



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2012-2013

MB/AF

P.V. SASEC 11

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 31 janvier 2013

Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 17 janvier 2013
2. Entrevue avec une délégation de l'Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD) au sujet
 - a) du projet de loi 6469 relative aux droits et obligations du patient (intitulé abrégé)
 - b) du financement des hôpitaux

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt épouse Kemp remplaçant M. Marc Spautz, M. Jean Colombero, M. Georges Engel, M. Fernand Etgen remplaçant M. Carlo Wagner, Mme Marie-Josée Frank, M. Alexandre Krieps, Mme Josée Lorsché, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch

M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé

Dr Jean Uhrig, Dr Claude Schummer, Dr Marc Peiffer, Dr Carlo Ahlborn, Dr Georges Steichen, Me Gast Neu, Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)

M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 17 janvier 2013

Le projet de procès-verbal de la réunion du 17 janvier 2013 est approuvé.

2. Entrevue avec une délégation de l'Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD) au sujet du projet de loi 6469 relative aux droits et obligations du patient (intitulé abrégé)

Suite aux remarques introductives de Mme la présidente Lydia Mutsch, le président de l'Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD) Dr Jean Uhrig présente les commentaires de son association concernant le projet de loi 6469.

A noter que l'AMMD a émis un avis sur l'avant-projet de loi (29 juin 2011) publié au document parlementaire 6469 et un avis actualisé sur le projet tel qu'il a été déposé (30 octobre 2012) et publié au document parlementaire 6469-1. Pour le détail de l'argumentation de l'AMMD, il est renvoyé à ces documents.

L'AMMD souligne d'abord que notre arsenal législatif comprend actuellement déjà plusieurs instruments légaux interférant dans la problématique des droits et devoirs du patient, à savoir

- la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers;
- la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel;
- la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie;
- la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

A cela s'ajoutera la transposition de la "Cross Border directive" (soins de santé transfrontaliers) en principe pour octobre 2013.

Actuellement, le corps médical est confronté à certaines difficultés d'application de la législation sur les soins palliatifs et l'euthanasie, ceci en raison de l'incohérence entre les textes légaux respectifs et des doutes qui peuvent surgir dans certaines situations au sujet du statut d'une personne de confiance s'attribuant vocation de se substituer à la volonté du patient qui n'est plus en état de s'exprimer.

Face à cette situation et au risque d'ajouter encore par le présent projet ainsi que par la transposition de la directive précitée à la complexité de dispositions disparates sur la même matière, l'AMMD aurait une nette préférence pour la mise en place d'une seule loi organique et coordonnée harmonisant l'ensemble des dispositions en la matière.

Quant au présent projet de loi, les observations de l'AMMD se résument comme suit:

1. Responsabilité professionnelle

L'AMMD soutient le caractère obligatoire de l'assurance responsabilité civile à contracter par les médecins et médecins-dentistes.

Néanmoins des problèmes graves se posent dans la mesure où les risques sont devenus énormes dans certaines spécialités de sorte que certaines polices n'assurent pas de couverture suffisante ou sont limitées dans le temps.

Or, l'obligation par les prestataires de s'assurer devrait aller de pair avec celle des assureurs d'assumer la couverture médicale intégrale aussi pour les spécialités à risques particuliers. Par ailleurs, l'AMMD plaide pour l'institution d'un fonds de garantie basé sur la solidarité

professionnelle qui devrait couvrir les hypothèses du dépassement du plafond de couverture ou du délai d'assurance, ceci afin d'éviter les risques d'indemnisation insuffisante du patient.

2. Les accidents médicaux

L'accident médical est indissociable d'une activité médicale moderne qui devient de plus en plus complexe et ceci en particulier dans le domaine des interventions thérapeutiques invasives pour le patient.

L'AMMD plaide pour un système calqué sur la loi française du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins de santé (Loi Kouchner).

Selon l'AMMD, il y a lieu de distinguer:

- les accidents prévisibles et évitables, résultant de fautes techniques par rapport aux règles acquises de l'art médical, relevant de la responsabilité du médecin et donnant donc lieu à indemnisation du patient par le biais de l'assurance responsabilité civile du médecin;
- les accidents rares et les accidents médicaux imprévisibles et non évitables relevant de l'aléa thérapeutique. Le patient peut subir de graves séquelles et préjudices sans qu'une faute professionnelle soit imputable au médecin.

Dans ces cas de figure, la législation française prévoit l'indemnisation des dommages par un système de prise en charge basé sur la solidarité nationale. En France, cette indemnisation relève de la compétence de l'Office national de l'indemnisation des Accidents médicaux.

Au Luxembourg, il n'existe actuellement pas de prise en charge de cette nature, de sorte que les médecins se voient exposés à des actions en justice en vue de l'indemnisation du patient victime de ce genre d'accident.

Qui plus est, le présent projet de loi reste muet sur cette problématique particulièrement grave et importante. L'AMMD déplore que le Gouvernement s'en remette à une étude d'experts étrangers sur l'opportunité et la faisabilité de l'introduction d'un système d'indemnisation sans charge de preuve d'une faute. Elle considère que cet aspect devrait faire partie intégrante du présent projet de loi. Pour l'AMMD, il s'agit d'une critique centrale adressée au présent projet de loi, critique qui est d'ailleurs largement partagée par la PatienteVerriedung asbl.

L'absence d'un tel système d'indemnisation objective lèse également le droit des patients à une indemnisation juste dans un délai raisonnable, ce qui n'est pas acceptable. L'institution d'un fonds d'indemnisation à l'instar du modèle français constitue un instrument essentiel dans l'intérêt de la sécurité du patient qui doit être consacré dans le présent projet, alors que les mécanismes de médiation sont inopérants dans ces hypothèses. En extrapolant les données enregistrées en France au sujet de la fréquence du recours à l'indemnisation par le Fonds, on peut en déduire que le coût afférent est parfaitement supportable.

3. L'information du patient

Le droit à l'information du patient correspond à la relation loyale entre patient et professionnel de santé. L'AMMD soutient ce droit. Toutefois, la caractéristique démographique de notre pays avec la présence de 44% de résidents étrangers et la diversité des langues en résultant, implique qu'il faut impérativement préciser que l'obligation d'information doit pouvoir s'exprimer dans les langues officielles du pays. Il faut insister sur le fait que la communication entre professionnels de santé et patient constitue un aspect particulièrement important mais qu'elle est souvent difficile, sinon illusoire dans le cas

d'incompréhension par le patient des langues usuelles du pays. Il n'est par ailleurs pas admissible que le médecin puisse être obligé de procéder à chaque fois à une sorte d'appréciation des facultés de compréhension du patient.

En mettant l'obligation de prouver l'information adéquate préalable du patient dorénavant à charge du professionnel de santé, le projet consacre, selon l'AMMD, l'inversion de la charge de la preuve. Dans leur teneur actuelle, les dispositions afférentes sont inacceptables pour l'AMMD. Pour qu'un tel système soit viable, il faudrait au moins

- prévoir la rémunération du temps requis pour la documentation de la preuve de l'information;
- prévoir des moyens adéquats pour assurer l'information en recourant, par exemple à l'instar de ce qui est couramment pratiqué en Allemagne, à des formulaires d'informations standardisées à approuver par les autorités sanitaires du pays. La signature d'un tel document prouverait alors l'existence d'une information adéquate préalable;
- préciser le niveau d'information du patient quant à la probabilité d'un risque. L'AMMD propose de limiter l'information aux risques fréquents ou graves normalement prévisibles, dans la mesure où elle estime qu'il n'est pas dans l'intérêt du patient d'être accablé avant une intervention nécessaire de tous les risques même exceptionnels et très rares. Il est indispensable de clarifier le texte sur ce point.
- assurer que les accidents médicaux dus à des aléas thérapeutiques soient couverts par un fonds public.

En droit comparé, il faut ajouter qu'en France la loi Kouchner a introduit l'inversion de la charge de la preuve, ceci en réaction à l'affaire Perruche relative à un cas "d'indemnisation du préjudice d'être né". En Belgique, par contre il n'y a pas d'inversion de la charge de la preuve; en principe l'inscription de l'information au dossier médical suffit.

Le texte du présent projet de loi prévoit que "la tenue régulière du dossier vaut présomption simple des éléments y consignés ou versés".

Or, il est clair que la jurisprudence luxembourgeoise qui s'inspire surtout de la situation en France sera plus exigeante et demandant au cas par cas un faisceau d'indices concordants pour prouver l'information et le consentement éclairé du patient. Dès lors, il est indispensable de préciser dans le texte légal les éléments de preuve à produire, ceci dans l'intérêt de la sécurité juridique des parties en cause.

4. L'intervention de tierces personnes

L'AMMD considère qu'il y a lieu de clarifier à ce sujet

- les questions concernant l'identification des personnes accompagnant le patient à une consultation;
- les cas de figure comportant dans le chef du patient des coercitions religieuses et autres emprises;
- l'envergure de l'autonomie décisionnelle des personnes de référence.

L'AMMD considère que le dispositif rigide prévu par le projet de loi quant au statut de la personne de confiance est impraticable dans la réalité quotidienne de la profession médicale. Le rôle de la personne de confiance dans les situations de fin de vie ou approchant la fin de vie doit être clarifié. Il convient de ne pas sous-estimer les relations

douteuses qui peuvent se présenter entre personnes âgées et des proches tentés de s'ingérer de façon inconvenable dans un traitement.

L'AMMD souligne la nécessité d'assurer la cohérence des textes concernant les relations entre professionnels de santé et patients dans toute leur dimension.

Le dépôt électronique de la déclaration anticipée ou du testament de fin de vie avec un accès codé pour le médecin pourrait constituer une avancée dans l'intérêt d'une plus large sécurité dans ce domaine.

5. Médiation et divers

L'AMMD considère que la médiation s'apparente en pratique à une simple plate-forme permettant l'échange de positions contradictoires, mais qui est sans réelle perspective de mettre fin au litige et ne dispose pas de l'expertise requise au règlement d'un conflit.

L'AMMD se prononce encore pour la création, en s'inspirant de la législation française précitée

- d'une commission de conciliation et d'indemnisation. A noter qu'en France cette commission a été saisie de 67 demandes par million d'habitants et que la quasi-totalité de ces demandes vise l'indemnisation de patients. Le volet conciliation de cet organisme n'est pratiquement pas sollicité.

- d'une commission nationale des accidents médicaux (le dernier rapport annuel de cette commission en France est diffusé aux membres de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale);

- d'un office national d'indemnisation des accidents médicaux.

A noter encore le caractère évolutif de la législation française dans la mesure où entre-temps les dommages subis par des patients à la suite de transfusions sanguines ont été inclus dans le système d'indemnisation prévu par la loi Kouchner. Cet aspect n'est pas négligeable; ainsi 1050 cas d'hépatite C et trente infections au virus du SIDA ont été identifiés comme ayant été contractés à la suite d'une transfusion sanguine.

* * *

Dans le cadre d'un échange de vues, la commission évoque encore les points suivants:

- * En France, l'indemnisation des dommages relevant de la solidarité nationale incombe à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

- Les recettes de cet office sont constituées par une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées annuellement par décret, par le produit des remboursements de certains frais d'expertise, par le produit de certaines pénalités, par le produit des recours subrogatoires et enfin par une dotation versée par l'État ainsi que par différents autres fonds.

- Dans la mesure où on dispose actuellement déjà d'un recul de plus de 10 ans d'application de la loi française précitée de 2002, l'AMMD considère que le législateur luxembourgeois devrait s'inspirer de ce dispositif légal qui a fait ses preuves.

Schématiquement, l'indemnisation du patient qui a subi un dommage de l'activité médicale devrait, dans l'optique de l'AMMD, se présenter comme suit:

° indemnisation par l'assurance responsabilité civile du médecin en cas de faute ou erreur de traitement manifeste et avérée du médecin;

° indemnisation par un fonds des dommages subis à la suite d'un aléa thérapeutique ou d'un accident médical, le financement du Fonds relevant dans une large mesure de la Solidarité nationale. Cette indemnisation objective, en l'absence de faute imputable au médecin, garantit au patient une réparation matérielle de son préjudice dans un délai raisonnable, indépendamment d'éventuelles actions récursoires.

- L'alimentation financière du Fonds peut se faire suivant différents modèles. On pourrait par exemple envisager un financement par la profession médicale elle-même par une sorte de mutuelle; l'AMMD préconise plutôt un modèle calqué sur le système français. Selon l'AMMD le volume de financement annuel requis serait loin d'être exorbitant et pourrait se situer aux alentours d'un million d'euros en tablant sur un ordre de grandeur annuel de 40 à 50 cas.

- Au plan administratif, le Fonds pourrait être domicilié auprès de l'Assurance Accident suivant des modalités à définir, ceci afin d'éviter la nécessité de créer de nouvelles structures administratives spécifiques. L'Assurance Accident aurait l'avantage de disposer de la méthodologie requise et de pouvoir se baser sur des barèmes d'indemnisation prédéfinis.

Il est souligné que dans l'hypothèse de la création d'un tel Fonds d'indemnisation le risque de bureaucratisation devrait être écarté. L'inclusion du mécanisme d'indemnisation dans une structure administrative performante existante - par exemple l'Assurance Accident tel que ci-dessus proposé - pourrait constituer une solution appropriée à cet égard.

- L'AMMD critique aussi le fait que les experts belges qui ont fortement empreint l'orientation du présent projet de loi se sont certes inspirés de la loi française, mais ceci unilatéralement dans l'optique des seuls intérêts du patient.

En revanche, ils ont tout simplement ignoré d'autres éléments de cette législation qui sont censés assurer l'équilibre du système français, notamment l'assurance no fault et la prescription décennale.

Pareillement, il faut relever que la notion de faute se trouve définie dans la législation française comme devant être

- soit une faute concrète ayant un lien causal direct avec le préjudice subi par le patient;
- soit une faute qualifiée si le lien causal est moins direct et précis.

Notre système par contre, retient qu'une faute abstraite, même minime - *levissima culpa* - peut être retenue pour engager la responsabilité du médecin.

Ainsi, selon l'AMMD le projet de loi propose un système foncièrement injuste et générateur de multiples conflits nouveaux. La solution proposée ne tient pas la route en ce qu'elle reprend du système français les seuls éléments protecteurs des droits des patients tout en écartant les éléments devant assurer la sécurité des professionnels de santé et qui sont autant nécessaires à l'équilibre et à la cohérence juridique des droits et obligations respectifs.

- * Il est proposé de tenir compte dans le cadre du présent cadre légal général d'une loi particulière, à savoir de celle du 4 juillet 2000 relative à la responsabilité de l'Etat en matière de vaccinations.

Cette loi prévoit que lorsqu'une vaccination imposée par une disposition légale ou réglementaire ou recommandée par l'Etat cause la mort de la personne vaccinée ou entraîne dans son chef une incapacité physique permanente, l'Etat répond du dommage, sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, et dans la mesure où le dommage n'est pas indemnisable en vertu du code des assurances sociales. Jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée, l'Etat est, s'il y a lieu, subrogé dans les droits et actions de la victime contre les responsables du dommage.

A noter qu'en France les préjudices dus aux vaccinations obligatoires ont, à l'instar des accidents transfusionnels, été incorporés dans le champ d'application de l'ONIAM.

A noter par ailleurs que le deuxième volet de l'entrevue avec l'AMMD (financement des hôpitaux) est reporté à une réunion ultérieure.

*

En fin de réunion, il est proposé que, le cas échéant, l'AMMD sera invitée à un nouvel échange de vues au moment où la commission procédera à l'examen détaillé du texte à la lumière de l'avis du Conseil d'Etat.

*

La prochaine réunion aura lieu jeudi, le 7 février 2013 et sera consacrée à une entrevue avec la Patientenvertretung au sujet du même projet de loi.

Luxembourg, le 14 février 2013

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch