

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

7^e Législature

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1983-1984
(48^e SEANCE)

COMPTE RENDU INTEGRAL

1^{re} Séance du Mardi 15 Mai 1984.

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. RAYMOND DOUYÈRE

1. — **Professions médicales.** — Discussion d'un projet de loi adopté par le Sénat (p. 2324).

M. Louis Lareng, rapporteur de la commission des affaires culturelles.

M. Hervé, secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé.

Discussion générale :

M^{me} Fraysse-Cazalis,

MM. Chanfrault,

Marcus,

M^{me} Lecuir,

Eliane Provost,

M. Laborde.

Clôture de la discussion générale.

Passage à la discussion des articles.

Articles 1^{er} à 8, 8 bis, 9 à 14. — Adoption (p. 2330).

Vote sur l'ensemble (p. 2331).

Adoption de l'ensemble du projet de loi.

★ (1 f.)

2. — **Vaccination antivariolique.** — Discussion d'un projet de loi adopté par le Sénat (p. 2331).

Mme Eliane Provost, rapporteur de la commission des affaires culturelles.

M. Hervé, secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé.

Discussion générale :

MM. Marcus,

Louis Lareng,

Verdon,

Laborde.

Clôture de la discussion générale.

M. le secrétaire d'Etat.

Article unique. — Adoption (p. 2333).

3. — **Essences végétales.** — Discussion des conclusions d'un rapport (p. 2334).

Mme Fraysse-Cazalis, rapporteur de la commission des affaires culturelles.

M. Hervé, secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé.

Discussion générale :

MM. Gissingier,

Louis Lareng.

Clôture de la discussion générale.

Article unique (p. 2335).

Amendement n° 1 de M. Gissinger : Mme le rapporteur, MM. le secrétaire d'Etat, Gissinger. — Rejeté.

Adoption de l'article unique.

4. — Ordre du jour (p. 2336).

PRESIDENCE DE M. RAYMOND DOUYERE,
vice-président.

La séance est ouverte à neuf heures trente.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

PROFESSIONS MEDICALES

Discussion d'un projet de loi adopté par le Sénat.

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, abrogeant la loi n° 263 du 17 mai 1943 et modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives aux professions médicales et aux auxiliaires médicaux et l'article L. 283 du code de la sécurité sociale (n° 2053, 2103).

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 secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé, mesdames, messieurs les députés, le projet de loi qui est soumis aujourd'hui à votre examen a un objet principal, je dirai même prépondérant, et plusieurs objets secondaires dont l'un d'une certaine importance, les autres ne constituant que de légers aménagements aux dispositions de notre code de la santé publique régissant les professions médicales et paramédicales.

L'objet principal est l'intégration en droit interne des obligations contenues dans les directives européennes relatives à la profession de sage-femme ; deux autres dispositions d'inspiration étrangère à cette perspective européenne, mais relatives à cette même profession seront également évoquées.

Le second point qui sera abordé dans cette présentation générale sera la possibilité donnée au pouvoir réglementaire de définir les modalités d'exercice des professions d'auxiliaires médicaux, exigence juridique devenue brusquement familière à de nombreux et surtout de nombreux professionnels depuis une décision d'annulation du Conseil d'Etat rendue le 14 mars dernier.

J'examinerai tout d'abord l'intégration des directives européennes relatives aux sages-femmes et la poursuite de la réalisation de l'Europe de la santé.

La réalisation de la Communauté économique européenne ne se limite pas à la suppression des barrières douanières en vue de l'établissement d'un marché commun ou du développement des échanges de produits et de matériels. Toutes les formes et tous les champs de l'activité économique bénéficient de cette libération des mouvements au sein de l'aire communautaire.

Alors que l'Europe rencontre les difficultés que l'on sait, il est heureux de pouvoir se pencher sur l'une des réalisations de la Communauté qui permet aux hommes eux-mêmes de se sentir concrètement membres d'un ensemble qui se construit avec lenteur et par à-coups, excessifs sans doute, mais qui progresse malgré tout. Il convient d'ailleurs de prendre garde à l'accoutumance au succès car si « l'Europe médicale » qui retient aujourd'hui notre intérêt apparaît comme une réalité naturelle, presque banale, un rapide retour en arrière permet de constater, on le verra, que ce n'est qu'une impression. Bien des efforts ont dû être faits par les gouvernements et des mutations ont dû être enregistrées dans les opinions pour en arriver aux résultats tangibles d'aujourd'hui.

L'opinion, et c'est bien normal, retient essentiellement les crises car les succès sont plus silencieux, et peu spectaculaires : l'occasion qui nous est maintenant donnée de saluer l'un d'eux ne saurait être négligée. La construction européenne progresse, notre Gouvernement y prend toute sa part ainsi que le montrent les efforts réalisés sous l'actuelle présidence française. Les institutions et les réalités communautaires sont vivantes ; le fait que cette construction ne soit pas remise en cause dans la situation économique que connaît notre continent est remarquable lorsqu'on sait la puissance de la tendance au repliement en pareil cas.

Le traité de Rome a non seulement posé en son article 7 le principe de la liberté de circulation des travailleurs et de la liberté d'établissement pour les entrepreneurs et les professions libérales, mais encore il a prévu sa mise en œuvre d'une manière détaillée, plus particulièrement en ses articles 48 à 51 et 52 à 58. Il a également retenu l'application de ce principe à une modalité particulière : la prestation de services — articles 59 à 66 — qui se distingue de l'établissement par son caractère temporaire. Ce principe de liberté d'établissement ne connaît que deux limites : la réserve d'ordre public et l'exercice de l'autorité publique.

Les dispositions du traité devaient être concrétisées, pour que la liberté d'établissement devienne applicable, par des directives du conseil des communautés européennes, lesquelles sont ensuite transposées en droit interne dans chacun des Etats membres. La négociation fort longue qui a précédé l'adoption des directives relatives aux médecins a tracé le chemin pour les autres professions du domaine sanitaire : ces textes constituent la référence, le précédent essentiel même si les situations, pour chacune de ces professions, ne sont pas toujours semblables.

La suppression des restrictions à la liberté d'établissement devait être acquise avant le 1^{er} janvier 1970, aux termes des programmes généraux adoptés au début des années soixante. A partir de cette date, nonobstant l'absence de directives, la liberté d'établissement devenait réalité ainsi que l'arrêt Reyners rendu par la Cour de justice des communautés européennes le précise en 1974. Toutefois, les professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques échappent à cette règle ainsi que l'article 57, paragraphe 3, du traité le stipule expressément, en indiquant que pour ces professions « la libération progressive des restrictions sera subordonnée à la coordination de leurs conditions d'exercice dans les différents Etats membres ».

Dès les années soixante, lors de la négociation en vue de l'adoption des directives portant sur les médecins, on souhaitait réaliser une coordination maximum des études, des filières et des diplômes. Un délicat compromis mis au point au début des années soixante-dix fut remis en cause par l'entrée de trois nouveaux membres dans la Communauté. On adopta finalement en janvier 1975 des directives aux objectifs certes plus limités, mais le résultat était tout de même très appréciable. Les travaux qui précédèrent cet événement se sont révélés fort utiles : outre la liberté d'établissement qui a été effectivement instaurée, les perspectives d'approfondissement de la coordination ont été tracées et le chemin bien dégagé en vue de l'élaboration plus aisée des directives pour chacune des autres professions sanitaires.

Intégrées en droit français en décembre 1976, les directives relatives aux médecins ont été suivies en 1977 par celles relatives aux infirmières, intégrées en juin 1980, et en 1978 par celles relatives aux chirurgiens-dentistes, intégrées en décembre 1980.

J'aborderai maintenant les directives relatives aux sages-femmes et leur mise en œuvre.

Les directives des différentes professions sanitaires tant dans leur structure que dans leur portée sont calquées sur celles des médecins.

La première d'entre elles détermine la dénomination des activités auxquelles elle s'applique, les diplômes et titres qui font l'objet de la reconnaissance mutuelle, ainsi que les conditions auxquelles cette reconnaissance est subordonnée, les droits acquis par les titulaires d'autres diplômes, la procédure de coordination pour l'administration de la profession afin de rendre effective la liberté d'établissement.

La deuxième directive précise le programme et l'organisation des études, études que sanctionnent les diplômes qui peuvent bénéficier de la reconnaissance mutuelle prévue par la première directive. Elle détermine également le champ d'activité de la sage-femme. Cette dernière disposition est importante et spécifique : la France a obtenu, après des négociations difficiles, que cette définition proche de la sienne propre — article L. 374 du code de la santé publique — soit retenue.

Les directives permettent non seulement le libre établissement des sages-femmes exerçant à titre libéral, mais encore des sages-femmes salariées.

La profession de sage-femme posait un problème particulier dans la mesure où, contrairement à d'autres professions, les chirurgiens-dentistes par exemple, il y a une disparité assez forte entre le niveau des formations dispensées dans les différents Etats membres.

La France est le pays où ce niveau apparaît le plus élevé, suivie des Pays-Bas. Les conditions d'accès à la formation, la durée et la densité des programmes, leur diversité attestent aussi de cette réalité ainsi que les responsabilités qui leur sont confiées.

La France souhaitait donc, comme les Pays-Bas, maintenir ce niveau élevé de formation et promouvoir une élévation à terme de l'ensemble des autres formations lorsque la situation n'était pas satisfaisante.

La définition d'un champ d'activité précis et étendu que l'on vient d'évoquer a été l'un des moyens retenus pour atteindre cet objectif. L'autre moyen essentiel a été la fixation d'un système spécifique de reconnaissance mutuelle des diplômés.

Deux catégories de diplômes sont en effet distinguées : on envisage d'abord ceux qui sont obtenus au terme d'une formation de sage-femme de trois ans à partir du baccalauréat ou de deux ans à partir d'une formation d'infirmière : ces diplômes sont reconnus dès lors qu'ils ont été délivrés conformément aux obligations communautaires.

La deuxième catégorie couvre une formation de sage-femme de trois ans à partir d'un niveau de culture générale correspondant à dix ans de scolarité ou de dix-huit mois à partir du diplôme d'infirmière : dans ces cas, la reconnaissance du diplôme est subordonnée à la production d'une attestation postdiplôme de deux ans ou d'une année, suivant le cas, dans un centre agréé.

Enfin, la deuxième directive instaure un comité consultatif pour la formation des sages-femmes qui, dès 1986, devra examiner les propositions d'amendements tendant à élever les critères minimaux au niveau de ceux exigés pour l'obtention de diplômes dits de haut niveau. Cette disposition est, elle aussi, un élément important et spécifique du dispositif des directives. L'Allemagne a déjà procédé, dès 1980, à une réforme en ce sens en portant de deux à trois ans la durée des études.

Il y a lieu de signaler que les dispositions relatives « aux droits acquis » autorisent, comme pour les autres professions, l'accès à celle de sage-femme aux titulaires de diplômes non reconnus mais dans un certain délai — délivrance avant janvier 1986 — qui tient compte d'ailleurs de la mesure générale contenue dans le présent projet et visant l'ensemble des professions de santé déjà intégrées. Cette disposition a pour effet d'ouvrir le bénéfice des droits acquis aux personnes déjà engagées dans une formation lors de l'application des directives.

L'ensemble de ce dispositif qui donne à la France les garanties de niveau nécessaires a recueilli l'adhésion des organisations professionnelles de sages-femmes, qui sont naturellement attachées au maintien de la qualité de la formation, celle-ci n'étant pas en outre sans lien avec le champ d'activité qui leur est reconnu.

Pour l'intégration en droit interne à laquelle procède le présent projet de loi, la marge de choix pour la rédaction des articles afférents du code de la santé publique s'est révélée encore plus limitée que pour les médecins. En effet, une grande partie des dispositions relatives aux médecins sont communes aux deux autres professions médicales, chirurgiens-dentistes et sages-femmes. En outre, certaines précisions insérées par voie d'amendement en 1976 ont déjà été intégrées dans la loi ou le sont dans le projet de loi : existence d'une connaissance suffisante de la langue française ; mention de l'établissement de délivrance du diplôme.

Enfin, les dispositions essentielles relatives à la reconnaissance des diplômes, qui viennent d'être analysées, sont très directement dérivées des directives elles-mêmes. C'est pourquoi votre commission donne son plein accord à cette partie du projet de loi.

La stabilité des effectifs de sages-femmes — autour de 9 000 — depuis de nombreuses années est une caractéristique de la profession par rapport aux autres professions médicales et aux professions paramédicales. La répartition géographique est également un peu différente.

La réalisation effective de la liberté de circulation pour les salariées et d'établissement pour les libérales n'entraînera pas de bouleversement ni même de mouvement sensible vers la France, ni vers d'autres pays membres. Les premières demandes enregistrées laisseraient plutôt supposer que plus de sages-femmes françaises s'établiront à l'étranger que de ressortissants de la Communauté en France. Les précédents médicaux, dentaires et infirmiers, peuvent rassurer, s'il en était besoin, les inquiets.

La place qu'occupent les sages-femmes dans le système sanitaire français est fort importante et doit précisément être rapportée au haut niveau de formation qui est le leur. Un peu plus de 9 200 sages-femmes exercent actuellement, dont 47 p. 100 dans les établissements publics et 17 p. 100 à titre libéral ; 40 p. 100 des accouchements sont assurés par des sages-femmes, et celles-ci participent à la très grande majorité d'entre eux. En outre, leurs autres activités, notamment dans le domaine de la prévention périnatale, se développent sensiblement.

C'est d'ailleurs l'ensemble de cette évolution que la loi de 1982 a voulu reconnaître et, en même temps, encourager, en donnant à la profession une nouvelle définition, dans l'esprit de celle retenue au niveau européen qui est insérée dans la deuxième directive.

La charge des responsabilités qui sont celles des sages-femmes dans les établissements hospitaliers implique des conditions de travail difficiles, des horaires chargés, dont on doit être conscient lorsqu'on envisage les situations des différentes catégories de personnels médicaux et paramédicaux qui, avec les sages-femmes, constituent la cheville ouvrière de ces établissements.

Il a été indiqué que la formation dispensée dans les trente-trois écoles de sages-femmes est en France de haut niveau. Elle est probablement aussi excessivement dense. On compte, en effet, 5 700 heures d'enseignement théorique et pratique réparties sur trois ans. Cela se traduit, pour les élèves, par des horaires de quarante-trois heures par semaine et des congés d'été réduits de moitié. Les Pays-Bas, où le nombre d'heures d'enseignement atteint 4 650, a porté, il y a quelques années, la durée des études de trois à quatre ans ; cette durée est la même en Grèce où la formation est également de haut niveau.

Il conviendrait donc que le projet d'allongement des études de trois à quatre ans pour le même programme soit pris en considération, d'autant que l'objection financière qui pourrait y être faite semble de très faible portée.

Le présent projet de loi comprend, outre l'intégration des directives européennes, deux dispositions spécifiques à la profession de sage-femme. L'une, purement technique, opère la « délégalisation » des dispositions relatives aux écoles de sages-femmes. L'autre prévoit d'autoriser les sages-femmes à prescrire des arrêts de travail dans la limite des compétences que leur fixe le code de la santé publique. Cette mesure positive va dans le sens de la reconnaissance du rôle des sages-femmes dans la prévention.

Une autre partie du projet de loi a trait à la détermination des actes effectués par les auxiliaires médicaux.

La délimitation du champ d'activité des différents professions médicales et d'auxiliaires médicaux, règlementées par le code de la santé publique, soulève parfois de délicats problèmes de frontière. J'ai indiqué dans mon rapport écrit quelques-uns de ces problèmes.

Le projet de loi, qui a été déposé sur le bureau du Sénat bien avant la décision du Conseil d'Etat du 14 mars dernier, comprenait déjà, en son article 10, une disposition donnant la possibilité de préciser, par décret en Conseil d'Etat, les modalités d'exercice des professions d'auxiliaires médicaux autres que les infirmières.

La décision précitée du Conseil d'Etat ayant partiellement annulé le décret du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmière pour vice de forme, le Gouvernement a étendu l'article 10 à la profession d'infirmière. En outre, il a inséré, à l'article L. 761-11 du code de la santé publique, un nouvel alinéa permettant expressément d'autoriser les infirmières et les infirmiers à effectuer certains contrôles biologiques de dépistage à lecture instantanée.

L'opportunité de ces dispositions ne souffre guère la discussion, l'expérience ayant montré encore tout récemment la nécessité de pouvoir préciser les modalités d'exercice des professions d'auxiliaires médicaux.

On se contentera de noter l'émoi considérable que la décision d'annulation du Conseil d'Etat a entraîné. On a dit, à tort, que l'activité des infirmières était dès lors privée de base juridique ; cela ne concerne en fait qu'une partie de leur activité. Elles sont cependant inquiètes pour leur avenir ; en effet, dans certaines usines, des personnels de service titulaires du diplôme de secouriste sont parfois proposés à leur place pour tenir l'infirmier. Par ailleurs, certains actes, ainsi qu'en témoignent les incidents de ces jours derniers, leur sont contestés. En ce qui concerne les soins à domicile, il n'est pas impossible que leur soit un jour posé le problème du stockage ou de la redistribution des médicaments.

Leur champ de compétence dans des spécialités comme la réanimation n'est pas assez reconnu, ou pas assez bien défini en anesthésie.

Les puéricultrices sont soucieuses pour leurs débouchés, mais d'autres thèmes de préoccupation pourraient être cités. Les médecins, dans leur grande majorité, en sont d'ailleurs conscients et désirent des solutions concrètes correspondant aux situations de terrain.

En fait, quant au fond, l'aire de compétence de ces professionnels n'est nullement remise en cause. Certains développements récents et à venir, avec notamment les alternatives à l'hospitalisation, montrent si besoin était que ce risque n'existe pas.

Mieux encore, la départementalisation des hôpitaux publics permettra à la profession d'infirmière de participer davantage à l'organisation des soins. La politique du Gouvernement va clairement dans ce sens.

La commission des affaires culturelles a adopté chacun des articles et l'ensemble du présent projet de loi sans y apporter de modification.

Elle a noté avec intérêt les progrès de l'Europe médicale et, d'une manière générale, de la construction européenne ; elle a souhaité qu'il soit répondu positivement à l'inquiétude qui a pu se manifester parmi les infirmières. La commission vous demande donc d'adopter sans modification le présent projet de loi. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé.

M. Edmond Hervé, secrétaire d'Etat. Monsieur le président, mesdames, messieurs, permettez-moi tout d'abord de vous remercier pour la diligence avec laquelle votre assemblée a inscrit sur son ordre du jour l'examen de ce projet de loi. Je remercie également M. le professeur Lareng pour son excellent rapport et l'analyse très approfondie du texte qu'il vient d'effectuer en qualité de rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Aussi, mon propos se limitera à apporter des précisions ou à faire des remarques sur certains points du texte qui vous est soumis aujourd'hui.

La partie du projet de loi concernant les modifications du code de la santé publique nécessaires à l'application des directives européennes relatives à la profession de sage-femme marque une nouvelle étape dans la réalisation d'une Europe des professions de santé à laquelle le Parlement a été largement associé : c'est ainsi que les directives concernant les médecins, les infirmiers et les chirurgiens-dentistes ont fait l'objet des lois du 31 décembre 1976, du 12 juillet et du 30 décembre 1980.

Les dispositions du projet actuel reprennent, en ce qui concerne les sages-femmes, les dispositions contenues dans chacune des trois précédentes lois. Il me paraît toutefois important de remarquer que les directives relatives aux sages-femmes se différencient des autres directives sur deux points : le niveau de formation et la reconnaissance d'un champ d'activité.

Après de laborieuses négociations, le Gouvernement français a obtenu toutes les garanties adéquates.

En premier lieu, les diplômes qui ne couvrent que la formation minimale précisée dans la seconde directive ne permettent le libre exercice dans les autres Etats membres que s'ils sont accompagnés d'une attestation d'exercice professionnel post-diplôme de deux ans ou d'une année, suivant le cas, dans un centre agréé.

En second lieu, la deuxième directive précise le champ d'activité de la sage-femme. Cette définition proposée par la France est très proche de celle du code de la santé publique que le Parlement a adoptée au mois de mai 1982.

Ainsi, dans tous les Etats membres, les sages-femmes sont habilitées à pratiquer des actes semblables et chaque Etat est tenu de les former à cet effet.

Dans le cadre des mesures d'application des directives européennes, deux modifications du code de la santé publique vous sont proposées aux articles 4 et 8. En effet, en application de la directive du Conseil du 14 décembre 1981, le bénéfice des droits acquis est applicable non plus aux seuls titres délivrés avant les dates d'application des différentes directives mais aux titres correspondant à des formations commencées avant le 20 décembre 1976 pour les médecins, avant le 28 janvier 1980 pour les chirurgiens-dentistes et avant le 29 juin 1980 pour les infirmières.

Parmi les mesures qui sortent du cadre d'application des directives européennes, la première disposition proposée, objet de l'article 2 du texte, ouvre la possibilité aux personnes de nationalité étrangère, titulaires de certificats ou de diplômes français autres que les diplômes d'Etat de sage-femme, de docteur en médecine ou de docteur en chirurgie dentaire, de bénéficier d'une autorisation d'exercer l'une de ces trois professions.

Dans un souci de justice, il est apparu nécessaire de prendre autant en considération les diplômes français que les diplômes étrangers.

Je souligne en outre que les titres français, qu'il s'agisse du certificat de fin d'études de sage-femme ou des diplômes d'université de docteur en médecine ou de chirurgie dentaire, sont préparés dans les mêmes conditions que les diplômes d'Etat correspondants. Les autorisations d'exercice accordées éventuellement à ces personnes seront bien entendu comprises dans le nombre maximum d'autorisations fixé chaque année par décret.

Pour la présente année, il est prévu d'accorder environ quatre-vingt-cinq autorisations d'exercice de la médecine, une vingtaine en ce qui concerne l'art dentaire et une dizaine en ce qui concerne la profession de sage-femme.

Pour clore le point relatif aux propositions touchant les professions médicales, je précise que le Gouvernement a accepté l'amendement introduit par le Sénat, objet de l'article 13 nouveau, qui prévoit que la sage-femme peut prescrire un arrêt de travail à une femme enceinte.

Cette prescription entre parfaitement dans la compétence professionnelle de la sage-femme, dont les deux activités essentielles sont la surveillance de la grossesse et la pratique de l'accouchement eutocique.

En matière de périnatalité, le rôle des sages-femmes n'est plus à démontrer : elles ont contribué au succès des actions menées depuis quelques années dans le domaine de la diminution de la mortalité périnatale et de la prématurité. La prescription de l'arrêt de travail permet une meilleure prévention de l'accouchement prématuré et de la grossesse à risques.

Cette prescription, qui a reçu l'avis favorable de l'Académie nationale de médecine et de la commission regroupant obstétriciens et sages-femmes, ne concernera que les arrêts de travail inférieurs ou égaux à quinze jours non renouvelables.

En ce qui concerne l'exercice des auxiliaires médicaux, plusieurs modifications du code de la santé publique vous sont proposées.

La première, objet de l'article 8 bis nouveau introduit par un amendement du Gouvernement accepté par le Sénat, concerne le changement du titre du diplôme de pédicure, qui deviendrait le diplôme de pédicure-podologue. Cette modification proposée par les organisations professionnelles a reçu l'accord du conseil supérieur des professions paramédicales.

Les dispositions des articles 9 et 11 du projet ont une portée identique. Il s'agit de lever, en faveur des réfugiés politiques et des apatrides titulaires de diplômes français d'Etat, l'exigence de la nationalité française pour l'exercice des professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue. En effet, il n'existe pas de disposition analogue aux dispositions de la loi de 1972, évoquée précédemment, qui permettrait d'autoriser ces personnes à exercer les professions de masseur-kinésithérapeute ou de pédicure-podologue.

En ce qui concerne les citoyens andorrans, il s'agit de réparer une incohérence de notre législation. Jusqu'à présent, en application de l'article L. 356-2', les citoyens andorrans sont habilités au même titre que les citoyens français à préparer les diplômes d'Etat de docteur en médecine, de docteur en chirurgie dentaire et de sage-femme, et à exercer ces trois professions. Par contre, les étudiants en médecine ne sont pas autorisés à assumer les remplacements de médecins dès lors qu'ils sont andorrans. Par ailleurs, l'exercice des professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure n'est pas ouvert aux Andorrans. L'article 11 du projet de loi mettra fin, si vous le voulez bien, à ces restrictions.

Je terminerai mon propos par les propositions contenues dans les articles 10 et 14 nouveau du projet adopté par le Sénat et tendant à résoudre le problème auquel vous avez été, mesdames, messieurs les députés, confrontés ces dernières semaines : il s'agit des conditions d'exercice de la profession d'infirmier à la suite de l'annulation par le Conseil d'Etat du décret du 12 mai 1981. Monsieur le rapporteur, je vous remercie d'avoir bien voulu évoquer ce problème, sur lequel j'ai déjà eu l'occasion de répondre à plusieurs reprises au cours des séances de questions au Gouvernement.

Pour permettre au pouvoir réglementaire de reprendre intégralement les dispositions de ce texte et prévenir toute tentative d'annulation, les dispositions de l'article 10 prévoient un décret en Conseil d'Etat pour chacune des professions d'auxiliaires médicaux, et en premier lieu pour celle d'infirmier, décret qui fixera les règles générales de compétence de ces professionnels.

En outre, l'article 10 est complété par les dispositions contenues dans l'article 14 nouveau concernant les activités des infirmiers en matière de contrôles biologiques de dépistage à lecture instantanée.

Ce type de dépistage risque d'être assimilé à une analyse de biologie médicale telle que définie par l'article L. 753 du code de la santé publique : « examen biologique qui concourt au diagnostic, au traitement ou à la prévention des maladies humaines ».

Or la loi réserve le monopole de ces examens aux laboratoires d'analyse de biologie médicale en prévoyant cependant certaines exceptions en faveur notamment des médecins et des pharmaciens d'officine. Pour écarter tout risque de contentieux, il paraît opportun d'étendre les exceptions prévues à

l'article L. 761-11 du code de la santé publique aux infirmières. La liste de ces contrôles biologiques sera fixée après avis de l'Académie nationale de médecine.

Tels sont les principaux objectifs de ce projet de loi.

La liberté d'établissement réalisée pour les médecins, les infirmiers et les chirurgiens-dentistes s'effectuera demain dans les mêmes conditions pour les sages-femmes.

En application du traité de Rome, l'Europe de la santé s'est construite et se construit dans de bonnes conditions, pour une meilleure qualité des soins dispensés dans tous les États membres.

Les dispositions d'ordre particulier qui vous sont proposées répondent parfaitement aux aspirations des professionnels de la santé.

En définitive, le projet de loi que j'ai l'honneur de vous soumettre se caractérise par sa technicité. Cette technicité se trouve insérée dans un objectif de politique de santé générale qui vise, dans l'espace européen comme dans l'espace national, à mieux définir le rôle des différents acteurs participant à une meilleure approche de la politique de la santé.

Mesdames, messieurs les députés, permettez-moi de vous remercier. Monsieur le rapporteur, permettez-moi de vous dire combien j'ai été heureux de constater à nouveau la convergence d'analyses et de vues qui nous réunit. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes.)*

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

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'Etat, mesdames, messieurs les députés, ce projet de loi, qui nous vient du Sénat, a des objectifs limités mais cependant importants, comme viennent de le rappeler M. le secrétaire d'Etat et M. le rapporteur. Il vise essentiellement à intégrer dans notre code de la santé publique deux directives communautaires relatives au libre établissement des sages-femmes dans les pays de la Communauté européenne. En outre, il donne au pouvoir réglementaire la possibilité de fixer les conditions de préparation et d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme.

Avant de faire quelques observations sur cet aspect du texte, je voudrais, monsieur le secrétaire d'Etat, vous faire part de notre satisfaction devant l'adoption unanime, par le Sénat, des deux amendements que le Gouvernement a déposés au cours du débat. Ceux-ci permettent de combler le vide juridique créé par l'annulation, par le Conseil d'Etat, le 14 mars dernier, du décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. Je ne m'attarderai pas sur ce point car vous avez donné toutes les garanties nécessaires, notamment lors de la séance de questions d'actualité du 25 avril dernier, en réponse à une question posée par mon ami Paul Mercieca ; vous venez à l'instant d'apporter de nouvelles précisions.

En ce qui concerne les directives communautaires, vous avez souligné dans votre intervention que les critères de formation des sages-femmes dans les différents États de la Communauté n'étaient pas encore uniformisés. En effet, la durée ainsi que le programme d'études diffèrent d'un pays à l'autre : ils sont les plus élevés chez nous : l'objectif de ces directives est d'ailleurs de les harmoniser. Vous avez souligné l'intérêt que vous portez à ce problème et vos efforts en ce sens.

Cette harmonisation se fera, semble-t-il, à un niveau de formation suffisamment élevé, puisque le Gouvernement français, vous l'avez rappelé, a obtenu toutes les garanties nécessaires quant à la valeur des diplômes des autres États membres. Cependant, en France, les intéressés ont exprimé certaines craintes quant à la possibilité de l'alignement de leur formation sur les critères minimaux imposés par les directives européennes. Leur préoccupation concernant le maintien de leur qualification nous paraît tout à fait légitime. Il faut en effet tendre à se rapprocher des critères maximaux de formation existants, et prendre en conséquence des dispositions pour que l'alignement se fasse au meilleur niveau, qu'il s'agisse des professions médicales ou paramédicales, car il y va de l'intérêt de la santé.

Dans ce cadre, nous apprécions positivement que l'une des directives prévoit un rapport au Conseil des communautés en 1986 pour examiner les propositions d'amendement tendant à élever les critères minimaux en fonction de l'évolution des techniques et de la recherche obstétrique ainsi que des besoins nouveaux des sages-femmes.

D'autre part, et dans la même optique, nous estimons nécessaire que les organisations professionnelles concernées participent à l'élaboration des dispositions réglementaires que ce texte prévoit. Cette participation serait d'ailleurs tout à fait conforme à l'esprit de concertation que le Gouvernement a affirmé.

Au bénéfice de ces brèves observations, le groupe communiste votera ce texte. *(Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)*

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

M. Guy Chanfrault. Ce projet introduit dans le droit national les dispositions d'une suite de directives édictées par les institutions européennes concernant le droit d'établissement et de prestation de services pour toutes les professions sanitaires.

D'une part, il complète et élargit les conditions d'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et d'infirmier ou infirmière, précisées par des textes antérieurs, en restaurant une véritable Europe médicale. D'autre part, il reconnaît des droits identiques aux sages-femmes, que ne concernaient pas les lois en vigueur en raison d'une trop grande disparité dans les formations dispensées en ce domaine dans les différents pays de la Communauté.

Ce texte vient compléter une loi de 1982 redéfinissant le champ de compétence de cette profession. Il prévoit la reconnaissance et l'agrément de la formation de sage-femme par voie réglementaire, ainsi que la participation des sages-femmes, en milieu hospitalier public, au département à l'activité duquel elles contribuent.

Cet ensemble de mesures est de nature à rassurer ces praticiennes et ces praticiens, en valorisant leurs compétences sans grand risque — l'expérience d'autres formations sanitaires le prouve — de subir une invasion massive de concurrents étrangers dans la profession.

Reste, monsieur le secrétaire d'Etat, s'agissant de la profession d'infirmier et d'infirmière, que la récente annulation d'un décret de mai 1981 a mis au jour le profond malaise qui habite ces travailleurs de la santé. Certes, par ce projet, le Gouvernement s'engage à préciser avec un prochain décret le champ de leurs compétences ! Certes, ce projet inscrit d'ores et déjà au nombre de ces compétences certains actes de recherche biologique instantanés.

Il n'en demeure pas moins que vous devrez vous attacher, lors des consultations pour avis auxquelles vous allez procéder dès aujourd'hui — comités compétents, académie de médecine et Conseil d'Etat — à ne négliger aucun des acquis professionnels de ces praticiens et de ces praticiennes. Je parle des gestes techniques dont la perfectibilité technologique va croissant, pratiqués couramment, en particulier dans les services hospitaliers.

Monsieur le secrétaire d'Etat, dans les services de réanimation, de soins intensifs ou d'urgence, chacun peut se rendre compte que la permanence des intervenants de ces praticiens ne permet pas toujours d'attendre l'avis du médecin. De telles interventions, souvent complexes, sont décisives en bien des cas, je puis en témoigner par expérience, pour la vie de malades ou de grands blessés.

Ces professionnels, appelés improprement « auxiliaires médicaux », sont en fait — pourquoi pas en droit ? — le « noyau actif » des structures hospitalières les plus sophistiquées.

Ajoutons à ce constat le fait incontesté que les infirmiers et infirmières libéraux, hors du cadre hospitalier, participent activement, autant que les professionnels attachés à des services privés, ou dépendant de centres communaux d'action sanitaire et sociale, au maintien à domicile de nombre de malades. Dans de tels cas, en matière d'alternative à l'hospitalisation, le fait précède le droit.

Ces professionnels sont au nombre de 280 000 en France : leur dévouement et leur goût du service confinent souvent à l'abnégation. Mais ils souhaitent voir revaloriser, outre leurs compétences, leur statut : il s'agit de leur formation, de leur rémunération, de la reconnaissance de leurs liens au sein de l'équipe soignante — des liens qui soient autres que de subordination — enfin, de la reconnaissance du droit, qu'ils pensent avoir acquis à plusieurs titres, de participer à la gestion de la santé, prévention ou soins.

Lors de journées d'action, ces exigences ont été exprimées par les professionnels en cause. A l'heure où, pour des motifs certes légitimes, mais non dénués de corporatisme, certains professionnels de la santé martèlent le pavé, il est utile, je pense, de rappeler ici les aspirations d'une profession qui a acquis à plus d'un titre le droit à la reconnaissance sociale. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)*

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

M. Claude-Gérard Marcus. Monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, le texte soumis ce matin à notre discussion vise essentiellement à harmoniser la législation française avec les directives européennes en matière de santé publique.

Je ne rappellerai pas les principales dispositions de ce texte visant, notamment, la profession de sage-femme dans la mesure où le rapport du professeur Lareng et l'exposé de M. le secrétaire d'Etat nous ont pleinement informés de leur contenu. Il s'agit principalement d'intégrer dans notre droit interne deux directives européennes relatives au libre établissement des sages-femmes.

En outre, le projet élargit l'accès aux professions paramédicales en l'ouvrant à certains ressortissants qui n'y avaient pas accès auparavant : ainsi les citoyens andorrans, à l'article 11, et les réfugiés ou apatrides, à l'article 9, se voient reconnaître les mêmes droits que les Français, ce qui nous paraît positif et sans effets négatifs pour les professionnels en exercice, car le nombre des personnes intéressées est extrêmement faible. Aucune atteinte ne sera portée aux professions en question.

Néanmoins, je tiens à souligner, en mon nom personnel et au nom du groupe du rassemblement pour la République, combien nous nous réjouissons de tels textes, concourant à l'élaboration et à la construction de « l'Europe des professions », nous soient présentés. Peu à peu, « l'Europe de la santé » se met en place, et c'est une bonne chose !

Le projet que vous nous soumettez, monsieur le secrétaire d'Etat, tend également à donner au pouvoir réglementaire l'habilitation législative d'ensemble afin de préciser, pour chacune des professions paramédicales réglementées, les modalités d'exercice de cette profession.

Nous gardons tous en mémoire, en effet, l'émotion provoquée par l'annulation du décret du 12 mai 1981 pris en application de la loi du 31 mai 1978 fixant la liste des actes relevant de la compétence des infirmiers. Il importait que nous combions au plus tôt le vide juridique résultant de cette annulation.

A cet égard, je ne peux qu'être satisfait de la volonté affichée par le Gouvernement, et réaffirmée ici-même, naguère, de tenir compte, à l'occasion de la préparation d'un nouveau décret, des légitimes revendications de cette profession d'infirmier.

Au demeurant, nous avons toujours souhaité, au sein du groupe du rassemblement pour la République, qu'il soit donné aux professions paramédicales des statuts correspondant à la réalité.

L'évolution récente et considérable de ces professions n'a pas facilité, force est de le reconnaître, la tâche du législateur. Le flou actuel demeure une source de conflits et entretient des tensions au sein des équipes de santé. Des exemples récents ont mis cette situation en lumière.

Je ne rappellerai pas les conflits de compétences entre les opticiens et les ophtalmologues. Je ne m'étendrai pas non plus sur le fait que le président de l'ordre des sages-femmes est un médecin. Il faut que la législation s'adapte aux réalités de ces professions.

Aussi, monsieur le secrétaire d'Etat, resterons-nous attentifs et vigilants face aux dispositions que le décret mettra en œuvre.

En conclusion, le groupe du rassemblement pour la République votera ce projet, mais sans reprendre cependant « l'hymne à la départementalisation hospitalière » entonné par le professeur Lareng à la fin de son rapport, car il ne nous paraît pas être en liaison directe avec le texte en discussion.

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

Mme Marie-France Lecuir. Naitre en Europe, naitre Européen, faire naitre en Européen, quel beau programme ce serait pour une liste de candidats aux élections européennes du 17 juin prochain !

Mais inutile d'attendre le mois à venir car, aujourd'hui, nous allons voter des mesures qui ouvrent la profession de sage-femme à l'Europe.

Nous allons mettre en application les principes du traité de Rome sur la libre circulation des biens et des personnes.

Nous allons compléter « l'Europe de la santé » en organisant la libre circulation des sages-femmes.

Médecins, dentistes et infirmières peuvent s'établir librement ou aller travailler comme salariés dans les différents pays d'Europe, depuis l'intégration de directives européennes en 1976 et 1980.

Depuis, on n'a pas constaté d'hémorragie des professionnels français vers nos partenaires européens.

On n'a pas non plus constaté, pour user d'un vocabulaire médical de circonstance, d'épidémie ou d'éruption de médecins étrangers : il y a eu seulement des échanges normaux entre les différents membres d'un corps sain.

Que les sages-femmes françaises ne s'inquiètent donc pas de cette ouverture : les conditions mises à l'exercice en France de la profession de sage-femme par des étrangères sont précises. Depuis 1976 et 1980, l'expérience de médecins, dentistes et infirmières montre qu'elles n'ont pas à craindre la concurrence.

En revanche, la possibilité qui leur est désormais offerte d'aller travailler à l'étranger peut les intéresser : elles y seront à la pointe du progrès et pourront y apporter leur expérience originale. Ce que nous décidons aujourd'hui peut être considéré comme un cadeau de choix fait à nos partenaires puisque nos sages-femmes, plus qualifiées que les leurs, ont aussi l'habitude d'exercer de plus grandes responsabilités que leurs collègues.

Européenne convaincue, je m'en réjouis, sans crainte cependant pour mon propre pays, car la reconnaissance du travail des sages-femmes et l'extension de leurs compétences en France même est bien engagée.

La loi de 1982, que j'avais eu l'honneur de présenter devant cette assemblée, avait légitimé la pratique courante en donnant aux sages-femmes la responsabilité de la surveillance des grossesses, de la préparation à l'accouchement, des soins postnatals et de la contraception.

Ce sont elles qui font naître la très grande majorité des enfants de ce pays et qui assument, de plus en plus, la prévention et la surveillance des grossesses à risques.

Si la sage-femme « libérale » a presque complètement disparu, en même temps que les accouchements à domicile. Les sages-femmes sortent de l'hôpital ou de la maternité et vont plus souvent à domicile, dans les consultations de protection maternelle et infantile et dans les centres sociaux.

Dans le département du Val-d'Oise il existait en 1980 sept sages-femmes départementales dépendant de la D. D. A. S. S. Elles effectuaient 700 visites à domicile. En 1982, à neuf elles ont fait 2 600 visites à domicile. En 1984, l'équipe de ces sages-femmes, qui s'est encore renforcée, accomplit un travail de prévention, de soins et d'éducation sanitaire tout à fait remarquable, en liaison aussi bien avec les services sociaux qu'avec les médecins.

Une possibilité nouvelle leur sera accordée par ce projet de loi : celle de prescrire des congés aux femmes enceintes si elles pensent que le repos est impératif pour la santé de ces femmes ou pour celle de leur enfant.

La compétence des sages-femmes françaises, qui nous est enviée, est acquise en trois années d'études seulement, ce qui suppose un effort très important. Ne pourrait-on autoriser les candidates et les candidats à cette profession à se former plus sereinement tout au long de quatre années d'études ?

C'est un souhait que je formule pour le moyen terme mais sur lequel la profession attend un début de réponse, monsieur le secrétaire d'Etat.

Compétences reconnues, responsabilités accrues, certes, mais rémunérations maintenues ! La question de la revalorisation des salaires des sages-femmes doit vous être posée.

Pouvez-vous, monsieur le secrétaire d'Etat, nous donner, sinon des assurances, que la conjoncture et la rigueur budgétaire ne permettent pas, mais, du moins, un calendrier de discussions et de négociations ouvrant des perspectives et permettant aux sages-femmes d'espérer que l'estime générale dont elles jouissent pourra se concrétiser financièrement ?

Confiance et compétence sont des mots facilement attribués aussi par l'opinion publique aux infirmiers et aux infirmières, autre catégorie d'auxiliaires médicaux dont le travail, la présence et l'efficacité ne sont pas à démontrer.

Ils exercent à l'hôpital, en clinique ou à domicile, en ville et à la campagne, dans des centres de soins ou selon le mode libéral. Peut-on imaginer que le champ de leur activité puisse être limité et leur présence rendue moins performante auprès de tant de malades souvent isolés ou immobilisés ?

Des pressions corporatistes et mesquines ont été malheureusement exercées en ce sens : des médecins biologistes ne voulaient pas partager, en effet, avec les infirmières le monopole des prélèvements et des tests simples ! Aujourd'hui, les articles 10 et 14 de ce projet ouvrent aux infirmières et aux infirmiers le champ normal de leur activité quotidienne que des raisons de forme ou de procédure avaient momentanément limité.

Là encore, justice est rendue à une profession particulièrement éprouvée. Aussi nous honorerons-nous de voter tout à l'heure des mesures de dignité et de solidarité. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. le président. La parole est à Mme Eliane Provost.

Mme Eliane Provost. Monsieur le secrétaire d'Etat, depuis 1982, nous avons voulu faire évoluer le cadre juridique de la profession de sage-femme en voulant asseoir leurs droits, reconnaître et consolider la valeur de leur qualification professionnelle.

Le texte que nous allons voter va permettre d'intégrer dans le code de la santé publique deux directives de la C. E. E. L'une, n° 80-155, garantit une formation équivalente dans tous les Etats membres. L'autre, n° 80-154, fixe les conditions de reconnaissance mutuelle des diplômes permettant aux sages-femmes d'exercer dans le pays de la C. E. E. de leur choix.

En outre, les possibilités d'exercice professionnel seront accrues du droit de prescrire désormais un arrêt de travail de quinze jours non renouvelable.

Si, sur le plan de la formation, de nombreux pays ont à nous rejoindre, c'est à la suite d'une directive de la C.E.E., il faut le reconnaître, que fut voté le texte du 19 mai 1982 qui ouvrait la profession aux hommes.

Réjoignons-nous que, dans ce domaine aussi, les relations inter-européennes se soient comportées comme un aiguillon du progrès ! Il s'agit bien, manifestement, d'études mixtes. Néanmoins, l'ouverture se traduit timidement et l'évolution me paraît difficilement prévisible.

A Caen, au mois de mai 1982, trois hommes sur plus de deux cents candidats se sont présentés aux concours. Un a été admis dans cette promotion, à côté de dix-huit femmes, dont une étrangère. Il a été rejoint, en deuxième année, par un étudiant en médecine. De même, un candidat a été admis en première année à la suite du concours de 1983.

D'un autre côté, la loi de 1982 modifiait l'article L. 374 du code de la santé publique en fixant le cadre de la pratique professionnelle : actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-natals en ce qui concerne la mère et l'enfant.

Une telle définition répondait, j'ai tenu à le souligner au cours du débat, à la nécessité d'affirmer le haut niveau de responsabilité des sages-femmes et leur rôle irremplaçable dans le cadre de la naissance normale, du dépistage du risque et de l'information des femmes : cela était devenu nécessaire en raison de l'évolution de l'obstétrique et de la diversité des lieux et des conditions d'exercice.

En corollaire, et j'avais tenu, monsieur le secrétaire d'Etat, à appeler votre attention sur ce point, il convenait de porter alors la réflexion sur les conditions de formation et le déroulement des carrières.

L'arrêté du 6 juillet 1983 a répondu en partie à la question : les résultats montraient que le niveau du concours et des études exigeait l'obtention préalable du baccalauréat. C'était ainsi assurer les exigences d'une base minimum commune, préalables à une formation de qualité équivalente pour tous les membres de la C.E.E.

En revanche, il reste toujours nécessaire et, je le crois, urgent, de tirer les conclusions de ce qu'est la pratique de ce métier en redéfinissant le contenu des études : je rappelle, outre l'ensemble des éléments techniques, l'importance des acquisitions concernant le rôle d'information et le rôle social — hygiène de vie, éducation sanitaire, contraception, connaissances nécessaires à l'intégration, à des équipes très diverses, protection maternelle et infantile, centres de planning ou médecine du travail.

Face à ces exigences les sages-femmes ne disposent que de 5 700 heures pendant la durée de leurs études. Aux yeux des professionnels, comme de votre ministère, ce n'est pas satisfaisant. Dans l'ensemble des professions de santé, la longueur des études a constamment progressé devant les impératifs d'actualisation des programmes. Mais la durée des études des sages-femmes n'a pas varié depuis vingt ans.

Les sages-femmes ont ainsi la sagesse de demander — et je m'associe à leur demande — la quatrième année d'études qui leur est indispensable.

Au risque, peut-être, de me répéter, j'ajouterai que l'acquisition et le maintien d'un tel niveau de formation exigent une formation permanente régulière, prise sur le temps de travail et complétée par des formations spécifiques adaptées aux secteurs d'intervention.

C'est le moment aussi de rappeler les nécessités de promotions en quantité suffisante, de salaires convenables et équivalents dans tous les types d'activité.

De même, monsieur le secrétaire d'Etat, quand disparaîtront de la nomenclature les discriminations qui prévoient des forfaits différents pour le médecin et pour la sage-femme ?

La sage-femme doit assurer, je le rappelle, la surveillance de la préparation à l'accouchement et de l'accouchement ainsi que la surveillance de la mère pendant dix jours et de l'enfant pendant vingt jours, pour une somme forfaitaire inférieure à celle que le médecin perçoit pour la seule délivrance !

Si ces questions restent encore en suspens, pour peu de temps, je l'espère, l'évolution de la législation concernant le contenu de l'exercice professionnel a été complétée par l'arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des prescriptions de médicaments et d'examen complémentaires nécessaires à la pratique de la profession de sage-femme.

Cette liste aura sans doute à évoluer au fil de la diversification des conditions d'exercice et des acquisitions techniques nouvelles concernant la grossesse physiologique.

Aujourd'hui, le texte que nous allons voter tient compte des conséquences du rôle social dévolu par la loi à la sage-femme, en lui permettant, dans le cadre de la surveillance de la grossesse, normale et de ses suites, de prescrire des arrêts de travail de 15 jours maximum non renouvelables. Cette possibilité est aussi un outil technique indispensable ; hors des limites que ce texte lui fixe, nous serions dans le domaine du pathologique, qui n'est pas celui de la sage-femme.

Cette prescription étant depuis longtemps déjà à la disposition des médecins, il serait indécemment d'invoquer, comme certains l'ont fait, un risque d'abus de la part des sages-femmes.

J'avais, en 1982, tenu à souligner que la compétence des sages-femmes entraînait une responsabilité, une indépendance toute particulière propre aux professions médicales.

Il est bien naturel que, en corollaire, l'article 4 de la loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier les fasse participer à l'activité du chef de leur département ; leur représentativité devra être en accord avec leur niveau de responsabilité.

Monsieur le secrétaire d'Etat, vous avez à juste titre reconnu leur compétence également dans ce domaine et leur responsabilité ; aussi vous font-elles confiance. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

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

M. Jean Laborde. Monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, le texte qui nous est soumis vise à résoudre plusieurs problèmes. Mon intervention se limitera à l'un d'eux, projeté récemment de façon inattendue au premier plan de l'actualité et que viennent d'ailleurs évoquer la plupart des collègues qui m'ont précédé. L'annulation par le Conseil d'Etat du décret du 12 mai 1981 a suscité chez les infirmières et les infirmiers une réaction qui a pu surprendre de la part d'une profession habituellement plus discrète. Il s'est agi, en fait, de l'expression d'un malaise depuis longtemps contenu, sans lequel cette annulation n'aurait probablement pas connu un tel accueil. Les intéressés ont perçu comme une brimade une décision dont le fondement juridique n'excusait pas, à leurs yeux, les conséquences aberrantes, et surtout ce contentieux a aggravé leurs inquiétudes.

Les infirmières et les infirmiers sont, en effet, inquiets, moins, peut-être, sur leur sort immédiat que sur l'avenir de leur profession. Il suffit de se reporter à quelques années en arrière pour voir combien celle-ci a été transformée par l'évolution des techniques et des méthodes de soins, combien elle a subi les effets de l'apparition d'autres professions de santé. Il y a peu de temps encore, les infirmières étaient pratiquement les seules auxiliaires des médecins et des chirurgiens. C'est à elles que l'on confiait les anesthésies en salle d'opération. Ce sont elles qui, au lit des malades, procédaient à des soins aujourd'hui effectués par les aides soignantes. Elles avaient un champ d'intervention sans limite que la création ou le développement d'autres disciplines ont peu à peu amputé et que les médecins eux-mêmes ont contribué à réduire : l'anesthésie, par exemple, est devenue une spécialité médicale. Tantôt, c'est un progrès technique, tantôt, une concurrence d'intérêts plus discutables qui ont peu à peu restreint la gamme des compétences d'une profession dont la polyvalence constitue à la fois un atout et un handicap.

La situation est, bien sûr, différente suivant le lieu d'exercice. En ville, ce sont des médecins à la clientèle insuffisante qui envahissent le terrain qui devrait être celui des infirmiers et des infirmières. Ce phénomène, au demeurant coûteux pour la sécurité sociale, est certes difficile à enrayer : qui peut le plus peut le moins. A l'hôpital, c'est l'évolution des méthodes d'exploration et celle des thérapeutiques qui déplace la ligne de partage entre ce que peuvent les uns et ce que doivent faire les autres.

Les infirmières et les infirmiers, qui ont aujourd'hui comme hier une haute conscience de leur métier et des responsabilités qu'il comporte, craignent parfois de devenir les parents pauvres de la grande famille des professions de santé. Ils souhaitent donc que soit bien définie leur identité, bien précisées leurs fonctions et leurs responsabilités, bien reconnu le rôle essentiel qu'ils jouent dans la protection de la santé de notre pays, bien reconnu aussi le caractère contraignant de leur travail, qui exige une disponibilité de tout instant et une mise à jour incessante des connaissances.

Leur formation doit être adaptée à la complexité croissante de leurs tâches. Les infirmières et les infirmiers veulent conserver la confiance que leur portent tous ceux qui ont, un jour ou l'autre, recours à leurs services. Ils tiennent à perpétuer l'image qu'ils ont su donner à leur profession et qui est devenue presque un symbole. Nous partageons ce souci dont je sais, monsieur le secrétaire d'Etat, qu'il est aussi le vôtre, et vous venez de

le rappeler. Le texte que nous allons voter nous permettra, j'en suis convaincu, de consolider la place qui revient aux infirmières et aux infirmiers au cœur de notre système de soins, libérés de leurs craintes, ils pourront alors envisager avec optimisme l'avenir de leur profession. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

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 Sénat, 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.

Articles 1^{er} à 8, 8 bis, 9 à 14.

M. le président. « Art. 1^{er}. — Les dispositions de la loi n° 263 du 17 mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, modifiée par la loi n° 191 du 24 avril 1944, sont abrogées.

« La formation des personnes qui se préparent à la profession de sage-femme est assurée dans des écoles agréées par l'Etat et ouvertes aux candidats des deux sexes. Les conditions d'organisation et d'agrément de ces écoles sont fixées par voie réglementaire. »

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 1^{er}.

(L'article 1^{er} est adopté.)

« Art. 2. — Le membre de phrase du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique qui commence par les mots : « Des personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme étranger » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Des personnes françaises ou étrangères, titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique reconnue équivalente par le ministre chargé des universités à celle d'un diplôme français permettant l'exercice de la profession et qui ont subi avec succès des épreuves définies par voie réglementaire. » — (Adopté.)

« Art. 3. — L'article L. 356-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 356-1. — Le médecin, le praticien de l'art dentaire ou la sage-femme ressortissant d'un des Etats membres de la Communauté économique européenne qui est établi et exerce légalement les activités de médecin, de praticien de l'art dentaire ou de sage-femme dans un Etat membre autre que la France peut exécuter en France des actes de sa profession sans remplir la condition posée au 3° de l'article L. 356. L'exécution de ces actes est toutefois subordonnée à une déclaration préalable dont les modalités sont fixées par un décret en Conseil d'Etat. Si l'urgence ne permet pas de faire cette déclaration préalablement à l'acte, elle doit être faite postérieurement dans un délai maximum de quinze jours.

« La déclaration est accompagnée d'une attestation de l'autorité compétente de l'Etat membre certifiant que l'intéressé possède les diplômes, certificats ou autres titres requis, et qu'il exerce légalement les activités de médecin, de praticien de l'art dentaire ou de sage-femme dans l'Etat membre où il est établi. Elle est également accompagnée d'une déclaration sur l'honneur attestant qu'aucune instance pouvant entraîner l'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de la médecine, de l'art dentaire ou de la profession de sage-femme dans l'Etat d'origine ou de provenance n'est en cours à son encontre.

« Le médecin, le praticien de l'art dentaire ou la sage-femme prestataire de service est tenu de respecter les règles professionnelles en vigueur dans l'Etat où il effectue sa prestation, et soumis à la juridiction disciplinaire compétente. » — (Adopté.)

« Art. 4. — Au 1° de l'article L. 356-2 du code de la santé publique, les mots : « avant le 20 décembre 1976 » sont remplacés par les mots : « sanctionnant une formation de médecin acquise dans l'un de ces Etats et commencée avant le 20 décembre 1976 ».

« Au 2° du même article, les mots : « avant le 28 janvier 1980 » sont remplacés par les mots : « sanctionnant une formation de praticien de l'art dentaire acquise dans l'un de ces Etats et commencée avant le 28 janvier 1980 ». — (Adopté.)

« Art. 5. — Le 3° de l'article L. 356-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Pour l'exercice de la profession de sage-femme :

« a) Soit le diplôme français d'Etat de sage-femme ;

« b) Soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de la Communauté économique européenne, un diplôme, certificat ou autre titre de sage-femme délivré par l'un de ces

Etats conformément aux obligations communautaires et figurant sur une liste établie par arrêté interministériel ; cet arrêté précise les diplômes, certificats et titres dont la validité est subordonnée à la production d'une attestation délivrée par l'un des Etats membres certifiant que le bénéficiaire, après avoir obtenu son diplôme, titre ou certificat, a exercé dans un établissement de soins agréé à cet effet, de façon satisfaisante, toutes les activités de sage-femme pendant une durée déterminée ;

« c) Soit un diplôme, certificat ou autre titre de sage-femme figurant sur la liste mentionnée ci-dessus et délivré avant le 23 janvier 1983 mais non accompagné de l'attestation exigée, à condition que l'un des Etats membres atteste que l'intéressé s'est consacré de façon effective et licite aux activités de sage-femme pendant au moins deux années au cours des cinq années précédant la délivrance de cette attestation ;

« d) Soit tout autre diplôme, certificat ou titre de sage-femme délivré par l'un des Etats membres au plus tard le 23 janvier 1986, sanctionnant une formation de sage-femme acquise dans l'un de ces Etats, à condition que l'un de ceux-ci atteste que l'intéressé s'est consacré de façon effective et licite aux activités de sage-femme pendant au moins trois années au cours des cinq années précédant la délivrance de cette attestation. » — (Adopté.)

« Art. 6. — Il est inséré dans le code de la santé publique un article L. 371-1, ainsi rédigé :

« Art. L. 371-1. — Toute personne exerçant la profession de sage-femme non titulaire du diplôme français d'Etat de sage-femme est tenue, dans les cas où elle fait état de son titre ou de sa qualité de sage-femme, de mentionner le lieu et l'établissement scolaire ou universitaire où elle a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la profession de sage-femme. » — (Adopté.)

« Art. 7. — Le deuxième alinéa de l'article L. 374 du code de la santé publique est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Tout médecin ou sage-femme mentionné à l'article L. 356-1 du présent code qui exécute les actes énumérés ci-dessus sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article. » — (Adopté.)

« Art. 8. — A l'article L. 474-1 du code de la santé publique, les mots : « avant le 29 juin 1979 » sont remplacés par les mots : « sanctionnant une formation d'infirmier responsable des soins généraux acquise dans l'un de ces Etats commencée avant le 29 juin 1979. » — (Adopté.)

« Art. 8 bis. — Au titre III et notamment aux articles L. 492, L. 493, L. 494, L. 496, L. 497, L. 499, L. 500, L. 501, L. 502 et L. 503 du code de la santé publique, le mot : « pédicure » est remplacé par les mots : « pédicure-podologue ». — (Adopté.)

« Art. 9. — L'article L. 504 du code de la santé publique reçoit la rédaction suivante :

« Art. L. 504. — Pour l'application des articles L. 487 et L. 492, les personnes ayant la qualité de réfugié ou d'apatride sont assimilées aux Français. » — (Adopté.)

« Art. 10. — Il est ajouté au titre VI du livre IV du code de la santé publique un article L. 510-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 510-10. — Des décrets en Conseil d'Etat précisent, en tant que de besoin, les modalités d'exercice des professions visées par les dispositions des titres II et suivants du présent livre. » — (Adopté.)

« Art. 11. — Il est ajouté au titre VI du livre IV du code de la santé publique un article L. 510-11 ainsi rédigé :

« Art. L. 510-11. — Pour l'application des dispositions du présent livre, les citoyens andorrans sont assimilés aux personnes de nationalité française. » — (Adopté.)

« Art. 12. — Au 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique, les mots : « citoyen andorran » sont supprimés. » — (Adopté.)

« Art. 13. — Le début du b) de l'article L. 283 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« b) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail... (Le reste sans changement.) » — (Adopté.)

« Art. 14. — Après le sixième alinéa de l'article L. 761-11 du code de la santé publique, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les infirmiers qui, à l'occasion de soins qu'ils accomplissent, effectuent les contrôles biologiques de dépistage à lecture instantanée dont la liste est fixée par décret en Conseil

d'Etat pris après avis de l'académie nationale de médecine. Ces contrôles biologiques ne donnent pas lieu, en vertu de la législation de sécurité sociale, à un remboursement distinct et ne peuvent faire l'objet d'un compte rendu écrit. — (Adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi.

(L'ensemble du projet de loi est adopté.)

— 2 —

VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

Discussion d'un projet de loi adopté par le Sénat.

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi, adopté par le Sénat, relatif à la vaccination antivariolique (n^{os} 2093, 2100).

La parole est à Mme Eliane Provost, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Mme Eliane Provost, rapporteur. Monsieur le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé, mes chers collègues, la variole a été, comme la peste, un des grands fléaux de l'humanité qui, de façon endémique, décimaient des populations entières. C'est pour la plus grande gloire de Jenner et de Pasteur — car nous leur devons cet héritage — que nous constatons aujourd'hui sa disparition à la surface du globe.

La protection systématique de la population a pu se faire par une vaccination d'un type particulier puisqu'elle consistait à inoculer volontairement le virus de la vaccine, maladie proche et plus bénigne, les mécanismes de défense ainsi acquis protégeant contre la variole.

En 1902, l'obligation en a été faite dans notre pays. L'article 6 de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, devenu l'article 5 du code de la santé publique, a, en effet, rendu obligatoire la vaccination au cours de la première année de la vie ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

L'application progressive de cette obligation légale a fait tomber la mortalité variolique annuelle à moins de 100 en 1907. Le chiffre en était tombé à dix-huit en 1910, puis à moins de dix par an à la veille de la Première Guerre mondiale. En 1919, une reprise de la variole a encore tué à Paris trente-quatre personnes.

Un certain relâchement dans la protection vaccinale explique les petits réveils épidémiques de Paris en 1926, 1942, 1947, 1948 et l'épidémie de Bretagne de 1955. Cette dernière, limitée à la région de Vannes, concerna soixante-quatorze cas et entraîna seize décès.

En 1967, l'Organisation mondiale de la santé mettait en place un programme d'éradication systématique, la variole sévissait alors dans quarante pays. Le résultat est aujourd'hui admirable : Les derniers cas dans le monde datent de 1977, en Somalie.

L'Organisation mondiale de la santé proclamait son éradication en 1980, et 158 des 160 Etats membres de l'O. M. S. ont supprimé aujourd'hui cette vaccination.

En France, le 2 juillet 1979, a été suspendue l'obligation de la primo-vaccination au cours des deux premières années de la vie, mais a été maintenue la revaccination ainsi que l'immunisation pour certaines catégories professionnelles, en particulier les professions de santé.

L'étape que nous franchissons aujourd'hui est celle de la disparition de la pratique de cette vaccination, acte de logique devant la disparition de la maladie, acte indispensable devant les conséquences dramatiques d'une vaccination qui a contraint l'ensemble des populations à accepter le hasard des complications sévères que sont des encéphalites, et qui ont parfois entraîné des morts.

Alors qu'au XVIII^e siècle une personne sur dix mourait de la variole, c'est la vaccination qui a arrêté cette hécatombe et a fait disparaître la maladie. Le prix qu'il a fallu accepter de payer a été de moins d'une dizaine de décès par million de vaccinations, et, entre 1948 et 1978, plus de cent cas de cette maladie atroce, qu'on appelle l'encéphalite vaccinale, ont été rapportés.

A côté des encéphalites, il faut également noter des cas de vaccine accidentelle localisée, complication fréquente, souvent méconnue, en général bénigne, et retrouvée dans environ soixante cas pour un million de vaccinations.

C'est bien pourquoi le premier et le plus beau succès qu'ait remporté la vaccination a, du fait de ses conséquences, suscité le plus de controverses et de détracteurs.

Mais, parce que nous sommes ici devant un fait biologique, il n'est pas de certitude absolue. C'est pourquoi le texte que nous allons voter est celui de la suspension de la vaccination. Nous nous devons d'apporter toutes les garanties pour être en mesure de faire face à une plus qu'improbable résurgence, quelle que soit notre certitude de la disparition totale de la maladie.

A cet effet, des mesures conservatoires ont été prises. L'O. M. S. a établi deux dépôts de stockage de vaccins : à Genève, cent millions de doses, à New-Delhi, dix millions de doses. Si l'O. M. S. a recommandé la destruction de tous les stocks de virus de la variole, il semble que ceux-ci soient conservés dans deux laboratoires spécialisés à Atlanta et à Moscou.

Enfin, il est proposé qu'au-delà des trois millions de doses, actuellement disponibles, la France continue de fabriquer annuellement, pendant cinq ans, cinq cent mille doses, ce qui portera notre capacité de réserve à cinq millions de doses, qui seront conservées et dont l'efficacité sera constamment surveillée.

Au centre national de transfusion sanguine, des doses d'immoglobulines sont également conservées. Ainsi l'avenir est-il parfaitement préservé et ce projet de loi a-t-il reçu l'accord du conseil supérieur d'hygiène publique de France le 21 octobre 1982.

L'Académie nationale de médecine a pris en 1983 une position réservée, analogue à celle qui avait été la sienne cinq ans plus tôt. Or les craintes manifestées à l'époque n'ont pas été confirmées par les faits.

Monsieur le secrétaire d'Etat, le risque vaccinal n'a plus de raison d'être couru. Les garanties existantes que l'on se propose de maintenir et que vous vous engagez à renforcer nous paraissent tout à fait adaptées. La commission a adopté ce texte à l'unanimité. Je vous demande, mes chers collègues, de le voter. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé.

M. Edmond Hervé, secrétaire d'Etat. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, le projet de loi qui vous est présenté a pour objet la suspension de l'obligation de la vaccination et de la revaccination antivariolique. Ce texte présenté en première lecture au Sénat a été adopté à l'unanimité.

Compte tenu de l'excellent rapport de Mme Provost et notamment de la grande précision de son rappel historique qui nous éclaire parfaitement, je me contenterai de confirmer les garanties d'avenir qu'elle a évoquées dans la dernière partie de son intervention. Deux laboratoires au monde conservent du virus variolique. Comme vous l'avez indiqué, madame le rapporteur, ces laboratoires ont été choisis par l'Organisation mondiale de la santé et sont constamment contrôlés par elle ; le stock de virus variolique détenu en France a été détruit en 1978.

Le risque de réapparition de variole pourrait donc venir :

Soit de cas de maladie provenant de zones encore infectées — hypothèse qui va à l'encontre de la proclamation officielle d'éradication de l'Organisation mondiale de la santé ;

Soit d'une origine accidentelle à partir d'un laboratoire détenteur de virus variolique, mais la France n'en possède pas ;

Soit, enfin, du risque de l'utilisation du virus variolique comme arme bactériologique. Si cette dernière hypothèse est envisageable, elle semble peu vraisemblable pour deux raisons : d'abord, la lenteur de l'incubation de la maladie permettant de prendre les mesures préventives qui s'imposent pour éviter une diffusion épidémique ; ensuite, en raison de l'existence même d'une arme préventive, le vaccin, qui peut prendre de vitesse l'infection.

Ces risques théoriques que je viens de citer nous incitent donc à avoir une attitude prudente et à proposer une suspension de l'obligation tout en maintenant en vigueur les dispositions législatives permettant de rendre à nouveau obligatoire la vaccination en cas de menace d'épidémie.

Le secrétariat d'Etat chargé de la santé dispose, en toute propriété — je rappelle les chiffres qui ont été cités —, de trois millions de doses de vaccin variolique lyophilisé — 2900 000 doses en ampoules de dix doses et 100 000 doses en ampoules de cinquante doses — d'une durée de conservation d'au moins dix ans, conformes aux normes de l'Organisation mondiale de la santé, et d'un litre de semence vaccinale pouvant permettre, le cas échéant, la reprise de fabrication d'un million de doses.

Par ailleurs, le centre national de transfusion sanguine a constitué à notre demande une provision de 1 500 doses d'immoglobulines antivaccine.

Enfin, les laboratoires producteurs possèdent des stocks de pulpes permettant de fabriquer, dans les conditions de qualité requises, au moins dix millions de doses de vaccin glycéro-frais.

Le secrétariat d'Etat chargé de la santé va prendre à sa charge la constitution d'un stock supplémentaire de deux millions de doses de vaccin lyophilisé réparti sur quatre années, de façon à conserver le potentiel de fabrication.

Les stocks existants seront implantés en plusieurs sites géographiques pour être disponibles rapidement dans les grands centres de rassemblement de la population en cas de nécessité, et surveillés par le laboratoire national de la santé publique.

Au plan mondial, 100 millions de doses sont détenues par une trentaine de pays, et l'O. M. S. conserve une réserve de 110 millions de doses, ainsi que des flacons de virus de vaccins utilisables comme lots de semence pour la production vaccinale.

Le projet de loi qui vous est soumis va dans le sens d'une adaptation de la politique préventive aux risques réels de l'affection que l'on cherche à prévenir, d'une part, et de l'arme préventive utilisée, d'autre part.

La vaccination antivariolique est très exemplaire de ce raisonnement de santé publique.

En effet, alors que, depuis près de sept ans, aucun cas de variole n'a été observé dans le monde malgré une surveillance statistique vigilante, et donc que le risque de contracter la variole est nul pour un citoyen français, le risque que la vaccination fait encourir à l'individu qui la reçoit est évalué à 1 pour 300 000 doses vaccinales et peut donner lieu à des complications très graves, quelquefois mortelles.

Ainsi, de 1948 à 1978, cent dix cas d'encéphalite grave dont vingt et un mortels ont été recensés — je rejoins les chiffres de Mme Provost — suite à la vaccination.

Comme vous le savez, dans les cas d'accidents consécutifs aux vaccinations obligatoires, la responsabilité de l'Etat est engagée et la réparation est donc prise en charge par l'Etat. Ce risque est plus faible après les revaccinations, et le secrétariat d'Etat chargé de la santé n'a pas été saisi d'accidents post-vaccinaux antivarioliques survenus depuis 1978.

L'examen attentif des avantages ou des bénéfices de la vaccination et de ses inconvénients fait apparaître sans ambiguïté qu'en 1984 les risques de la vaccination systématique et obligatoire contre la variole sont supérieurs au risque de contracter la maladie. La grande majorité des pays a fait ce constat et en a tiré les conclusions qui s'imposaient. Seuls deux pays au monde maintiennent une obligation de vacciner contre la variole : l'Albanie et la France.

Proposer de suspendre l'obligation vaccinale contre la variole, c'est faire preuve d'une conception dynamique de la politique préventive en général, vaccinale en particulier : c'est adapter les moyens mis en œuvre aux risques réellement encourus par la population : c'est témoigner de l'efficacité d'une stratégie vaccinale bien menée en suspendant l'effort de lutte lorsqu'il n'est plus nécessaire pour le réorienter vers des infections considérées à tort comme inévitables mais responsables de morts, de séquelles et de handicaps parfaitement évitables par la vaccination, infections telles que la rougeole ou la rubéole.

En effet, l'exemple de la vaccination antivariolique nous montre qu'une stratégie vaccinale large permet maintenant d'envisager l'éradication d'autres maladies virales à réservoir uniquement humain telles que la rougeole et la rubéole, vis-à-vis desquelles des stratégies d'éradication sont proches d'aboutir dans de nombreux pays.

Cette orientation se développe maintenant dans notre pays. L'adaptation régulière aux données issues de l'évaluation de la situation sanitaire est un garant de cette politique moderne.

Depuis 1979, l'assurance que le risque d'importation de la variole est nul devient indiscutable. La crédibilité de notre politique préventive, tant en France que vis-à-vis de l'Organisation mondiale de la santé, est en jeu dans cette décision. Néanmoins, afin de maintenir une vigilance et de témoigner d'une prudence encore probablement justifiée, il est proposé de suspendre l'obligation et non de la supprimer. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)*

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

M. Claude-Gérard Marcus. Monsieur le secrétaire d'Etat, mon propos pourrait presque se résumer à la formule : « Fermé pour cause de succès ! » *(Sourires.)* C'est en effet, pour l'humanité entière, une satisfaction sans précédent que de constater l'éradication d'une maladie aussi grave que la variole.

La France ne pouvait rester plus longtemps à la traîne en continuant à opérer une vaccination dont le résultat pratique était de causer des accidents vaccinatoires, aussi peu nombreux soient-ils, alors que le danger lui-même avait disparu.

Nous sommes satisfaits des précautions prises contre le risque d'une nouvelle poussée de cette infection. Les réserves prévues en vaccins, la possibilité de réactiver l'obligation nous donnent toutes garanties. Le groupe du rassemblement pour la République votera donc ce texte sans réserve.

M. le président. La parole est à M. Louis Lareng.

M. Louis Lareng. Il n'est pas possible, monsieur le secrétaire d'Etat, de douter de l'efficacité des moyens de prophylaxie tels que la vaccination, dans la diminution considérable du nombre de cas de certaines maladies infectieuses et même dans la disparition de certaines d'entre elles.

Le cas de la variole est particulièrement exemplaire. La mise en place en France et dans tous les pays du monde d'une vaccination obligatoire dès la première année de la vie, accompagnée, sous l'égide de l'organisation mondiale de la santé, du dépistage systématique des varioleux, a permis l'éradication de la maladie dans le monde. C'est la première fois qu'un tel fait a pu être constaté contre une maladie infectieuse transmissible et cela prouve le bien-fondé, dans des cas très précis, de l'obligation de certaines vaccinations.

Cette « contrainte à la liberté », l'obligation de se faire vacciner, peut être contestée. Je pense cependant qu'elle a permis de sauver un nombre considérable de vies.

L'application de cette méthodologie et sa réussite permettent ainsi aujourd'hui, parce que la variole a disparu, d'envisager la suppression législative de la vaccination ou de la revaccination contre la variole. Cette décision est d'ailleurs déjà appliquée dans de nombreux pays. J'approuve donc tout à fait, monsieur le secrétaire d'Etat, votre proposition.

Je me permets toutefois d'attirer votre attention sur la nécessité, dont vous êtes certainement persuadé, de conserver et de maintenir prête à l'emploi, par les instituts compétents, une réserve importante de vaccin antivariolique, utilisable immédiatement si on constatait la réapparition de la maladie. Dans une telle éventualité, avec la suppression de la vaccination obligatoire, de nombreux sujets, en particulier les jeunes, ne présenteraient aucune immunité et seraient les premiers atteints. L'on sait en effet, en matière de biologie, les possibilités considérables d'adaptation des micro-organismes pathogènes pour l'homme, et nous ne sommes pas à l'abri de surprises possibles.

Je voudrais par ailleurs profiter de l'occasion qui m'est donnée d'intervenir pour rappeler l'efficacité et l'inocuité quasi complète de certaines vaccinations obligatoires et pour regretter, dans les faits, la non-application systématique de la protection.

Je prendrai l'exemple de la prophylaxie du tétanos. La vaccination est absolument sans danger et on observe encore trop de cas de tétanos, dont les victimes doivent fréquemment être hospitalisées dans les centres de réanimation, en raison de la gravité de cette maladie, souvent mortelle. Il s'agit pourtant d'une vaccination obligatoire au cours de la première année de vie. On peut évoquer peut-être la pratique de certificats médicaux dits de complaisance, l'oubli des rappels nécessaires jusqu'à un âge avancé, et souligner le fait que cette vaccination est pratiquée obligatoirement pendant le service militaire, alors que les femmes échappent, à cet âge-là, à la prophylaxie, comme au service militaire d'ailleurs ! *(Sourires.)*

Il est bon aussi de rappeler que le défaut d'application généralisée de la vaccination antipoliomyélitique a permis une légère augmentation des cas de cette infection grave. Cela doit dédouaner cette vaccination des cas exceptionnels où elle a pu être agressive.

Dans le cadre de l'application de la prophylaxie antivaccinale, plutôt que d'avoir recouru à l'utilisation de sanctions comme c'est le cas à l'heure actuelle, il serait préférable de rechercher la persuasion de la population en soulignant la gravité des maladies pour lesquelles la vaccination est obligatoire et en expliquant l'inocuité de la méthode choisie, à l'aide de campagnes explicatives dans les médias.

L'amélioration de la politique de prévention passe aussi sans nul doute par la nécessité de sensibiliser les jeunes très tôt. Cela devrait être envisagé dès l'école, dans le cadre de l'apprentissage des règles d'hygiène et de prévention.

Lorsque la vaccination a accompli son rôle, il est normal, comme pour la variole, qu'elle soit alors suspendue. C'est le meilleur hommage que nous puissions rendre à l'efficacité de cette vaccination tout en en supprimant les risques. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)*

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

M. Marc Verdon. Je ne puis que m'associer, monsieur le secrétaire d'Etat, aux propos tenus par vous-même, par le rapporteur et par les autres intervenants sur la grande victoire que repré-

sente l'éradication de la variole de par le monde. Je m'y associe avec d'autant plus d'enthousiasme que cette éradication est le résultat, pour une fois, des efforts conjugués de la plupart des Etats réunis au sein de l'O.M.S.

En outre, il est vrai que la lutte contre cette maladie entraînerait une obligation coûteuse et la mise en œuvre d'énergies qui pourront maintenant être employées utilement à la lutte contre d'autres fléaux. Il est vrai aussi que cette vaccination n'était pas sans danger.

Paradoxalement, je me félicite qu'il ne s'agisse que d'une suspension de la vaccination. Peut-on jamais dire qu'une maladie soit définitivement éliminée? Peut-on surtout le dire lorsqu'il s'agit d'un fléau qui pourrait aussi être, un jour, utilisé volontairement par des hommes contre d'autres hommes, dans le cadre d'une action de guerre biologique?

Nous sommes toujours attentifs à l'holocauste nucléaire alors que nous avons fait de la guerre biologique un sujet de roman de science-fiction. C'est pourtant un risque réel.

Vous avez insisté, monsieur le secrétaire d'Etat, sur les précautions prises. Vous nous avez dit aussi que la lenteur d'incubation de la variole faisait qu'il y avait peu de chances, si je puis employer ce terme, qu'un jour quelque folie la fasse utiliser comme moyen de guerre biologique. Cependant, hormis cette lenteur d'incubation, la variole répond à presque tous les critères par lesquels l'Américain Rosebury a défini les maladies pouvant être utilisées comme armes biologiques. Pendant cette lente phase incubatoire, elle est justement difficile à identifier, surtout dans des pays où elle a disparu depuis longtemps. A ses débuts, elle risque d'être considérée comme une simple affection grippale ne nécessitant même pas les soins du médecin.

Par conséquent, bien que vous nous ayez donné l'assurance que les stocks de vaccin seraient conservés et même accrus dans un proche avenir, le risque demeure. D'autant que certains Etats n'ont pas signé et ne sont pas prêts à signer la convention interdisant le recours à l'arme biologique, à laquelle la France s'apprête à adhérer. Dans ces conditions, les moyens que nous conservons pour faire face à une épidémie que je qualifierai d'accidentelle suffiraient-ils à prévenir la propagation d'une épidémie déclenchée par des commandos bien répartis sur notre territoire, résolus et entraînés à cette fin? Avons-nous prévu les réseaux d'alerte nécessaires et la mobilisation rapide de nos moyens de lutte, qui implique certainement le maintien de l'organisation chargée jusqu'à présent de la vaccination systématique? Car cette rapidité de réaction est la condition d'une protection efficace. Les pouvoirs publics, les médecins et les auxiliaires médicaux doivent pouvoir, en tout temps, reprendre la vaccination.

A ce prix, nous pourrions pleinement jouir du grand soulagement que nous apporte l'éradication de ce terrible fléau, sans craindre que la malveillance criminelle, à l'abri de laquelle on n'est jamais vraiment, puisse nous ménager de sinistres réveils. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

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

M. Jean Laborde. Le texte que vous nous proposez, monsieur le secrétaire d'Etat, ne prête pas en lui-même à discussion. Il serait absurde et moralement inadmissible de maintenir l'obligation d'une vaccination que nous savons dangereuse, quand il est démontré que le risque dont elle est destinée à nous protéger n'existe plus. Depuis des années, la prévention contre la variole faisait en effet, dans notre pays du moins, plus de dégâts que la maladie elle-même puisque celle-ci avait disparu. Tant que l'éradication n'était pas acquise, on pouvait estimer justifiée cette protection contre un mal qu'aucun traitement ne pouvait combattre et que le développement des communications aurait pu insidieusement ramener de quelque lointain foyer.

Au demeurant, les auteurs du projet ont eu la sagesse de ménager l'avenir en prévoyant les moyens de faire face à un retour de la maladie, si improbable soit-il. Souhaitons que le matériel conservé ne reste jamais qu'une collection de musée!

Il convient de noter le caractère historique de la décision que nous allons prendre. Elle consacre l'issue victorieuse de la longue lutte menée contre un fléau qui a fait tant de ravages tout au long des siècles. Elle témoigne de l'efficacité d'une découverte géniale qui survivra par le nom qu'elle laisse à un procédé de prévention dont il n'est pas besoin de rappeler les succès dans la protection contre de nombreuses maladies infectieuses.

Je ne voudrais pas traiter des avantages et des inconvénients des vaccinations; ce n'en est pas le lieu et nous ne sommes pas à l'Académie de médecine. Mais si nous n'avons pas compétence pour apprécier des méthodes thérapeutiques, nous devons par-

fois nous préoccuper de leur mise en œuvre. C'est ainsi que, dans un souci de prévention collective, des dispositions législatives ou réglementaires ont imposé un certain nombre de vaccinations. Si la vaccination antivariolique ne figure plus sur la liste de ces dernières, il en est d'autres dont le caractère obligatoire mérite d'être discuté. C'est sur ce point, monsieur le secrétaire d'Etat, que je veux appeler votre attention.

Le caractère obligatoire d'une vaccination est justifié quand celle-ci est le seul moyen de protéger une population d'une affection qui ne cède à aucune thérapeutique. Il l'est moins quand il s'agit de la prévention d'une maladie qui a pratiquement disparu ou qui est sensible à d'autres traitements. Si la vaccination antitétanique reste irremplaçable, il est moins évident qu'il faille en maintenir obligatoires certaines autres, la vaccination antidiphthérique notamment.

En effet, l'obligation par elle-même suscite souvent des réticences et génère de trop nombreuses contre-indications abusives. Quelques observations plus ou moins correctement interprétées sont le point de départ d'une attitude d'opposition systématique, et l'on voit se propager des théories qui peuvent avoir quelque attrait d'un point de vue philosophique mais qui sont dénuées de toute valeur scientifique. Ainsi ne tirons-nous peut-être pas tout le profit que nous devrions attendre d'une précieuse technique de prévention. C'est peut-être la crainte injustifiée d'une vaccination, assurant pourtant sans aucun risque une parfaite protection, qui est à l'origine de décès par tétanos que nous ne devrions plus avoir à déplorer, comme vient de le rappeler M. Lareng.

Une bonne information et une bonne éducation ne seraient-elles pas, dans certains cas, plus efficaces qu'une contrainte? C'est un sujet que je souhaitais, monsieur le secrétaire d'Etat, soumettre à votre réflexion. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. le président. Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale?

La discussion générale est close.

La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. Edmond Hervé, secrétaire d'Etat. Je tiens à indiquer brièvement à M. Verdon, qui a manifesté quelques inquiétudes à ce sujet, que toutes les précautions possibles sont effectivement prises. L'interrogation qu'il a formulée à propos de la variole peut être posée tant pour de très nombreuses autres maladies que pour divers produits qui peuvent très bien être utilisés comme des armes chimiques aux effets extrêmement durs. Ainsi je me suis toujours interrogé — je sors un peu du sujet — sur les conséquences de la folie qui pourrait conduire certains à mettre de l'arsenic dans les canalisations d'eau de nos grandes villes, qui ne sont pas surveillées.

Les précautions sont de plusieurs ordres.

Il y a d'abord ce stock national et international de vaccins dont j'ai rappelé l'existence.

Ensuite, il est extrêmement important que nous puissions maintenir et développer notre effort en matière de surveillance et de dépistage. Nous nous y employons à travers nos différents observatoires et grâce à l'épidémiologie. Il y a donc ainsi présence, contrôle et surveillance.

Enfin, il faut intervenir au niveau de la mise en œuvre. Il importe que les différentes personnes et services qui sont susceptibles d'intervenir soient recensés dans des plans très précis que vous connaissez bien, monsieur Verdon, et que vous aurez vraisemblablement l'occasion d'évoquer prochainement.

Je souhaitais vous rassurer et vous redire, mais vous le savez déjà, que l'organisation de la santé peut aussi participer à la défense civile.

M. le président. Aucune motion de renvoi en commission n'étant présentée, le passage à la discussion de l'article unique du projet de loi, dans le texte du Sénat, 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.

Article unique.

M. le président. « Article unique. — Les dispositions de l'article premier de la loi n° 79-520 du 2 juillet 1979 relative à la vaccination antivariolique sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. 1^{er}. — Les obligations de vaccination antivariolique et de renouvellement de cette vaccination, instituées par le premier alinéa de l'article L. 5 et par l'article L. 10 du code de la santé publique, sont suspendues. »

Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix l'article unique du projet de loi.

(L'article unique du projet de loi est adopté.)

— 3 —

ESSENCES VEGETALES

Discussion des conclusions d'un rapport.

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion des conclusions du rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sur les propositions de loi de M. Jacques Barrot et de M. Théo Vial-Massat et plusieurs de ses collègues, tendant à compléter l'article L. 512 du code de la santé publique pour réserver aux pharmaciens la délivrance au public de certaines essences végétales (n^{os} 2045, 422, 1191).

La parole est à Mme Fraysse-Cazalis, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, rapporteur. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'Etat chargé de la santé, mes chers collègues, ce texte tend à préciser la législation concernant les conditions de délivrance de certaines essences végétales.

En effet, pour plusieurs raisons, parmi lesquelles la publicité excessive tient une large part, la consommation directe de diverses essences végétales par un public non ou mal informé, s'est considérablement accrue ces dernières années. Ce phénomène a mis en lumière un certain nombre d'accidents surtout neurologiques, liés à l'utilisation incontrôlée de ces produits.

Il s'agit donc de modifier cette situation afin d'assurer une meilleure protection de la population.

Ces essences sont utilisées à des fins « thérapeutiques » et absorbées par voie orale ou percutanée. Elles sont également, et je dirai surtout, utilisées en cosmétologie et parfumerie mais leur usage dans ce domaine ne soulève pas de difficultés réelles à ce jour.

Les recherches menées depuis plusieurs années à partir des informations recueillies dans les centres anti-poisons ont permis de préciser les types d'accidents et d'identifier les essences responsables.

Il a ainsi été possible de montrer la neurotoxicité des essences de sauge, d'hysope, de thuya, de romarin, d'eucalyptus, d'armoise et de thym qui peuvent être à l'origine d'accidents neurologiques relativement graves, notamment de convulsions et de paralysies.

Devant ces faits, l'accord s'est rapidement réalisé sur la nécessité de modifier la réglementation actuelle. Il était cependant plus compliqué de trouver le dispositif concret permettant de protéger la population, sans pour autant interdire la diffusion de ces essences végétales.

Plusieurs voies ont donc été explorées dans la recherche d'une meilleure protection de la santé et d'abord le classement des essences végétales incriminées parmi les substances vénéneuses et notamment leur inscription au tableau C. Mais, outre le fait que cette procédure était lourde par rapport à l'objectif visé, elle entraînait une gêne considérable pour les activités économiques qui font usage de ces essences. Elle a donc été abandonnée.

De même, le recours à la loi de 1978 modifiée par le texte de 1983, qui constitue un progrès dans la protection des consommateurs, n'a pas pu être retenu dans la mesure où ces essences sont le plus souvent utilisées par le consommateur à des fins thérapeutiques, donc proches des médicaments.

Enfin, l'extension à ces huiles essentielles du champ d'application des textes concernant les essences pouvant servir à la fabrication des boissons alcooliques n'a pas davantage pu être retenue dans la mesure où, dans une proportion importante, ces essences ne servent pas à la fabrication de telles boissons.

Telles sont donc les trois voies qui ont été étudiées et finalement abandonnées pour retenir celle que propose ce texte, à savoir l'exclusivité conférée aux pharmaciens de la délivrance au public de ces essences végétales.

Ainsi l'article unique de cette proposition de loi envisage de compléter l'article L. 512 du code de la santé en y ajoutant l'alinéa suivant : « 5° La vente au détail et toute délivrance au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret, ainsi que de leurs dilutions et préparations ne constituant ni des produits cosmétiques ou d'hygiène corporelle, ni des produits à usage ménager, ni des denrées ou boissons alimentaires ».

Cette mesure adaptée au risque réel et qui tient compte des législations spécifiques, permettra d'une part de limiter le nombre de points de vente et donc la diffusion de ces produits; d'autre part de la réserver aux pharmaciens dont la formation scientifique doit leur permettre de conseiller le consommateur et de le mettre en garde contre les risques d'accidents.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a adopté ce texte en repoussant un amendement tendant à fixer la liste de ces produits par décret en Conseil d'Etat. La commission a en effet estimé qu'une telle procédure, plus lourde, n'apportait aucune garantie supplémentaire et risquait, au contraire, de ralentir les modifications de cette liste, éventuellement rendues nécessaires par l'évolution rapide des connaissances.

A l'occasion du débat en commission, plusieurs députés ont souligné, à juste titre, me semble-t-il, les dangers de certaines publicités excessives et mal contrôlées, ainsi que la nécessité de supprimer la tolérance actuelle pour faire appliquer correctement la législation concernant les essences pouvant servir à la fabrication de boissons alcooliques et notamment l'hysope, qui est l'essence la plus souvent en cause lors des accidents.

Enfin le souhait a été émis qu'une large information du public concernant ces essences végétales soit entreprise, afin de lui assurer une meilleure protection.

Telles sont, mesdames et messieurs, monsieur le secrétaire d'Etat, les quelques remarques et observations que je souhaitais faire en tant que rapporteur au nom de la commission. (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé.

M. Edmond Hervé, secrétaire d'Etat. Mesdames, messieurs, l'excellent rapport de Mme Fraysse-Cazalis et les précisions qu'elle vient d'apporter suffisent à éclairer la portée de la proposition de loi.

Toutefois, je me permettrai de rappeler brièvement le bien-fondé et l'opportunité d'une modification législative qui tend à faire rentrer la délivrance au public, à titre gratuit ou onéreux, d'une liste limitative d'essences végétales dans le domaine du monopole pharmaceutique.

La médication à base de plantes a fait une entrée remarquée depuis une dizaine d'années sur le marché de la santé. L'engouement du public pour les médecines naturelles s'est développé, en réaction contre la nature chimique du médicament. De nombreux points de vente ont bénéficié d'une publicité largement diffusée vantant les vertus bienfaitrices des plantes, si bien qu'une nouvelle médecine parallèle s'est développée, véritable phénomène de société : l'aromathérapie, que le professeur Jacques Danguonnet a bien voulu définir comme étant le traitement par essences volatiles.

Cette mode, outre les empiètements sur le domaine du médicament par le fait d'indications thérapeutiques accompagnant la vente de certaines plantes chez des « naturopathes », n'aurait pas inquiété le Gouvernement si elle n'avait entraîné un certain nombre d'accidents chez quelques adeptes de ces médecines douces. Ces accidents sont d'autant plus sévères que les indications thérapeutiques anodines accompagnant la vente d'essences de plantes masquent leur toxicité aiguë.

En effet, la plante apparaît aussi sur le marché sous la forme d'essences végétales ou d'huiles essentielles; la différence reste simplement de terminologie, essences ou huiles essentielles servant à désigner les mêmes produits. Présentées à l'état pur ou sous forme de préparations complexes, concentrées ou diluées, les essences végétales contiennent certains principes actifs dont les effets neurotoxiques peuvent être graves pour le consommateur. Des accidents ont été signalés en 1983 par le centre anti-poisons de Marseille, mettant en évidence des intoxications par application cutanée et par inhalation de fumigations.

Un rapport documenté, présenté à la commission technique de pharmacovigilance le 23 novembre 1979 par le docteur Jouglaud, directeur du centre anti-poisons de Marseille, a mis en lumière huit cas particulièrement graves dus à l'ingestion d'essence à thuyone. Les accidents ont entraîné, pour les cas les plus graves, des comas convulsivants qui résultaient de la consommation de neuf essences végétales, dont le principe actif est le thuyone. Le rapport signalait l'absinthe, la petite absinthe, le thuya, la tanaïs, la sauge, le cèdre, l'armoise, l'hysope et le cyprès.

Ces travaux ont été poursuivis en 1981 et 1982 dans le cadre d'un contrat de recherche consenti par le ministère de la santé; les résultats ont prouvé, outre la neurotoxicité des essences, l'existence d'un effet cumulatif qui pose la question du risque accru, lors de l'utilisation à faibles doses sur de longues périodes. Par ailleurs, une importante bibliographie et une thèse soutenue à la faculté de Maracille font état de constatations tout à fait analogues. Les travaux expérimentaux effectués depuis 1979 sur la souris ont prouvé la toxicité aiguë et subaiguë des essences végétales qui ont des effets paralysants et convulsivants sur l'animal.

La proposition de loi visant à modifier l'article L. 512 offre toutes les garanties nécessaires. La délivrance au public dans le cadre de l'officine de pharmacie s'accompagnera, de la part du pharmacien, de conseils de prudence et de recommandations qui ne sont pas toujours le propre des « naturopathes ».

Par ailleurs, même si les différentes solutions envisagées ont toutes une assise législative — je pense à l'article L. 626 pour les arrêtés d'inscriptions, à la loi du 21 juillet 1963 pour un arrêté de suspension ou de retrait du marché —, il a paru préférable d'inscrire dans la loi elle-même, article L. 512, une disposition qui restreint, tout de même, la liberté du commerce et de l'industrie malgré les dérogations prévues pour les produits cosmétiques, ménagers, les denrées et boissons alimentaires. En effet, des renseignements reçus, il ressort que ces essences sont largement utilisées par les industries élaborant des boissons, des liqueurs, des confiseries et des essences aromatiques alimentaires, comme Mme le rapporteur a bien voulu le rappeler.

Le pouvoir réglementaire, par voie de décret simple, élaborera une liste positive d'essences qui pourra être complétée et tenue à jour si d'autres essences, outre les neuf énumérées, présentaient des risques pour le consommateur.

En conséquence, le Gouvernement demande à l'Assemblée d'adopter cette proposition de loi. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

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

M. Antoine Gissingier. La proposition de loi en discussion mérite le soutien du groupe du rassemblement pour la République.

Aujourd'hui, les produits à base d'essences naturelles reprennent leur place, car l'homme revient un peu à la nature. Ainsi, comme vous venez de l'indiquer, monsieur le secrétaire d'Etat, s'est instaurée une sorte de médecine parallèle qui est source de dangers. Ceux-ci sont d'autant plus grands que si, dans le temps, nos aïeux connaissaient l'utilisation des plantes, tel n'est plus le cas, hélas ! aujourd'hui.

C'est pourquoi les propositions de loi tendent à réglementer la vente des essences pour garantir la sécurité des consommateurs. Je crois que nous sommes tous d'accord pour que le droit de délivrer ces produits soit réservé aux pharmaciens.

Il demeure cependant un problème que Mme le rapporteur vient de signaler. Il tient au fait que la liste des essences concernée ne sera établie, selon ce qui nous est proposé, que par un simple décret. J'avais proposé à la commission, en accord avec mon collègue Henri Bayard, qu'il faille un décret en Conseil d'Etat. Mme le rapporteur a certes rappelé les raisons pour lesquelles la commission n'a pas retenu l'amendement déposé en ce sens. Elle a en effet estimé que la procédure proposée était trop lourde et que le processus prévu par le texte était mieux adapté aux besoins. Nous considérons cependant que le Conseil d'Etat est composé de personnes très compétentes ; c'est d'ailleurs bien pourquoi on fait appel à lui dans bien des domaines.

Sans mettre en cause le texte proposé, monsieur le secrétaire d'Etat, je voudrais savoir si vous estimez que le recours à un décret en Conseil d'Etat alourdirait la procédure. Un simple décret donnerait-il toutes garanties que la liste sera bien telle que nous la souhaitons ?

M. le président. La parole est à M. Louis Lareng.

M. Louis Lareng. Je m'associe, bien entendu, aux propos respectifs de Mme le rapporteur, Mme Fraysse-Cazalis, et de M. le secrétaire d'Etat.

J'essaierai de montrer, mais plus modestement que ne le ferait mon collègue et ami le professeur Danguoueau, les trois points essentiels qui poussent à l'adoption de cette proposition de loi.

Premièrement, les huiles essentielles définissent les essences végétales. Or ces huiles essentielles sont de composition très complexe ; celle-ci est cependant mieux connue depuis que l'on recourt à la chromatographie. Il faut donc que la législation évolue en fonction des connaissances scientifiques. Les progrès réalisés ont ainsi permis de déceler des produits dangereux dans plusieurs plantes. On a, par exemple, trouvé du thuyon dans la composition de l'absinthe et de la sauge.

Deuxièmement, des pharmaciens se sont spécialisés dans la vente de ces huiles essentielles et ont fait de la phytothérapie. Etant ainsi très près, médicalement, de leurs patients, ils ont pu relever des phénomènes d'intolérance secondaires à l'utilisation de ces huiles et, assez souvent, des accidents d'ordre cutané, voire viscéral, hépatique et respiratoire consécutifs au recours à certains produits. Leur prévention en est difficile.

C'est une raison supplémentaire pour que la distribution des huiles essentielles soit mieux maîtrisée dans le cadre des prescriptions des médecins qui sont appliquées par les pharmaciens. Le problème n'est évidemment pas lié à la dose. Par ailleurs, la mauvaise surveillance des familles peut entraîner des complications, dues notamment à des manipulations incontrôlées par des enfants.

Troisièmement, l'aromathérapie est certes une thérapeutique réputée efficace et inoffensive. Par exemple, l'utilisation antiseptique de l'eucalyptus sur les voies respiratoires a certes fait le tour du monde sans danger. Mais, du fait de l'évolution de la science, on fait preuve de plus d'intrépidité dans les applications. C'est ainsi que dans cette aromathérapie on s'attaque avec beaucoup de précision à des germes définis. On pratique des antibiogrammes, comme avec les antibiotiques. Or le produit utilisé pour l'antibiogramme peut ne pas être identique à celui qu'on emploie ensuite dans la thérapeutique. En effet, les composants des huiles essentielles se détériorent avec le temps, se résinifient, s'oxydent. Le stockage porte également atteinte au maintien des constantes pharmacodynamiques du produit et à sa fraîcheur. Il est évident que, dans ce cas particulier, les pharmaciens sont les mieux armés pour garantir l'efficacité de ces produits qui deviennent, en tout point, superposables aux autres médicaments. Or tous les médicaments, selon le vieil adage médical, ne peuvent être efficaces que s'ils sont, en principe, dangereux : tout est une question de dose et d'application.

Ces trois raisons me paraissent suffisantes pour que l'on décide, sans hésitation, de confier la gestion de ces huiles essentielles à des professionnels de la santé. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. le président. Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale ?...

La discussion générale est close.

Aucune motion de renvoi en commission n'étant présentée, le passage à la discussion de l'article unique de la proposition de loi dans le texte de la commission est de droit.

Proposition de loi tendant à compléter l'article L. 512 du code de la santé publique pour réserver aux pharmaciens la délivrance de certaines essences végétales.

Article unique.

M. le président. « Article unique. — Après le cinquième (4^e) alinéa de l'article L. 512 du code de la santé publique est inséré l'alinéa suivant :

« 5° La vente au détail et toute délivrance au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret, ainsi que de leurs dilutions et préparations ne constituant ni des produits cosmétiques ou d'hygiène corporelle, ni des produits à usage ménager, ni des denrées ou boissons alimentaires. »

MM. Gissingier, Marcus, Pinte et les membres du groupe du rassemblement pour la République et apparentés ont présenté un amendement, n° 1, ainsi rédigé :

« Dans le deuxième alinéa de l'article unique, après les mots : « fixée par décret », insérer les mots : « en Conseil d'Etat. »

Monsieur Gissingier, vous avez déjà défendu cet amendement tout à l'heure ?

M. Antoine Gissingier. Oui, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, rapporteur. Comme je l'ai indiqué dans mon rapport, la commission n'a pas accepté cet amendement. Elle a considéré que la procédure proposée était plus lourde, n'apportait pas de garantie supplémentaire et qu'en outre elle risquait de ralentir la procédure de modification du décret dont il est question.

Je précise à l'intention de M. Gissingier que nous n'entendons nullement mettre en cause la compétence des conseillers d'Etat mais dans un domaine aussi particulier où les médecins eux-mêmes sont souvent interrogés, je pense que le Conseil d'Etat ne pourrait que se rallier à l'avis du conseil supérieur d'hygiène publique.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Edmond Hervé, secrétaire d'Etat. Je partage totalement la position de Mme le rapporteur.

Très concrètement, comment les choses se passent ? Il faut se rappeler que le Conseil d'Etat est, à titre principal, composé de personnes ayant une formation juridique. Il devra consulter des experts. Qui sont ces experts ? Tout d'abord, les membres de notre propre administration et tout spécialement

ceux qui appartiennent à la direction de la pharmacie et du médicament. Ensuite, des membres des différentes commissions qui travaillent en relation très étroite avec la direction de la pharmacie et du médicament. Je constate que, si l'on vous avait, monsieur Gissinger, les mêmes experts seraient, deux fois de suite, consultés : par notre propre administration, puis par le Conseil d'Etat.

Aussi, je pense que le diagnostic d'alourdissement de la procédure porté par Mme Fraysse-Cazalis au sujet de l'amendement est fondé. Soyez assuré, monsieur Gissinger, que cette proposition de loi, telle qu'elle est rédigée, répond aux exigences de garantie qui vous sont chères et que je partage.

M. le président. Monsieur Gissinger, maintenez-vous votre amendement ?

M. Antoine Gissinger. Je m'incline devant les arguments qui viennent d'être exposés. Mon intention n'était pas d'alourdir la procédure, puisqu'il s'agit d'aller vite en la matière. Je retire donc mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 1 est retiré.

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'article unique de la proposition de loi.

(L'article unique de la proposition de loi est adopté.)

— 4 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Cet après-midi, à seize heures, deuxième séance publique :

Discussion du projet de loi n° 2070 tendant à renforcer les droits des personnes en matière de placement en détention provisoire et d'exécution d'un mandat de justice (rapport n° 2105 de M. Jean-Pierre Michel, au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République).

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Fixation de l'ordre du jour ;

Suite de l'ordre du jour de la deuxième séance.

La séance est levée.

(La séance est levée à onze heures trente-cinq.)

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

LOUIS JEAN.