



HAL
open science

La composante méconnue de la loi : la qualité du système de santé

Dominique Martin

► To cite this version:

Dominique Martin. La composante méconnue de la loi : la qualité du système de santé. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2022, 34. <hal-04001777>

HAL Id: hal-04001777

<https://hal.science/hal-04001777v1>

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.



HAL Authorization

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

Dominique Martin

Médecin conseil national de la CNAM

La composante méconnue de la loi : la qualité du système de santé

Si la partie « Qualité » de la loi du 4 mars 2002 - devenue *in fine* le titre 3 - avec ses quelques cinquante articles, représente une part non négligeable de la loi du 4 mars 2002, elle n'en demeure pas moins méconnue. Cela s'explique par plusieurs raisons. D'une part, ce titre est « *pris en sandwich* » entre les dispositions phares de la loi Kouchner, que sont les dispositions relatives aux droits des malades et celles relatives à la réparation du risque sanitaire. D'autre part, ce titre s'adresse moins directement aux patients. En effet, il s'adresse avant tout aux professionnels de santé et aux institutions même si ces dispositions visent à garantir une activité sûre et efficace auprès des patients. Enfin, ce titre, très dense, peut sembler relativement hétérogène.

Favoriser et mieux encadrer les compétences des professionnels (de santé, mais pas que !)

L'un des objectifs de ce titre dédié à la qualité est de mieux encadrer, mais aussi d'ouvrir les compétences des professionnels du soin.

Le titre s'ouvre sur la chirurgie esthétique : en effet, à l'époque il y avait un réel débat sur le sujet et des craintes concernant la qualité des soins dispensés et il fallait, dans l'intérêt des patients, "serrer la visse". D'où l'idée de cette disposition qui vise à mettre en place une procédure d'autorisation administrative et à renforcer les obligations faites à ces structures en matière d'information des personnes.

Ensuite, le législateur aborde la question de la suspension des professionnels en cas de pratiques dangereuses : l'objectif des dispositions était de donner la possibilité à un représentant de l'État - aujourd'hui l'ARS, (mais à l'époque le préfet), d'agir rapidement en suspendant un professionnel dangereux pour ses patients.

Toujours dans l'optique de mieux encadrer les compétences des professionnels de santé, les ordres professionnels, dont l'objet était de garantir la probité et la morale, se sont vus attribuer des prérogatives en matière de compétence, acquérant alors une dimension nouvelle dans leur relation avec les professionnels de santé. S'agissant de l'amélioration du fonctionnement des instances ordinales, on peut également souligner l'évolution de leur organisation avec, notamment, la séparation des instances administratives et disciplinaires et la création d'instances disciplinaires au niveau régional et d'une instance d'appel disciplinaire au niveau national présidée par un conseiller d'État.

Autre point, l'ANAES fait l'objet de modification avec un enrichissement de ses missions, mais aussi l'entrée des usagers dans sa gouvernance.

Enfin, on peut noter dans cette partie qualité « trois petites pépites » concernant des professions particulières : les psychologues, les gynécologues et les ostéopathes. S'agissant des premiers, les dispositions de la loi du 4 mars ont permis de mieux encadrer leurs pratiques en leur imposant de s'enregistrer auprès du représentant de l'État et en prévoyant l'édition d'une liste publique pouvant être consultée par tout un chacun. Notons que les psychologues – qui ne sont pas des professions de santé, mais en ont tous les attributs – et la psychothérapie, ont fait l'objet de nombreux débats, et qu'on avait là les prémices de quelque chose qui continue à évoluer, comme le prouve le récent dispositif « *monpsy* ».

S'agissant des deuxièmes, les dispositions de la loi du 4 mars ont réinstauré la gynécologie médicale, discipline qui avait été supprimée quelques années auparavant. S'agissant des troisièmes et derniers, les dispositions de la loi du 4 mars ont ouvert la pratique de l'ostéopathie aux non-médecins, qui jusqu'alors exerçaient cette activité « en souterrain », sous des conditions de formation et sur la base de recommandation édictée par l'ANAES. Notons que le travail réglementaire ayant fait suite a été chaotique et que la question reste en débat.

Une tentative de création d'un dispositif de formation continue

Un autre sujet abordé au moment de l'élaboration de la partie dédiée à la qualité fut la formation, élément important pour les médecins que l'on retrouve dans le serment d'Hippocrate, dans le code de déontologie et dans la loi, cette dernière ayant rendu obligatoire la formation continue en 1996. En 2002, on a créé un dispositif de formation continue afin d'essayer d'organiser cette obligation faite aux professionnels. En pratique, ce dernier n'a jamais fonctionné puisque les décrets d'application n'ont pu être adoptés dans la mandature de l'époque et il a été remplacé par d'autres dispositifs ultérieurs. Il a fallu une dizaine d'années d'évolution pour arriver à un système stable.

Une tentative de création d'un conseil des professions paramédicales

Autre projet qui n'a pas abouti, le conseil – ou « office » - des professions paramédicales. À la fin des années 1990, avait émergé l'idée de créer des Ordres pour les professions paramédicales, donnant lieu à la publication de deux rapports, l'un par Anne-Marie Broca et l'autre par Philippe Nauche. L'idée mise en avant par les architectes de la loi du 4 mars 2002 était alors la création, non pas d'Ordres par profession, mais d'un ordre pluridisciplinaire inspiré du modèle québécois. Cet office interprofessionnel aurait eu des compétences d'Ordre au sens strict du terme, mais également des compétences sur la formation ou sur la pratique. Ce projet s'est soldé par un échec, notamment du fait d'une forte opposition des infirmiers, et il y a eu la création d'Ordres par profession.

Instaurer une politique de prévention nouvelle et ambitieuse

Dans cette partie, la politique de prévention a une place centrale. Son inscription dans la loi traduit la volonté d'en faire une véritable politique publique. En ce sens, la loi du 4 mars 2002 est réellement une loi de santé publique. Cette inscription dans la loi était essentielle en ce qu'elle a défini la prévention, mais aussi apporté des éléments relatifs à l'organisation entre les différents acteurs, publics – tels que l'État ou l'Assurance Maladie – ou privés – tels que les associations ou encore la conférence nationale de santé. Il y avait l'idée d'une politique qui portait la prévention au plus haut. En outre, il y a eu la création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ; un outil efficace participant à conduire la mise en place de ces politiques. Comme le montrent les débats aujourd'hui, la prévention est au cœur de ce que doit être une politique publique de santé et la loi du 4 mars 2002 est le texte de référence. À l'heure actuelle, même si beaucoup a été fait, il y a encore « *un mur à franchir* » en raison d'un mode d'organisation peu propice à la prévention, mais l'importance de changer d'approche en priorisant la prévention sur le curatif est aujourd'hui au centre du débat public.

Favoriser l'information des assurés sociaux par leur assurance obligatoire

Une autre évolution réside dans le rôle d'information des assurés sociaux confié à l'Assurance maladie. Il y a 20 ans ce n'était pas naturel : l'Assurance maladie avait des relations avec les assurés, mais était avant tout un payeur, donc n'informait ni sur les conditions de prise en charge, ni sur comment s'orienter au mieux dans le dispositif. C'est donc une petite révolution culturelle à l'époque : l'Assurance maladie a évolué et, aujourd'hui, elle mène des actions sur ces bases-là, telles que le fameux « aller-vers ». L'Assurance maladie n'est plus uniquement un payeur, c'est aussi une entité compétente pour accompagner les assurés.

Organiser la coordination des soins : un cadre précurseur

Au moment de l'élaboration du texte, de nombreuses discussions ont porté sur les réseaux de santé et l'importance de mieux les définir, l'organisation de la coopération entre les établissements de santé ou encore la création de coopératives. Même si cela n'a pas vraiment pris, les réseaux de santé n'étant plus vraiment « à la mode », c'était réellement précurseur. En effet, aujourd'hui, à l'Assurance maladie par exemple on raisonne « soins coordonnés », « parcours de soins » ...etc. C'est la suite logique du mouvement initié au début des années 2000, même si les formes que cela prend sont différentes. Il y avait l'idée qu'il fallait s'organiser autour du patient et non rester dans un système complètement balkanisé qui faisait que le patient avait bien des difficultés à s'y retrouver.

Conclusion

Ce titre, centré sur la qualité vis-à-vis des professionnels comme de l'organisation des soins, avec une importante dimension institutionnelle, est très cohérent avec le reste du texte. Il n'a pas été facile à discuter ou à négocier, car il touchait à des problématiques d'organisation et de pouvoir, mais il a permis des avancées importantes sur nombre de sujets. Le paysage que l'on a aujourd'hui en santé publique doit beaucoup à ce titre 3 sur la qualité des soins.

Dominique Martin