



HAL
open science

Le Parlement et la loi du 4 mars 2002

Claude Evin

► **To cite this version:**

Claude Evin. Le Parlement et la loi du 4 mars 2002. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2022, 34. hal-04001730

HAL Id: hal-04001730

<https://hal.science/hal-04001730>

Submitted on 23 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades 20 ans après

Claude Evin

Ancien ministre, rapporteur du projet de loi à l'Assemblée nationale

Le Parlement et la loi du 4 mars 2002

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 septembre 2001, le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé a été examiné par la commission des affaires culturelles familiales et sociales de l'Assemblée nationale en y désignant trois rapporteurs : Jean Jacques Denis, sur le titre premier relatif à la démocratie sanitaire, Bernard Charles sur le titre II relatif à la qualité du système de santé et moi-même sur le titre III relatif à la réparation des risques sanitaires.

Si ce projet de loi résulte des états généraux de la santé tenus de l'automne 1998 à la fin 1999, il me plait de rappeler, en abordant l'action du Parlement dans l'élaboration de ce texte de loi, qu'il avait été précédé d'un rapport et d'un avis du Conseil économique et social (CES, la troisième assemblée constitutionnelle) sur les droits des malades adopté en juin 1996. L'ensemble des dispositions contenues dans les titres premier et trois du projet de loi étaient déjà préconisées dans ce rapport.

Plusieurs textes avaient déjà exprimé les droits auxquels les malades pouvaient prétendre. Rappelons que le premier texte relativement précis concernant les droits des malades est une circulaire du 20 septembre 1974 instituant une charte du malade hospitalisé. Cette circulaire avait été réactualisée le 6 mars 1995. Si ce texte reconnaissait « le droit pour le malade au respect de sa dignité et de sa personnalité », ses dispositions essentielles y étaient le plus souvent présentées comme des obligations imposées à l'institution que comme des droits accordés aux patients. Il en était de même du code de déontologie médicale qui affirme, lui aussi, des obligations auxquelles doivent se conformer les professionnels. Mais les droits qui découlent de ces obligations n'étaient pas formulés de manière positive. Il était nécessaire que soit mise en chantier l'écriture d'un texte codifiant de véritables droits positifs de la personne malade. C'est ce que préconisait le rapport du CES dès 1996.

Reconnaître, en les complétant, les droits des personnes malades et plus largement les droits de toutes les personnes en relation avec le système de santé, et rééquilibrer les relations entre les professionnels de santé et les usagers, tels sont les principaux objectifs du titre premier du projet (qui est devenu le titre II de la loi dans les conditions que j'évoquerai plus loin).

Cette reconnaissance supposait non seulement de clarifier des droits qui étaient reconnus à des degrés divers (droit au respect de la vie privée et du secret médical compte tenu notamment du développement du stockage et de l'échange de données de santé sur support informatique, droit à la non-discrimination dans l'accès aux soins, droit à l'information ...) mais surtout de les assortir de procédures permettant de garantir leur effectivité.

C'est la raison pour laquelle, l'accès direct par le malade à son dossier médical est devenu la règle. L'enjeu étant aussi de donner à la personne malade les moyens d'exprimer sa volonté et de faire respecter ses décisions concernant sa santé et d'envisager les situations où la personne n'est pas en état de s'exprimer ou bien encore, le cas des mineurs et des majeurs sous tutelle. Par ailleurs, la place des usagers dans le système de santé au travers d'associations les représentant a été mieux reconnue et leur rôle a été renforcé.

Ce titre procédait aussi à une deuxième série de réformes relevant de l'organisation de la politique de santé, dans la suite logique de la place nouvelle reconnue aux usagers. Il s'agissait d'aménager la procédure de détermination de la

politique de santé, d'abord au niveau national avec un débat spécifique au Parlement sur sa définition, ensuite au niveau régional où un conseil régional de santé regroupait les instances consultatives pour participer à la définition des priorités régionales de santé publique. Cette organisation de la définition des priorités régionales a naturellement été modifiée avec la création des agences régionales de santé en 2009.

L'examen de ce titre premier en commission n'a pas apporté des modifications déterminantes du texte du projet de loi, sinon plusieurs amendements rédactionnels.

C'est en séance publique que certains sujets ont conduit à des débats qui ont abouti à des modifications intéressantes à souligner.

Cela a été le cas concernant les conditions de l'expression du consentement¹ : décision du patient seul ou co-décision avec le professionnel ? Le projet de loi affirmait clairement ce droit au consentement comme étant une décision du patient : « Toute personne prend, compte tenu des informations et préconisations des professionnels de santé, les décisions concernant sa santé. ». Sous la forte pression de parlementaires qui étaient par ailleurs médecins, c'est le principe de la co-décision qui a été retenu, l'article L. 1111-4 du code de la santé publique étant ainsi rédigé : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».

Le rôle du médecin est aussi revenu dans les débats lors de l'examen de la création de la personne de confiance qui devait être consultée dans le cas où la personne majeure « serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ». La possibilité de désigner son médecin traitant comme personne de confiance est issue du même type de débat que celui précédemment cité concernant la co-décision. Le texte final ayant introduit la possibilité de désigner comme personne de confiance « un parent, un proche ou le médecin traitant ».

Le titre II du projet de loi portait sur l'amélioration de la qualité du système de santé. Le premier droit d'un malade est d'être correctement soigné. Il s'agissait de compléter et renforcer les réformes relatives à la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme et qui avaient conduit, précédemment, à la création des agences de sécurité sanitaire.

L'examen de ce titre en commission comme en séance publique à l'Assemblée nationale avait conduit à des initiatives nouvelles introduites dans le projet de loi.

Il en a été ainsi de la possibilité accordée aux masseurs kinésithérapeutes de prescrire des dispositifs médicaux ; l'obligation de la formation continue des pharmaciens, avec la création d'un conseil national de la formation pharmaceutique ; la reconnaissance de l'utilisation du titre d'ostéopathe et de chiropracteur ; la création de sociétés coopératives hospitalières de médecins sur la base de la loi de 1947 portant statut de la coopération ; des dispositions visant à faciliter la création et la mise en œuvre concrète de groupements de coopération sanitaire, notamment par la faculté donnée aux établissements de santé de créer une telle structure à deux, quelle que soit leur statut juridique ; la création d'une qualification de gynécologie médicale ; la création d'un GIP pour assurer des activités d'assistances techniques et de coopération internationale dans le domaine de la santé et de la protection sociale (ce sera le GIP SPSI qui a disparu dans la création d'Expertise France).

Les ordres professionnels ont aussi été modernisés avec la création d'instances disciplinaires distinctes des instances administratives, présidées par un magistrat. Un conseil des professions paramédicales était créé. Le Comité français pour l'éducation pour la santé était remplacé par un établissement public (antécédant de Santé Publique France).

Le titre III relatif à la réparation des risques sanitaires constituait une avancée importante. Il ne s'agissait pas seulement de traiter l'aléa thérapeutique, mais de permettre de répondre à tous les accidents médicaux, qu'ils soient fautifs ou non fautifs. Le système préexistant n'était satisfaisant ni pour les victimes ni pour les professionnels. Le débat sur l'indemnisation de l'accident médical sans faute était ouvert depuis le vote en 1964 de la loi sur la réparation intégrale des dommages imputables à une vaccination obligatoire. Depuis cette date, une vingtaine de propositions de loi avaient été déposées et cinq rapports sur le sujet avaient été remis aux gouvernements successifs.

1 - Journal des débats de l'Assemblée nationale du 4 octobre 2001.

La procédure et la jurisprudence étaient différentes suivant le lieu où l'accident survenait : lorsque c'était un établissement public qui était concerné, la jurisprudence administrative avait reconnu l'indemnisation de l'aléa dans des cas d'une extrême gravité. Concernant les accidents intervenus dans les établissements privés, la Cour de cassation avait affirmé que l'aléa ne rentrait pas dans le champ des obligations d'un médecin, contractuellement tenu à l'égard de son patient. Pour pouvoir indemniser les victimes, le juge devait aller chercher la faute médicale, ce qui n'était pas sans poser des difficultés aux professionnels menacés par une dérive contentieuse.

Pour régler le problème il a donc été retenu de maintenir les procédures juridictionnelles de droit commun tout en créant une procédure de règlement amiable devant des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation ; ces commissions conduisant l'expertise et traitant tous les accidents médicaux, qu'ils soient fautifs ou non. Si la faute est constatée, ce sont les assureurs qui prennent en charge la réparation, dans le cas contraire, c'est l'office national d'indemnisation qui intervient au titre de la solidarité nationale.

Si le principe de la responsabilité a été réaffirmé, il a donc été complété par un mécanisme de solidarité, répondant ainsi à la demande des usagers et des professionnels de santé en traitant la demande de réparation de manière plus rapide et dans le cadre d'un principe d'une plus grande équité.

L'examen de ce titre III relatif à la réparation des risques sanitaires a fait l'objet de peu de modifications du texte du projet lors de l'examen à l'Assemblée nationale.

Sous l'impulsion des trois rapporteurs, Gérard Dériot, Francis Giraud et Jean Louis Lorrain, l'examen par le Sénat du texte adopté par l'Assemblée nationale a manifesté d'une forte volonté d'adhésion aux objectifs affirmés puisque sur 97 articles, 42 ont été adoptés conforme.

L'élément particulièrement nouveau fut l'introduction dans le texte du Sénat d'un nouvel article traitant d'un sujet sensible faisant suite à un arrêt rendu le 17 octobre 2000 par la Cour de cassation : l'arrêt « Perruche ». Je rappelle, pour mémoire, que le jeune Nicolas Perruche, était né handicapé à la suite d'une carence de l'information médicale ayant privé sa mère de la possibilité de choisir d'avorter. L'arrêt rendu par la Cour de cassation avait retenu le principe d'une responsabilité médicale à l'égard des parents pour défaut d'information sur les risques de handicap de l'enfant à naître ayant entraîné la perte d'une chance d'interrompre la grossesse. La Cour avait considéré que dès lors que les fautes commises par un médecin et un laboratoire dans l'exécution des contrats formés avec une femme enceinte avaient empêché celle-ci d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, ce dernier pouvait demander la réparation du préjudice résultant de ce handicap et causé par les fautes retenues.

Cette décision avait soulevé divers débats, compte tenu du risque d'entraîner des conséquences financières importantes pour les professionnels de santé, mais surtout, cet arrêt avait suscité le spectre de la reconnaissance d'un droit de l'enfant lui-même à ne pas naître handicapé et, potentiellement, à demander réparation aux médecins ; ou même à ses parents pour ne pas avoir choisi d'interrompre la grossesse.

Une proposition de loi ayant pour objectif d'empêcher la confirmation de la jurisprudence « Perruche » avait été présentée par M. Jean François Mattei à l'Assemblée nationale et avait été adoptée en première lecture le 10 janvier 2002, avec un article premier résultant largement d'un amendement du Gouvernement.

Lors de l'examen du projet de loi relatif aux droits des malades, le Sénat, avec l'accord du gouvernement, avait donc repris cette proposition de loi en la plaçant tout en début du texte.

Lors de la réunion de la commission mixte paritaire (CMP), alors qu'un accord entre les deux chambres étaient manifestement envisageable, le vice-président de la CMP, par ailleurs président de la commission des affaires sociales du Sénat (M. Nicolas About) faisait de l'examen de l'article 1^{er} A adopté par le Sénat un préalable à l'examen de l'ensemble du texte.

Les membres de la CMP se sont rapidement mis d'accord pour affirmer le principe selon lequel « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance » et ont aussi, d'un commun accord, rappelé la possibilité, pour la personne née avec un handicap dû à une faute médicale, d'obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap, l'a aggravé ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer.

Par contre, le débat a été compliqué concernant la réparation du préjudice des parents qui n'ont pu recourir à une interruption volontaire de grossesse à la suite de la faute d'un professionnel ou d'un établissement de santé qui

ne leur a pas permis d'être informés du diagnostic que le fœtus était atteint d'une affection d'une particulière gravité. Le Sénat avait réduit l'indemnisation qui avait été prévue par l'Assemblée nationale en excluant « les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap, dont la compensation est assumée par la solidarité nationale. »

En CMP, les représentants du Sénat ont demandé de modifier le texte qui avait été voté par leur assemblée et ont déposé un amendement ayant pour objet de restreindre encore plus la réparation du préjudice des parents, en la limitant au seul préjudice moral.

Nous n'avons pas manqué, le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée, président de la CMP (M. Jean Le Garrec) et moi-même rapporteur de la CMP pour l'Assemblée ainsi que M. le rapporteur pour avis de la commission des lois du Sénat (M. Pierre Fauchon), de faire observer qu'une telle rédaction, en privant très largement la victime d'une faute contractuelle de son droit à réparation encourait le risque d'inconstitutionnalité au nom du principe d'égalité devant les charges publiques qui « ne saurait permettre d'exclure du droit à réparation, un élément quelconque du préjudice indemnisable ».

Malgré cette mise en garde, la majorité de la CMP, par huit voix contre six, a souhaité restreindre le droit à réparation de ces parents.

Malgré la suspicion de non-constitutionnalité qui pesait sur cet article 1^{er} A du projet de loi, le président de la CMP et moi-même en tant que rapporteur et membres de la majorité de l'Assemblée nationale, avons estimé que l'importance des mesures contenues dans le texte de loi relatif aux droits des malades justifiait un accord de CMP.

Ces mesures représentaient en effet une avancée considérable pour les personnes malades, dont les droits ont été reconnus et affirmés et pour les personnes victimes d'accidents médicaux qui ont vu les procédures de réparations simplifiées et l'indemnisation des accidents non fautifs prise en compte à travers la mise en place d'un fonds d'indemnisation.

Claude Evin