E.D.F., la S.N.C.F. ou Rhône-Poulenc, du moins si la firme existe encore ?

L'exposé des motifs du projet de loi fait d'ailleurs de la médecine du travail une sorte de domaine réservé. Pourquoi ? Sa spécificité est-elle si grande qu'elle puisse être interdite à de bons praticiens qui se seraient ultérieurement ouverts aux problèmes de sécurité et de sociologie du travail ?

Encore une fois, je crains que l'existence de cette filière santé publique, très peu spécifique en ce qui concerne ses contenus de formation, ne soit qu'une sorte de machine destinée à développer subrepticement une ségrégation précoce entre médecine libérale et médecine fonctionnarisée, celle-ci étant, bien entendu, à vos yeux, seule appelée à être attrayante et donc développée.

Cette filière, enfin, ajoute, me semble-t-il, au reproche général de rigidité et de ségrégation qui s'attache à ce projet d'organisation du troisième cycle.

Si vous nous avez parlé cet après-midi, monsieur le ministre, de passerelles, c'est peut-être parce que le projet est quasiment muet sur ce point. Dans l'exposé des motifs que j'ai bien lu, messieurs les ministres, vous pouvez le constater, ce n'est qu'à la neuvième page et à propos des études de pharmacie qu'est soulignée la nécessité d'aménager des passerelles souples et efficaces. Encore ne savons-nous pas de façon précise quelles seront les possibilités réelles d'orientation en cours de cycle et nous ignorons davantage quelles seront les possibilités réelles de reconversion, de recyclage comme l'on dit, de médecins engagés dans une voie professionnelle et qui, au bout d'un certain temps, voudraient en changer.

Et pourtant ! La santé est probablement le domaine où le prochain quart de siècle apportera le plus de nouveautés, le plus de novations, le plus de transformations.

Qui pourra affirmer avec certitude que tel médecin qui va opter aujourd'hui pour telle filière n'épouvera pas dans dix ans, pour des raisons personnelles ou techniques, le besoin de changement d'orientation ?

Ainsi, ce projet, en raison de la rigidité de ses filières trop prématurées, me paraît aller totalement à l'encontre de la notion relativement nouvelle mais très ancrée dans le milieu du travail de droit à une reconversion ou à une promotion que l'on qualifie parfois sociale — elle est en réalité technique — de chaque travailleur dans le monde d'aujourd'hui.

Pour toutes ces raisons, messieurs les ministres, ce projet me paraît superficiel. Il cache en partie sous la paille des mots de graves incertitudes sur sa mise en œuvre. En dépit des affirmations de nos collègues communistes et même socialistes ainsi, bien sûr, que des médecins autonomes, il n'a pas été accordé aux résultats de la concertation beaucoup plus d'importance qu'à celle qui a été de mise avec les sidérurgistes de Pompey. Enfin, ce texte n'est probablement pas exempt d'arrière-pensées dangereuses pour l'avenir de la médecine générale.

Aussi, dans son état actuel, ce projet de loi ne peut-il recueillir mon accord. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

**M. le président.** La parole est à M. Grézard.

**M. Léo Grézard.** Une demande nouvelle se dessine depuis longtemps et la formation des médecins doit y répondre.

La médecine est faite pour des demandeurs de santé patents, les malades, et aussi pour des demandeurs potentiels. C'est en France notamment une sorte de « non-public », faute d'un système de prévention coordonné appuyé sur des analyses épidémiologiques, statistiques et sociologiques permettant d'aller au devant de lui. Pourtant, numériquement, il y a bon nombre de structures et d'intervenants — pouvoirs publics, caisses ou mutuelles — et les efforts sont dispersés.

Cet exemple justifie à lui seul la décision de prévoir une filière spéciale santé publique et de sensibiliser précocement tous les futurs médecins à ces actions dignes d'être valorisées.

Voilà un des problèmes de l'heure. Il y en a d'autres !

C'est ainsi que, par souci de transparence et de clarification, monsieur le ministre de la santé, vous avez été à l'origine de la diffusion du rapport Gallois. Commandé par votre prédécesseur au mois de juin 1980, ce texte exhaustif proposait déjà d'intégrer le troisième cycle des études médicales dans la pyramide de l'organisation du système de soins.

Je tiens à rappeler ici votre désir d'informer au mieux, pour conduire les débats ultérieurs le plus sereinement possible lorsqu'interviendra le processus réglementaire.

Mon propos essentiel sera axé sur trois thèmes principaux. Le premier a trait à la préparation au troisième cycle par une adaptation du deuxième cycle qui soit cohérente avec le but visé, à savoir donner un diplôme omnivalent assorti d'une ou plusieurs mentions correspondant aux filières parcourues, avec l'aide de passerelles suffisamment souples. Le deuxième envisagera tout particulièrement la recherche. Le troisième constituera une approche des lieux de formation, notamment pour le troisième cycle des généralistes.

Ainsi, pour remplir son but, le troisième cycle doit être préparé par des étapes graduées progressivement pour l'accès aux responsabilités offertes par l'internat, forme de vie active professionnelle dont il convient de définir le statut.

Si la notion de sélection est admise en P.C.E.M. 1, sur des critères, contestables sans doute, mais qui existent, tout porte à penser que le cursus du deuxième cycle doit conduire à l'acquisition de connaissances par une bonne préparation de modules bien choisis, ouvrant sur la vie professionnelle future et évaluant, par une pédagogie adaptée, la notion de bachotage ou de pur et simple engrangement de données reçues, sans apport personnel.

Par ailleurs, pour éviter une nouvelle sélection par l'échec en fin de deuxième cycle, une période de motivation et d'explication est nécessaire avant son échéance. En effet, la décision réfléchie d'orientation peut tempérer le classement arithmétique d'un examen. Un de plus, dirais-je !

De même, une véritable et souple correction éventuelle d'une trajectoire mal vécue ou débouchant mal doit être possible, les techniques évoluant si vite. Il n'est que de voir l'explosion de certains moyens d'investigation pour concevoir des corrections d'orientation en temps utile.

Ces réflexions n'ont certes qu'une portée générale. Mais un état d'esprit nouveau doit présider à la mise en œuvre de cette loi.

Le deuxième point de mon intervention a trait à la recherche.

Est-il bon d'aborder ou de se destiner à cette activité au niveau bac plus 6 ou 7 ? Certains experts pensent que la phase de productivité humaine créative est plus précoce.

Une mise en condition ne serait-elle pas souhaitable plus tôt ?

Personnellement, je regrette la disparition du certificat de maîtrise en biologie humaine au cours du deuxième cycle car il facilitait l'accès aux sciences fondamentales et favorisait l'esprit de recherche.

En contrepartie, je souhaite que, selon leur caractère propre, les U.F.R. prennent l'initiative d'instaurer des enseignements à option, d'autant qu'une « avancée » pédagogique devrait rendre les études médicales attractives et plus ouvertes.

J'insisterai aussi, la recherche étant un état d'esprit, sur la sécurité quant à leur avenir à donner aux chercheurs. Les passerelles ne doivent pas conduire à des culs-de-sac qui engendrent des frustrations, une fois la carrière productive arrivée à son terme. Des textes d'application assureront, je le pense, la réinsertion dans d'autres domaines médicaux de ceux que, une fois leurs études terminées, le laboratoire a privés pendant un certain temps du contact clinique.

Quant à la recherche appliquée, notre horizon médical traditionnel ne s'est-il pas réduit au fil des ans ? L'interdisciplinarité, la communication avec d'autres branches d'activité sont nécessaires. Notre industrie biomédicale a besoin d'être relancée. C'est le rôle de la recherche, qu'elle soit fondamentale ou appliquée. Dans cet ordre d'idées, le choix des terrains de stage, je dirai presque des terrains d'initiative, sera particulièrement délicat et on devra en appeler à l'imagination. Il en ira de même du choix des formateurs. Il ne faudra pas oublier que les fruits de la recherche ne parviennent à maturité qu'après un certain temps et il ne faudra espérer une relance solide qu'à moyen ou à long terme.

Enfin, troisième volet de ce propos, les terrains de stage, notamment en médecine générale.

Une simple arithmétique le montrera sans calculs savants, la demande de stage sera très forte, quantitativement et qualitativement et elle s'accroîtra pour la deuxième année de la réforme.

Ensuite — et l'arbre ne devra pas cacher la forêt — un régime de transition marqué par l'extinction des anciens C.E.S. et la cohabitation de deux régimes d'internat différents seront susceptibles de créer un climat difficile pour la mise en place et le vécu de la réforme, réforme déjà complexe à mettre en place, isolée in abstracto de son contexte.

Les hôpitaux dits de deuxième catégorie devront se préparer, dans les délais comme dans les faits, à l'accueil de nouveaux internes. De la notion de « supplétif de la santé » que sont les stagiaires internés, il faudra passer à celle d'externes, au prix de nouvelles charges financières et matérielles et de devoirs de formation nouveaux, sous le contrôle de l'Université qui devra sortir de ses murs.

Il en résultera aussi de nouvelles responsabilités tant pour les internes que pour les formateurs.

Transition entre l'exercice de la médecine et l'encadrement hospitalo-universitaire, ce cycle d'internat devra apporter des éléments humains, sociaux et économiques. Il concernera toute l'équipe hospitalière : administratifs, médecins, soignants. Comment, en effet, exclure d'une formation de cet ordre l'appréhension concrète de l'économie de la santé ? Les médecins praticiens ne sont-ils pas les ordonnateurs primaires de dépenses qui s'imputent sur le budget social de la nation ? Il n'est donc plus concevable de les laisser dans l'ignorance, théorique ou pratique, de l'élaboration des coûts. C'est la réflexion que je voulais communiquer lorsque j'ai fait allusion à l'élargissement des responsabilités qui dépassent l'individu pour atteindre le corps social, corps dont le médecin fait aussi partie.

Enfin, les stages auprès du praticien, couplés ou non avec l'hôpital proche, devront être coordonnés et accomplis dans un esprit de confiance qui honorera la profession. Des apports réels peuvent jouer, l'interne amenant son trop-plein d'acquis récents à celui qui a su élaborer, à partir des méthodes à lui enseignées dans un passé plus ou moins proche, les recettes de son propre savoir-faire.

Ce qui a fait la qualité de notre médecine quotidienne doit demeurer et être transmis.

Bien sûr, des groupes de pression économiques ou corporatistes peuvent redouter de voir en face les proches échéances dues au progrès technique, aux exigences qualitatives des « demandeurs de santé » individuels ou collectifs, et aux conséquences de la démographie professionnelle.

L'influence de ces groupes doit s'effacer devant l'intérêt général. Ainsi reprendrai-je en conclusion une formule de Pierre Gallois : « Faute de participation réelle, le risque est grand d'aboutir à la démobilisation, à l'échec, et de reproduire, dans le troisième cycle, les défauts et les inadaptations de l'enseignement actuel. »

Fasse que la vigilance, la constance de chacun de nous conduisent à la réussite de cette entreprise difficile dont personne ne conteste au fond la nécessité. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. le président. La parole est à Mme Fiévet.

Mme Berthe Fiévet. Monsieur le président, messieurs les ministres, mes chers collègues, le projet de loi qui nous est présenté contient des avancées heureuses : volonté de revaloriser la médecine générale, création des filières recherche et santé publique, reconnaissance de la nécessité d'une formation continue, affirmation de l'importance de la prévention et de l'appréhension de l'homme dans son environnement et son mode de vie. Il sera également porteur d'un acquis qui deviendra incontestable : l'internat pour tous, rémunéré et donnant accès à des responsabilités intra et extra-hospitalières.

Cependant, je veux appeler l'attention sur un domaine dans lequel ce projet paraissait singulièrement discret, la psychiatrie, bien que celle-ci soit citée deux fois dans l'exposé des motifs qui précise — et c'est important — qu'elle est une filière distincte dans les spécialités et qui signale que la durée de formation fera exception à la règle du plafond de quatre semestres de formation dans la spécialité choisie.

Cette imprécision — les modalités de mise en place de la formation des futurs psychiatres étant laissées au domaine réglementaire — a engendré certaines inquiétudes, que je partage, en particulier chez les psychiatres du secteur public.

Je rappelle quelques-unes d'entre elles, auxquelles M. le ministre de l'éducation nationale a répondu en partie il y a quelques instants :

Sans vouloir que soit créée une ségrégation, nul ne peut méconnaître que la psychiatrie est différente des autres spécialités médicales.

En effet, la formation du spécialiste de médecine, de chirurgie, nécessite qu'à côté d'une solide formation dans tous les domaines, ce dernier puisse rencontrer les cas difficiles, rares, dont le diagnostic ou la thérapeutique demandent un matériel lourd, coûteux, proche des centres de recherche, qu'il trouvera en C.H.U.

En revanche, la psychiatrie est plus que toute autre une médecine de la personne tout entière et non une médecine d'organe.

Le malade s'appréhende dans toutes ses dimensions, dans son espace de vie et dans le temps. L'acquisition du savoir ne peut se faire qu'en association avec la pratique. La question qui se pose est celle des lieux où se fera essentiellement la formation.

Je ne veux pas nier la valeur de l'enseignement qui est dispensé dans les services universitaires. Mais je souligne que l'on ne peut y acquérir totalement les connaissances nécessaires à un exercice plein de la psychiatrie.

En raison de leurs charges, beaucoup d'universitaires font peu de travail de secteur, ou même pas du tout. Ils n'assument pas la suite de la prise en charge des cas lourds. La plupart de leurs services sont calqués sur les autres services hospitaliers, ce qui limite leurs possibilités de thérapeutique institutionnelle. Enfin, la plupart n'ont que des services ouverts et ne reçoivent pas de malades placés sous le régime de la loi de 1838, ce qui restreint l'éventail des soins.

Dans un certain nombre de cas, l'étudiant n'y côtoiera que les malades qu'il pourra recevoir en pratique psychiatrique libérale. C'est bien insuffisant pour sa formation, même s'il doit se consacrer plus tard à la pratique libérale. Et que dire s'il se dirige vers la psychiatrie publique hospitalière et de secteur ?

Le projet de loi prévoit que les futurs généralistes effectueront plus de stages dans les hôpitaux généraux parce que c'est là qu'ils se forment le mieux.

J'ai été satisfaite d'avoir l'assurance que les futurs psychiatres pourront bénéficier également d'un maximum de temps là où on prend en charge la majorité des malades mentaux, c'est-à-dire dans les secteurs psychiatriques.

Faut-il rappeler que ce sont les psychiatres des hôpitaux publics qui ont ouvert les portes, humanisé les hôpitaux, créé les institutions extra-hospitalières avec bien peu de moyens, mais avec foi et persévérance, souvent élèves de maîtres qui ont donné à la psychiatrie française des travaux de renommée internationale ?

Le projet prévoit que seront fixés par décret les services qualifiés pour recevoir les internes. Il serait rassurant pour l'avenir de la psychiatrie publique, qui a d'énormes besoins, qu'il soit affirmé qu'on confiera ce rôle formateur à tous les secteurs, que ce dernier ne sera pas réservé à un petit nombre d'élus, choisis sur des critères inconnus et en délaissant les centres hospitaliers spécialisés situés loin des grandes villes universitaires.

Dénier leur savoir et leur capacité à transmettre ce savoir entraînerait une dévalorisation qui porterait en germe des menaces pour la psychiatrie dans son ensemble. Il y a, en effet, un danger de voir se tarir le recrutement des futurs médecins de secteur à plein temps dont nous savons la pénurie actuelle.

Faut-il rappeler que 732 postes d'adjoint et d'assistant — près de la moitié — sont actuellement vacants ? Que le nouveau dispositif de soins et le travail de secteur ont fait reculer les hospitalisations et que, cependant, les lits de psychiatrie occupent encore près du tiers de l'ensemble de l'hospitalisation publique ?

La pénurie de médecins, la dévalorisation de leur travail ne permettraient pas la poursuite de cette action et, en poussant aux extrêmes, on pourrait arriver à ce qu'à côté d'une psychiatrie reconnue et valorisée, on rejette à l'asile les « fous » enfermés dans leur angosse avec les quelques autres rares « fous » qui choisiraient de les soigner.

Je sais que cette vision est caricaturale et ne répond pas aux intentions du Gouvernement, mais un certain nombre de précisions ne sont pas inutiles pour que soit évité un retour en arrière.

J'appelle également l'attention sur le fait que nous avons pu penser, à la lecture d'informations préliminaires au projet de loi, que des formules seraient recherchées pour que des options telles que la psychiatrie, la biologie médicale, la recherche, ne soient choisies que pour des raisons de classement par des étudiants peu motivés. J'aimerais avoir ai ces modalités sont à l'étude et si elles pourront être éventuellement proposées.

Enfin, puisque la réforme de l'ensemble des études médicales est en chantier, je tiens à signaler que la place de la psychiatrie dans le deuxième cycle ne répond pas aux besoins. Il est indispensable de donner à celle-ci une place plus importante pour susciter peut-être des orientations, mais aussi pour aider les généralistes, que la pratique quotidienne met en permanence en face de problèmes mentaux.

Cela dit, sachant l'attachement du Gouvernement à la politique de santé mentale, je ne doute pas que les réponses que MM. les ministres voudront bien apporter à ces interrogations apaiseront les craintes. Avec mon groupe, je voterai pour ce projet. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'éducation nationale.

M. le ministre de l'éducation nationale. Mesdames et messieurs les députés, je remercie d'abord ceux d'entre vous qui sont intervenus dans ce débat.

A ce stade de la discussion, je ne répondrai que sur quelques aspects généraux car les amendements nous permettront, à M. Ralite ou à moi-même, de nous expliquer davantage.

M. Blanc et M. Marcus se sont étonnés du fait que ce texte manque parfois de précision. Je leur rappelle que la Constitution de 1958 délimite très précisément le domaine de la loi et celui du règlement.

J'ai cru entendre — ou lire — qu'on en appellerait au Conseil d'Etat pour éviter l'arbitraire du Gouvernement. Qu'on me permette de dire que si, parfois, des articles que nous avons prévus ne figurent plus dans le texte du projet, c'est précisément que le Conseil d'Etat nous a demandé de les retirer du fait qu'ils contenaient des dispositions ressortissant au domaine du règlement et non pas à celui de la loi.

Cela étant, dans l'hypothèse où subsisteraient quelques ambiguïtés, nous pourrions relever certains amendements de la commission, en espérant que le Conseil d'Etat n'en voudra pas au Gouvernement de ne pas avoir, sur tel ou tel point, suivi son avis.

M. Blanc, à propos de la filière santé publique, a exprimé son inquiétude quant à la défense de l'individu face à la société, si tant est qu'on puisse opposer individu et collectivité dans cette affaire. Qu'il soit convaincu que le Gouvernement ne nourrit aucune arrière-pensée sur ce point et ne poursuit nullement je ne sais quelle politique insidieuse, contrairement à ce qu'il prétend.

Les problèmes de la santé publique sont essentiels. Certes, je ne suis ni médecin, ni neuropsychiatre, mais j'ai eu l'occasion de fréquenter et des malades et des médecins, notamment des médecins scolaires, dont M. Haby a parlé.

Nous ne jetons nullement le discrédit sur eux, pas plus que sur leurs confrères de la médecine du travail ou de la médecine sportive, lorsque nous affirmons notre souci d'améliorer leur formation. Il est de fait que la prévention joue un grand rôle dans la santé scolaire, pour me borner à cet exemple. Mais laissez entendre que les médecins scolaires se désintéresseraient de l'individu parce qu'ils dépendraient de l'administration me paraît fort désagréable à leur égard et contraire à la réalité. Ce n'est certainement pas ce qu'a voulu dire M. Blanc mais je tiens à dissiper tout malentendu sur ce point à l'intention de ceux qui liraient le compte rendu de nos débats.

Cette filière santé publique est indispensable pour que la collectivité réponde aux besoins des plus défavorisées, certains enfants en ce qui concerne la médecine scolaire, les travailleurs, lorsqu'il s'agit de la médecine du travail.

A propos des généralistes, certains intervenants — je pense notamment à M. Haby ou à M. Couqueberg — ont exprimé quelques inquiétudes, pour des motifs différents, sur la portée réelle du projet. Je rappelle qu'un des objectifs essentiels du Gouvernement est d'améliorer la formation de ces derniers et de leur permettre d'exercer d'embellie leur métier dans les meilleures conditions.

Un projet ne peut pas traiter de tout ; je reconnais cependant que certains problèmes évoqués par M. Couqueberg devront trouver une solution dans les années qui viennent.

De ce point de vue, je remercie M. Le Folh d'avoir insisté sur le contenu des études et sur les rémunérations. En effet, nous ne devons pas seulement discuter des grands principes. Les médecins, comme toutes les autres catégories de Français, prennent en compte leurs conditions d'existence. A cet égard, prétendre établir à terme une réelle égalité entre tous les praticiens, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, sans aborder le problème des rémunérations serait se voiler hypocritement la face. Il faut cependant convenir que la poursuite de cet objectif, que le Gouvernement retient également — je pense, sur ce point, rassurer M. Couqueberg — ne peut être séparée du contexte économique du court et du moyen terme.

Dans leurs critiques M.M. Blanc, Marcus et Haby nous ont reproché à la fois — l'un d'entre eux l'a dit — le pire et le meilleur. Ils se sont même interrogés sur les raisons qui nous conduisaient à proposer ce projet au lieu de conserver la loi de 1979 en l'état.

Je vous rappelle d'abord, messieurs, que nous n'avons pas tout détruit parce que nous ne sommes pas manichéens ; en effet, tout n'était pas pervers dans le texte de 1979 et nous avons fait la part des choses. Mais il est indéniable que cette loi comporte de nombreuses lacunes. Ainsi, nul ne saurait prétendre, même sur les bancs de l'opposition, que la défense des généralistes était assurée dans de bonnes conditions. Vous devriez donc admettre que nous prenons en leur faveur des mesures qui vont même au-delà de ce qui était précédemment prévu, nous ouvrons une voie vers l'avenir.

Vous avez ensuite parlé d'incohérence. Or j'ai écouté attentivement chacun d'entre vous et il ne m'a pas semblé que vos interventions constituaient, de l'un à l'autre, un modèle de cohérence. Vous voyez que le même mal sévit de tous les côtés !

Madame Fiévet, je reviendrai sur les problèmes de la psychiatrie lorsque l'Assemblée examinera l'amendement présenté par la commission sur ce sujet.

Je tiens cependant à répéter qu'il convient, pour un projet de loi de cette nature, d'accorder la plus grande importance tant à l'exposé des motifs qu'aux interventions ministérielles qui éclairent non seulement les intentions du Gouvernement mais également sa volonté de les concrétiser dans les faits grâce aux textes qui interviendront ultérieurement. Je puis vous donner l'assurance que vous ne trouverez ni hiatus ni contradictions à l'avenir entre nos engagements et les mesures que nous prendrons.

J'ai l'impression, après avoir écouté attentivement les diverses interventions, que l'on oscillait constamment entre le désir de donner aux médecins la formation la plus large, c'est-à-dire de décloisonner et le souci de permettre un enseignement très fin, très pointu, c'est-à-dire de spécialiser. Je ne pense pas qu'il y ait une formule parfaite en la matière, ni d'équilibre a priori, mais l'Assemblée devrait reconnaître que ce projet de loi traduit un très grand effort pour concilier ces deux objectifs également nécessaires à la médecine de ce temps en développant les troncs communs initiaux, ainsi que les passerelles que nous souhaitons constantes non seulement dans le cursus des études, mais aussi, ultérieurement, au cours de la formation continue. Telles sont les mesures que le Gouvernement veut mettre en place.

Il faut en effet tenir compte de l'évolution scientifique et technique qui est très rapide, sans jamais oublier pour autant que le médecin doit avant tout soigner les malades. M. Ralite et moi-même avons cherché à réaliser cet équilibre, et j'espère que nous y sommes parvenus. Mais il en va en cette matière comme dans d'autres : il importera de prendre en considération les leçons de l'application pratique de ces principes pour améliorer à l'avenir ce que nous tentons aujourd'hui de faire.

Je répondrai aux autres questions qui m'ont été posées au cours de l'examen des amendements. Je tiens toutefois, pour conclure, à évoquer le problème des structures, car on a mis en cause l'inter-région.

Il m'appartient de souligner à ce propos que les choix qui ont été opérés s'inspirent à la fois des principes et de la pratique. Lorsque l'on met en place une inter-région, ce n'est pas pour brimer telle ou telle université, c'est parce qu'il faut disposer de moyens tels qu'il ne serait pas possible de les installer dans un seul C. H. U. Une décision de ce genre n'est dictée que par un souci de décentralisation qui doit s'accorder avec les possibilités d'offrir aux internes la meilleure forma-

tion possible et par le désir de limiter au maximum — en tout cas à ce niveau — les déplacements d'étudiants devenus internes. De tels déplacements posent en effet de nombreux problèmes sociaux, économiques et humains que vous connaissez aussi bien que moi.

Nous avons essayé — et je crois que nous y sommes parvenus — d'obtenir des conditions de démocratisation et d'équilibre telles que la qualité des formations, y compris les plus spécialisées, soient assurées. Nous voulons également faire en sorte que les élus locaux et les professionnels de la santé soient non des éléments passifs, mais des personnes ayant les moyens d'agir et de dessiner, à travers ces structures, l'avenir d'une politique de santé qu'ils auront choisie et qui ne peut pas être atomisée, mais qui doit être globale.

Le souci de la qualité est primordial dans ce projet de loi ; les moyens supplémentaires qui sont donnés, en particulier pour les généralistes, doivent permettre de le satisfaire. Ce texte représente un pas considérable et il marque la poursuite par ce gouvernement d'une politique de santé plus efficace, plus juste et de la meilleure qualité. Mais c'est un sujet sur lequel je laisse à M. Ralite le soin de s'exprimer. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de la santé.

**M. le ministre de la santé.** Mesdames, messieurs les députés, comme M. Alain Savary, je n'interviendrai sur les points de détail qu'à l'occasion de la discussion des amendements.

Je tiens cependant à relever un reproche qui m'a été adressé dans plusieurs interventions. Ce serait en effet la pire des choses de qualifier — ainsi que je le ferais — la politique de santé et la politique de formation de sœurs siamoises ! En vérité, derrière cette expression, que son auteur voulait insolite, se cache une insolence à la réalité de la politique de ce gouvernement.

Puisqu'il y a jumelage entre politique de santé et politique de formation, je me placerai sur le terrain de la vérité en rappelant ce que nous avons essayé de réaliser en un an en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de la santé. Tout le reste n'est que balivernes !

**M. Guy Ducloné et M. Georges Haga.** Très bien !

**M. Jacques Blanc.** Demandez aux médecins qui sont en grève ce qu'ils en pensent !

**M. le ministre de la santé.** La qualité de la santé, c'est d'abord la qualité de l'accueil dans les structures de santé. Certains devraient réfléchir avant de parler car, sur le plan de l'hospitalisation, les budgets accordés par notre gouvernement marquent une avancée tout à fait significative par rapport à ce qui se passait avant. C'est une donnée incontestable !

**M. Jacques Blanc.** C'est la banqueroute !

**M. le ministre de la santé.** Il faut aussi rappeler qu'avant la suppression du secteur privé à l'hôpital public on ne passait vite que quand on avait beaucoup de monnaie ; quand on en avait peu, on passait plus tard. S'il y a là un symbole de qualité, j'en fais cadeau à ceux qui le défendent !

**M. Jacques Blanc.** Ces propos sont intolérables !

**M. le ministre de la santé.** La qualité de la santé, c'est de ne pas sélectionner les gens selon leur fortune quand ils sont malades !

Monsieur Jacques Blanc, dans la ville ouvrière où j'habite, lorsque vous téléphonez dans certains hôpitaux publics on vous répond qu'il faut attendre deux mois pour passer, mais que vous pouvez être pris tout de suite si vous acceptez de venir en secteur privé.

**M. Claude-Gérard Marcus.** Vous déformez la vérité !

**M. Jacques Blanc.** Ce n'est pas la faute du secteur privé s'il y a embouteillage dans le secteur public !

**M. le ministre de la santé.** Le malade paiera alors 30 000 ou 40 000 anciens francs de plus que s'il était allé dans le secteur public.

Ce n'est pas ça, la qualité ! Nous supprimons donc cet état de fait pour défendre la qualité des soins.

**M. Jacques Blanc.** Comment peut-on dire cela ! Ce n'est pas possible !

**M. le ministre de la santé.** C'est la vérité. Si la vérité n'est pas possible, c'est vous qui devez réfléchir.

Pour les hôpitaux, la qualité de la santé dépend aussi des créations de postes. C'est pourquoi nous avons créé 1 500 postes de médecin cette année et 17 000 postes d'hospitalier. Au moment heureux où ceux qui parlent vos sentiments exerçaient des responsabilités nationales les créations de postes étaient passées de 12 000 il y a trois ans, à 8 000 il y a deux ans, puis à 5 000 l'année dernière. C'était la glissade !

Nous avons inversé le processus et M. Marcus, qui a des responsabilités au sein de l'Assistance publique de Paris, sait que ces chiffres concernent tout particulièrement cet organisme.

**M. Jacques Blanc.** C'est sans doute pour cela qu'il y a grève !

**M. le ministre de la santé.** Dans les C.H.U., les créations de postes ont augmenté cette année de 77 p. 100 par rapport à l'année dernière. C'est cela, la qualité des soins !

La qualité des soins dépend aussi du matériel accordé à l'hôpital. Pendant des années — je vous le laisse compter — cinquante-deux scannographes ont été attribués.

**M. Jacques Blanc.** M. Barrot a déjà rappelé lors du débat budgétaire que la décision relative aux scanners a été prise avant que vous arriviez au pouvoir.

**M. le ministre de la santé.** Oui, je sais, vous preniez beaucoup de décisions, mais vous ne les appliquez pas ! Tout ce qui est bon chez nous a été pris chez vous, n'est-ce pas ?

**M. Jacques Blanc.** M. Barrot vous a répondu !

**M. le ministre de la santé.** Revenons-en aux scannographes avec cinquante-deux installations en dix ans ! Nous étions à la queue en Europe.

**M. Jacques Blanc.** Et dans les pays de l'Est !

**M. le ministre de la santé.** Nous avons permis trente-quatre installations en un an. Comparez aux cinquante-deux en dix ans ! Je vous laisse le soin de commenter dans le sens de la vérité.

**M. Jacques Blanc.** C'est le progrès ! Il y a vingt ans, il n'y en avait pas !

**M. le ministre de la santé.** Sur le plan de la qualité des équipements, nous avons engagé 162 opérations nouvelles : 21 dans les grands hôpitaux universitaires, 85 pour les hôpitaux de villes moyennes ou petites et 56 pour les hospices. C'est encore de la qualité !

**M. Jacques Blanc.** Pour les hospices, ce n'est pas nouveau !

**M. Guy Ducoloné.** Relisez les programmes !

**M. le ministre de la santé.** Excusez-moi, il y avait, quand nous sommes arrivés, au ministère, avec M. Franceschi...

**M. Jacques Blanc.** Qui a lancé l'humanisation des hospices ?

**M. le ministre de la santé.** Monsieur Blanc, laissez-moi m'exprimer, même si mes propos vous gênent parce qu'ils reflètent la vérité.

Lorsque nous sommes arrivés au ministère avec M. Franceschi — qui avait jusqu'à ces derniers temps la responsabilité des personnes âgées — nous avons trouvé de nombreux dossiers en attente. Or l'augmentation des crédits a atteint, en la matière, 83 p. 100, ce qui lui a permis de liquider, dans l'année, 70 p. 100 des dossiers que vous aviez laissés en instance. Cela aussi, c'est la qualité des soins.

Je ne veux pas multiplier les exemples afin que l'on ne me reproche pas de dresser un panégyrique. Pourtant, je ne fais qu'évoquer la vérité.

On a beaucoup parlé de santé publique et de prévention. Or je vous rappelle que ce dernier secteur a connu une augmentation des crédits de 112 p. 100 en un an !

**M. Alain Savary** vient de parler de la santé scolaire et j'ai senti, comme lui, un certain mépris à l'égard du médecin scolaire. Je ne prétends certes pas que ce mépris soit en vous,

mais il s'est indéniablement traduit dans la réalité. En effet, aucun poste de médecin scolaire n'a été créé en dix ans. En revanche, nous avons créé cette année 412 postes supplémentaires de santé scolaire. Cela vous gêne, mais c'est comme ça !

**M. Jacques Blanc.** Monsieur le ministre, me permettez-vous de vous interrompre ?

**M. le ministre de la santé.** Je vous en prie.

**M. le président.** La parole est à M. Jacques Blanc, avec l'autorisation de M. le ministre.

**M. Jacques Blanc.** Monsieur le ministre, je ne peux pas vous laisser dire — non plus qu'à M. Savary qui l'a laissé entendre tout à l'heure — que j'aurais un certain mépris pour les médecins scolaires.

C'est au contraire parce que j'ai un très grand respect pour eux que je ne veux pas que l'on crée des filières qui seraient des ghettos où on ne les intéressait qu'aux problèmes de la collectivité en les coupant complètement des médecins généralistes.

Si vous aviez un peu la notion des réalités, vous comprendriez qu'il est important que les médecins scolaires, parce qu'ils auront été formés avec les médecins généralistes, aient des liens étroits avec eux pour exercer leur mission.

Je ne permets pas que vous laissiez croire un instant que mon intervention traduisait je ne sais quel mépris à l'égard des médecins scolaires ou des médecins du travail ou des médecins du secteur collectif. La critique que j'ai formulée ne concernait que la formation que vous mettez en œuvre.

Jusqu'à présent, aucun médecin n'est sorti de vos filières, puisqu'elles n'existent pas. Je dis simplement qu'il est excessivement dangereux de créer une filière dans laquelle les intérêts de la collectivité seront pris en compte avant ceux de l'individu.

**M. Lucien Couqueberg.** Vous n'avez pas de mépris pour eux mais vous les avez tous éliminés !

**M. le président.** Poursuivez, monsieur le ministre.

**M. le ministre de la santé.** M. Blanc a vraiment bien du mal à s'en sortir ! Nous avons créé 412 postes en un an, alors qu'aucune création n'était intervenue en dix ans ; c'est sans commentaire ! Le ghetto chez lui, c'est le vide ; chez nous, c'est un début de plein.

On prétend aussi que le texte dont nous sommes les deux parrains n'assurerait que dans les mots la revalorisation de la condition des médecins généralistes. Or nous y travaillons depuis un an ! Qui les a associés aux urgences ? Nous. Qui a doublé les crédits de la formation continue ? Nous. Qui a permis une certaine association des médecins généralistes à la santé scolaire ? Nous. Qui crée actuellement en Corse des centres de santé ruraux entièrement animés par des médecins généralistes ? Nous.

Je rappelle tout cela afin de bien montrer que nous nous appuyons sur une année de travail effectif pour affirmer que politique de santé et politique de formation doivent constituer deux démarches croisées.

En fait, si vous criez ainsi, ce n'est pas parce que l'on touche à la médecine ; ce n'est pas parce que l'on touche au médecin libre de s'occuper des individus. Ceux-ci sont d'ailleurs inséparables de la collectivité ; entre elle et eux il y a une dialectique permanente et il est impossible de prendre les uns en considération si on oublie l'autre. Non ! si vous criez, c'est parce que vous savez bien que l'on s'attaque à certains gros intérêts et cela vous dérange ! (*Protestations sur les bancs de l'Union pour la démocratie française.*)

**M. Jacques Blanc.** Ce n'est pas possible ! Dès que l'on n'est pas d'accord avec vous, on défend les gros intérêts ! C'est une insulte permanente.

**M. le président.** Monsieur Blanc, vous n'avez pas la parole. Demandez-la si vous voulez intervenir.

**M. Jacques Blanc.** Ce n'est pas parce que l'on n'est pas d'accord avec vous que l'on défend les gros intérêts !

**M. le président.** La parole est à M. le ministre de la santé, et à lui seul !

**M. Jacques Blanc.** Nous ne pouvons pas nous laisser traiter de défenseurs des gros intérêts. Nous aussi, nous défendons les médecins généralistes !

**M. le président.** Monsieur Blanc, je vais être obligé de vous rappeler à l'ordre.

Si vous souhaitez interrompre M. le ministre, demandez son autorisation.

**M. Jacques Blanc.** Monsieur le ministre, vous manquez de respect aux élus du peuple. Vos propos ne sont pas tolérables !

**M. le président.** Monsieur Blanc, vous n'avez pas la parole. Veuillez poursuivre, monsieur le ministre.

**M. le ministre de la santé.** A l'occasion de la discussion d'une certaine convention, les médecins généralistes avaient voulu, il y a un certain temps, rencontrer les représentants du peuple. Ils sont arrivés jusque sur un pont qui enjambe la Seine mais, ce jour-là, ceux qui les défendent avec tant de criarderie aujourd'hui, leur ont envoyé un corps de police qui n'a pas hésité à utiliser la matraque. Je rappelle cela parce que c'est aussi la vérité. C'était une qualité ; ce n'est pas la nôtre.

**M. Jacques Blanc.** C'est malhonnête !

**M. le ministre de la santé.** J'en terminerai sur cette question des gros intérêts en citant La Bruyère qui a dit des choses intéressantes de ce point de vue : « On sait que les pauvres sont chagrin de ce que tout leur manque et de ce que personne ne les soulage. Mais s'il est vrai que les riches soient colère, c'est de ce que la moindre chose puisse leur manquer ou que quelqu'un veuille leur résister. » (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)

**M. Jacques Blanc.** Je demande la parole pour un rappel au règlement, monsieur le président.

**M. le président.** Fondé sur quel article, monsieur Blanc ? S'il s'agit d'un fait personnel, je vous rappelle que vous pouvez avoir la parole en fin de séance.

**M. Jacques Blanc.** Il est intolérable que le ministre mette en cause l'honnêteté des députés en disant qu'ils défendent des intérêts parce qu'ils ne sont pas d'accord avec lui. Ce n'est pas acceptable !

Nous avons certaines conceptions ; nous défendons nos idées et nous n'admettons pas que le ministre prétende que nous défendons des intérêts alors que nous défendons l'intérêt de l'ensemble des Françaises et des Français que nous représentons !

**M. Guy Ducloux.** On voit que M. Blanc n'est pas un « charlot » !

**M. le président.** Je souhaiterais que M. Blanc respecte le règlement et qu'il demande la parole quand il désire intervenir.

Il peut naturellement demander la parole pour un rappel au règlement ou pour un fait personnel, mais le minimum est d'abord de respecter la représentation nationale.

**M. Jacques Blanc.** Cela vaut pour le ministre !

**M. le président.** La discussion générale est close.

Aucune motion de renvoi en commission n'étant présentée, le passage à la discussion des articles du projet de loi dans le texte du Gouvernement est de droit.

Je rappelle qu'à partir de maintenant peuvent seuls être déposés les amendements répondant aux conditions prévues aux alinéas 4 et suivants de l'article 99 du règlement.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— 7 —

#### ORDRE DU JOUR

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

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi n° 1078 relatif aux études médicales et pharmaceutiques (rapport n° 1089 de M. Louis Lareng, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures.)

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

LOUIS JEAN.