

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

11^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002

6^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

2^e séance du mercredi 3 octobre 2001



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. CLAUDE GAILLARD

1. **Droits des malades.** – Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi. (p. 5420).

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 5420)

Article 1^{er} (p. 5420)

M. Jean-Luc Préel.

ARTICLE L. 1110-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (p. 5421)

Amendement n^o 1 de la commission des affaires culturelles : MM. Jean-Jacques Denis, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour le titre premier ; Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé ; Claude Evin. – Adoption.

Amendement n^o 377 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Bernard Accoyer. – Adoption.

Amendement n^o 205 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur, le ministre, Claude Evin, Jean-Michel Dubernard. – Adoption.

MM. Claude Evin, le président.

Amendement n^o 122 de M. Laffineur : MM. Marc Laffineur, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n^o 51 de M. Dubernard : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, le ministre, Mme Catherine Génisson, MM. Alain Calmat, Jean-Michel Dubernard. – Retrait.

Amendement n^o 70 de M. Accoyer : MM. Bernard Accoyer, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

ARTICLE L. 1110-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (p. 5425)

Amendements identiques n^{os} 2 de la commission et 206 corrigé de M. Foucher : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

L'amendement n^o 285 de Mme Fraysse n'a plus d'objet.

ARTICLE L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (p. 5426)

Amendement n^{os} 3 de la commission et 208 de M. Préel : MM. le rapporteur, Jean-Luc Préel, le ministre. – Adoption de l'amendement n^o 3 ; l'amendement n^o 208 n'a plus d'objet.

Amendement n^o 123 de M. Laffineur : MM. Marc Laffineur, le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 4 rectifié de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 5 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendements n^{os} 207 de M. Foucher et 52 de M. Dubernard : MM. Jean-Pierre Foucher, Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre, Claude Evin. – Rejets.

ARTICLE L. 1110-5 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (p. 5427)

Amendements identiques n^{os} 6 de la commission et 210 de M. Préel : MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Préel. – Adoption.

Amendement n^o 53 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n^o 7 rectifié de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 54 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre, Bernard Charles, Marc Laffineur, Alain Calmat, Claude Evin, Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles ; Pierre Hellier, Mme Jacqueline Mathieu-Obadia, M. Yves Bur. – Adoption.

Amendements n^{os} 209 de M. Préel et 382 de M. Dubernard : MM. Préel, Foucher, Jean-Michel Dubernard. – Retrait de l'amendement n^o 382.

MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet de l'amendement n^o 209.

Amendement n^o 378 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Yves Bur, Bernard Accoyer, le président de la commission, Pierre Hellier. – Adoption.

Adoption de l'article 1^{er} modifié.

Après l'article 1^{er} (p. 5432)

Amendement n^o 99 de M. Clayes : MM. Alain Clayes, le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 8 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre, Marc Laffineur, Pierre Hellier. – Adoption.

Amendement n^o 336 de M. Aschieri repris par M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur, le ministre, Bernard Accoyer, le président, Marc Laffineur, Jean-Michel Dubernard, Alfred Recours, le président de la commission. – Retrait.

Suspension et reprise de la séance (p. 5436)

Article 2 (p. 5436)

Amendement n^o 9 rectifié de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 124 de M. Laffineur : MM. Marc Laffineur, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Adoption de l'article 2 modifié.

Article 3 (p. 5436)

Amendement n^o 10 rectifié de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 3 modifié.

Article 4 (p. 5437)

Amendement n^o 11, deuxième rectification, de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 4 modifié.

Article 5. – Adoption (p. 5437)

Article 6 (p. 5437)

MM. Jean-Luc Préel, Jean-Michel Dubernard, Mme Jacqueline Mathieu-Obadia, MM. Marc Laffineur, Bernard Accoyer, Mme Catherine Génisson, MM. Claude Evin, Alain Calmat, Pierre Hellier, le ministre.

ARTICLE L. 1111-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (p. 5444)

Amendement n^o 12 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 125 de M. Laffineur : MM. Georges Colombier, le rapporteur, le ministre, Marc Laffineur. – Rejet.

Amendement n° 13 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendements identiques n°s 14 de la commission et 211 de M. Foucher : MM. le rapporteur, Jean-Luc Prél, le ministre. – Adoption.

Amendements n°s 55 et 56 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. – Rejets.

Amendement n° 15 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

L'amendement n° 212 de M. Foucher n'a plus d'objet.

Amendement n° 16 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 126 de M. Laffineur : MM. Marc Laffineur, le rapporteur, le ministre, Claude Evin, le président de la commission. – Rejet.

ARTICLE L. 1111-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (p. 5447)

Amendement n°s 127 de M. Laffineur : MM. Georges Colombier, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 213 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 17 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

ARTICLE L. 1111-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (p. 5448)

Amendement n° 57 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre, Bernard Accoyer, Marc Laffineur, Claude Evin. – Rejet.

Amendement n° 18 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 128 de M. Laffineur : MM. Marc Laffineur, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 58 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 19 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 59 de M. Dubernard : MM. Jean-Michel Dubernard, le rapporteur, le ministre. – Retrait.

Amendement n° 20 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

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

2. **Dépôt de rapports** (p. 5451).

3. **Dépôt d'un rapport en application d'une loi** (p. 5451).

4. **Dépôt de rapports d'information** (p. 5451).

5. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 5451).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE GAILLARD,
vice-président

M. le président. La séance est ouverte.
(*La séance est ouverte à vingt et une heures trente.*)

1

DROITS DES MALADES

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence,
d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (n^{os} 3258, 3263).

Discussion des articles

M. le président. J'appelle maintenant, dans les conditions prévues à l'article 91, alinéa 9, du règlement, les articles du projet de loi dans le texte du Gouvernement.

Article 1^{er}

M. le président. Je donne lecture de l'article 1^{er} :

TITRE I^{er}

DÉMOCRATIE SANITAIRE

CHAPITRE I^{er}

Droits de la personne

« Art. 1^{er}. – Il est inséré, dans le titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« CHAPITRE PRÉLIMINAIRE

« Droits de la personne

« Art. L. 1110-1. – Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux

soins les plus appropriés à son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

« Art. L. 1110-2. – La personne malade a droit au respect de sa dignité.

« Art. L. 1110-3. – Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins en raison de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de son état de santé, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

« Art. L. 1110-4. – Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé. Il s'impose à tout professionnel de santé, y compris à l'égard des autres professionnels de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées à l'alinéa précédent, la conservation sur support informatique de telles informations comme leur transmission par voie électronique entre professionnels sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille ou les membres de l'entourage direct de la personne malade reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

« *Art. L. 1110-5.* – Toute personne a, compte tenu de son état et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

« Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé.

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. A cet effet, les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition.

« *Art. L. 1110-6.* – L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8. »

La parole est à M. Jean-Luc Prével, sur l'article inscrit.

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le ministre délégué à la santé, je me permets de regretter que vous n'avez pas eu le loisir de répondre aux orateurs d'hier, qui vous avaient pourtant posé des questions intéressantes.

M. Alfred Recours. M. le ministre va répondre !

M. Jean-Luc Prével. Pour ma part, je vous en ai bien posé quelques-unes, mais je ne vais pas les répéter...

M. Claude Evin. Heureusement !

M. Jean-Luc Prével. Pourquoi « heureusement » ?

M. Claude Evin. Ce serait trop long (*Sourires*) !

M. Jean-Luc Prével. Mais j'ai des choses intéressantes à dire et à redire ; je suis à votre disposition.

J'espère en tout cas, monsieur le ministre, que vous n'avez pas oublié les questions que je vous ai posées...

M. Bernard Kouchner, *ministre délégué à la santé*. J'ai tout noté !

M. Jean-Luc Prével. ... et que vous prendrez la peine de me répondre.

Nous sommes tous d'accord pour que le malade, le patient, soit au centre du système de santé. C'est son intérêt, et son intérêt seul, qui doit être pris en compte. Les soignants sont à son service. L'article 1^{er} réaffirme et précise le droit fondamental de la personne à la protection de sa santé, à la prévention, à l'égal accès aux soins appropriés à son état de santé.

Cependant, comme nous l'avons dit hier, Jean-Michel Dubernard et moi-même, il est nécessaire que ces soins soient de qualité. Il faut donc améliorer le service de santé, qui en a bien besoin, en respectant la dignité de la personne, sa vie privée et le secret des informations. Il paraît également judicieux de considérer le rapport bénéfice attendu sur risques encourus.

Deux points particuliers méritent, me semble-t-il, d'être soulevés.

Selon votre projet, monsieur le ministre, les professionnels et les autorités sanitaires contribuent au système de soins « avec les usagers ». Qui sont-ils ? Jean-François Mattei en a parlé longuement et je souscris pour une grande part à ses propos : dès lors que le système de soins englobe maintenant l'éducation et la formation, chaque Français est concerné. Or qui représente les Français, dans notre démocratie représentative, sinon l'élu ? L'usager n'est-il donc pas légitimement représenté par l'élu ? Alors pourquoi rechercher des représentants à ces usagers, puisque chaque citoyen est concerné ?

Je n'en suis pas moins tout à fait d'accord pour faire une place, une place éminente aux associations de malades et d'anciens malades, qui connaissent le système de l'intérieur et ont des choses à dire. Pour avoir participé à la création d'associations de stomisés, je peux dire que nous avons grand intérêt à les écouter.

Au nom de mon groupe, j'ai donc déposé une série d'amendements tendant à remplacer les mots : « les usagers », par les mots : « les élus, les associations de malades et d'anciens malades ».

Pour ce qui est du secret partagé, il est urgent de sortir de l'hypocrisie actuelle : en principe, seul le malade devrait connaître le diagnostic, alors que, souvent, il est en fait le seul à l'ignorer. Vous prévoyez, dans votre texte, que le secret soit partagé avec l'« entourage direct », formule impropre, qui me chagrine un peu. Entendez-vous par là aussi l'entourage professionnel, les camarades de bureau, le directeur de l'entreprise ? Je ne le pense pas, mais autant je pense que la famille doit être associée au secret si le malade le souhaite, autant je ne suis pas sûr que l'« entourage direct » soit une formule satisfaisante, monsieur le ministre.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Mathieu-Obadia.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Monsieur le président, je préfère intervenir au fil des amendements, si vous le permettez.

M. le président. Personne ne demande plus la parole sur l'article ?...

ARTICLE L. 1110-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. le président. M. Denis, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour le titre I^{er}, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n^o 1, ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du texte proposé pour l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, après les mots : "par tous moyens", insérer le mot : "disponibles". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour le titre I^{er}*. Le droit à la santé ne peut naturellement s'exercer que dans le cadre de l'existant, que ce soit en matière de structures mises à la disposition des usagers ou en matière de traitements reconnus.

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué à la santé, pour donner l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

M. le ministre délégué à la santé. Avis favorable, mais je saisis l'occasion pour répondre à M. Prével.

On peut décliner de bien des façons la nécessité d'offrir des soins de qualité. Dans quels endroits, avec quels personnels, m'avez-vous demandé. C'est important, je vous l'accorde, mais le sujet a été abordé, hier soir, dans plusieurs interventions, et je crois vous avoir répondu en vous demandant de ne pas confondre – même si je pouvais comprendre que vous en ressentiez l'envie – ce qui tenait au financement du système de santé et ce qui tenait au projet en discussion.

Il n'est pas question de nier que des efforts, que des améliorations sont nécessaires, surtout en ce moment, où s'expriment des revendications. Mais, je le crois, nous ne gagnerions rien à mélanger les deux débats, le débat sur les droits des malades et le débat sur le financement de la sécurité sociale.

A propos du mot « usagers », je me suis déjà exprimé brièvement. Je préfère le mot « malades », bien entendu, mais il fallait trouver un terme pour caractériser les individus qui fréquentent le dispositif constitué par le système public, le système privé et les médecins libéraux. Et même si le mot « usagers » vous semble inapproprié...

M. Bernard Accoyer. Usagés ! (*Sourires.*)

M. Alfred Recours. Parlons d'« utilisateurs du système de soins » !

M. le ministre délégué à la santé. « Utilisateurs du système de soins », c'est pareil ! Quand il est question d'individus en particulier, nous parlons de « malades », mais il faut bien se référer à la fréquentation, presque trop technique, du dispositif de soins.

Je comprends votre souci, mais je tiens encore une fois à dire que le mot « usagers », dans ce projet, n'a rien de péjoratif. Du reste, il est employé dans bien des pays, notamment dans le monde anglo-saxon, et nous n'avons vraiment trouvé que celui-là.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. C'est un sujet dont nous aurons donc vraisemblablement l'occasion de débattre à plusieurs reprises, mais j'apporterai d'ores et déjà un complément à l'intervention de M. le ministre.

L'expression « personnes malades » ne recouvre pas l'ensemble des situations dans lesquelles nos concitoyens peuvent être amenés à s'adresser au système de santé.

M. Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Tout à fait !

M. Claude Evin. Une personne qui s'adresse au système de santé n'est pas nécessairement malade. Elle peut être saine mais avoir besoin, par exemple, d'un certificat médical pour justifier de tel ou tel droit.

M. Alain Calmat. Il peut aussi s'agir d'un patient guéri !

M. Bernard Accoyer. Qui est sûr d'être en bonne santé ?...

M. Claude Evin. Une femme qui accouche n'est pas non plus malade. Il fallait donc bien trouver un terme couvrant l'ensemble des situations.

Sans doute le terme « usagers » n'est-il pas tout à fait adapté. Juridiquement, il fait plutôt référence au service public, notion qui, dans le domaine de la santé, reste floue. Pour autant, ne faisons pas de faux procès.

M. le ministre délégué à la santé. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 377, ainsi rédigé :

« Dans la dernière phrase du texte proposé pour l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, après les mots : “les établissements et réseaux de santé”, insérer les mots : “, les organismes d'assurance maladie”. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement tend à introduire les organismes d'assurance maladie dans la liste des différents intervenants concourant à la mise en œuvre du droit à la protection de la santé.

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

M. le ministre délégué à la santé. L'article L. 1110-1 du code de la santé publique a pour objet de préciser le rôle des professionnels de santé et des structures de soins dans la protection du droit fondamental à la santé. Il n'a pas pour ambition d'établir une liste exhaustive des professionnels, des structures, des institutions qui concourent à la mise en œuvre de ce droit fondamental ni de rappeler les missions qui, en la matière, incombent à l'État, aux établissements publics et aux organismes d'assurance maladie.

Au demeurant, la mission essentielle de l'assurance maladie, définie par l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale, est de couvrir les charges de la maladie. Sa participation à la mise en œuvre du droit à la protection de la santé est donc déjà clairement affirmée.

L'amendement tend à offrir aux organismes d'assurance maladie un traitement particulier. Il ne serait pas opportun de citer dans cet article l'ensemble des institutions, mais pourquoi citer les seuls organismes d'assurance maladie et pas l'AFSAP ou l'ANAES, par exemple ? Je m'en remets donc à la sagesse de votre assemblée.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Chacun l'aura compris, M. le ministre espère que nous n'ajouterons pas à la confusion ; sur ce point, je le rejoins. Il paraît en effet tout à fait surprenant d'inclure dans cette liste un assureur, qui recense les acteurs de soins. Ce serait une dangereuse confusion des rôles dans notre système médico-social, qui n'en compte que trop. De grâce, n'assombrissons pas encore ces dispositions, qui manquent déjà cruellement de lisibilité ! Je voterai contre cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 377.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. MM. Prél, Foucher, Bur, Baguet, Blessig, Gengenwin et Hillmeyer ont présenté un amendement, n° 205, ainsi rédigé :

« Dans la dernière phrase du texte proposé pour l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, substituer au mot : “usagers” les mots : “élus, associations de malades et d'anciens malades”. »

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. J'ai déjà défendu cet amendement en m'exprimant sur l'article, mais je me vois contraint de répondre à Claude Evin. Outre la prévention et l'éducation à la santé, dont nous avons déjà parlé, M. Evin a évoqué les certificats médicaux. J'aimerais bien savoir qui, dans telle ou telle commission, représentera l'utilisateur demandeur de certificat ! Quant à la parturiente, elle requiert tout de même des soins.

Mme Catherine Génisson. Et le bébé aussi !

M. Jean-Luc Prével. En réalité, chaque Français est concerné, dès lors que l'on raisonne de façon générale. N'est-ce pas, monsieur le ministre ?

M. le ministre délégué à la santé. Non.

M. Jean-Luc Prével. Mais tout le monde est concerné par la prévention et l'éducation !

M. le ministre délégué à la santé. Certes.

M. Jean-Luc Prével. Chaque Français est bien concerné par le système de soins. Or, en démocratie, qui représente l'ensemble des citoyens ? N'est-ce pas l'assemblée des représentants du peuple ? Qui d'autres que nous, élus, peut donc prétendre représenter les usagers ? Il est évident que les malades et anciens malades ont leur mot à dire et doivent être impliqués, mais associer les « usagers » me paraît tout de même un peu hasardeux, d'autant que vous allez devoir trouver des délégués représentatifs.

M. Alain Calmat. C'est le cas dans bien d'autres domaines, pas seulement en matière de santé !

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

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Défavorable, pour deux raisons. Dans votre amendement, monsieur Prével, la notion d'élu n'est pas très claire et demanderait quelques précisions. En outre, quoi qu'il en soit, je ne vois pas pourquoi les élus seraient présents dans ces organismes. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Jean-Michel Dubernard et M. Jean-Luc Prével. Tout simplement, parce qu'ils représentent les citoyens !

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Mais ils les représentent dans d'autres instances ! A ce train, dans tous les organismes, on pourrait éliminer les représentants d'associations en les remplaçant par des élus.

M. Jean-Luc Prével. Si vous comprends bien, je suis élu mais je ne représente personne ?

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Revenons-en aux usagers. Effectivement, cette notion est plus large que celle de malade, ancien malade et, pourquoi pas ? futur malade. Mais on peut imaginer que chaque citoyen en bonne santé est un malade qui s'ignore. C'est précisément ce que sous-entend le mot « usagers ». (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Jean-Luc Prével. Qui représente les citoyens ? Les élus !

M. le président. Monsieur Prével, je vous en prie !

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Par le mot « usagers », il faut comprendre « usagers du service de santé » et non pas, comme vous l'imaginez, « usagers d'un service public ».

M. Jean-Michel Dubernard. Votre argumentation ne tient pas la route !

M. Jean-Luc Prével. C'est une très mauvaise argumentation !

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

M. le ministre délégué à la santé. Franchement, c'est une fausse querelle que vous cherchez là. Les élus sont représentés à bien des niveaux du système de soins, en particulier au conseil d'administration des hôpitaux.

M. Bernard Charles. Et dans les conseils régionaux !

M. le ministre délégué à la santé. Absolument.

M. Jean-Luc Prével. Et qui représente les usagers ?

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Prével, vous parlez tellement que vous donnez l'impression d'être surreprésenté ! N'essayez pas de me faire dire que le suffrage universel – que je respecte infiniment – vous donne des droits particuliers pour représenter les malades ! Ce n'est pas vrai !

M. Jean-Luc Prével. Je n'ai jamais prétendu cela !

M. le ministre délégué à la santé. Vous l'avez dit vous-même, permettez-moi de vous citer, « la situation de malade est très particulière ». Seuls les malades ont donc légitimement voix au chapitre, par l'intermédiaire de leurs associations, et il faudra réfléchir à la façon dont ils seront représentés. Mais personne ne vous empêche de vous intéresser à la santé, vous vous y intéressez de très près, et c'est très bien. Personne ne vous empêche de militer où bon vous semble, mais les malades doivent se représenter eux-mêmes.

C'est un peu comme si vous me disiez que la société civile est représentée par les élus. Eh bien non, monsieur Prével ! Justement, c'est le dialogue entre la société civile et les élus qui fait la richesse de notre démocratie. Bientôt, dans les ONG, on voudra mettre des élus. Pourquoi pas ? A condition qu'ils soient militants de l'association, ils auront, eux aussi, vocation à la représenter.

Mais vous, en tant qu'élu, vous n'avez pas vocation à représenter une association particulière, des malades du diabète par exemple. Vous représentez, et fort bien, la communauté nationale en ce qui concerne son dispositif de soins. C'est autre chose. Je suis donc défavorable à l'amendement.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Monsieur Prével, depuis les ordonnances de 1996, les usagers sont représentés dans les conseils d'administration des hôpitaux, où ils siègent à côté des élus et où ils expriment leurs propres préoccupations. C'est cette réalité qui est prise en compte dans le texte. Plus tard, nous examinerons une procédure d'agrément des associations d'usagers.

Nous estimons nécessaire de reconnaître cette nouvelle citoyenneté. Vous êtes en désaccord avec nous sur ce point. C'est votre droit. Mais il convient de mettre en évidence la différence d'appréciation sur ce mouvement social que traduit votre amendement.

M. Alfred Recours. Prével, c'est l'anti-Juppé !

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Il ne s'agit pas d'une fausse querelle. Oui, les associations ont joué et continuent à jouer un rôle capital à tous les niveaux du système de santé.

M. Alain Calmat. Très bien !

M. Jean-Michel Dubernard. Mais elles représentent des groupes de malades chroniques.

M. Claude Evin. Pas nécessairement.

M. Jean-Michel Dubernard. Bien sûr que si ! Or tel ou tel groupe de patients – nous avons tous des exemples à l'esprit – peut très bien se livrer à un *lobbying* si insistant que les moyens qui lui seront accordés risquent d'empiéter sur ceux qui devraient l'être aux patients qui ne sont représentés nulle part et par personne.

Ce que nous voulons avec Jean-Luc Préel, c'est tout simplement que le rôle de l'élu comme représentant des citoyens soit inscrit quelque part dans le texte. Comme l'a dit M. le ministre, l'élu représente la collectivité nationale et non pas tel groupe de malades, dont l'intérêt n'est pas forcément le même que celui du citoyen lambda qui n'est pas malade mais qui le sera peut-être demain.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 205.

(L'amendement est adopté. – Protestations sur les bancs du groupe socialiste.)

M. le président. Eh oui, messieurs, c'est à vous de lever la main !

M. Bernard Accoyer. Ils sont déjà fatigués !

M. Claude Evin. Qu'est-ce que c'est que ce vote ? Disparus les usagers !

M. Bernard Charles. Nous demanderons une seconde délibération.

M. le président. MM. Laffineur, Perrut, Mattei et Colombier ont présenté un amendement, n° 122, ainsi rédigé :

« Dans la dernière phrase du texte proposé pour l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, substituer aux mots : "garantir l'égal accès de chaque personne aux soins les plus appropriés à son état de santé et" les mots : "à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et à". »

La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Je vois que mes collègues, non contents de refuser les élus, refusent aussi le suffrage ! (« Oh ! » sur les bancs du groupe *Démocratie libérale et Indépendants*, du groupe du *Rassemblement pour la République* et du groupe de l'*Union pour la démocratie française-Alliance*.)

Claude Evin l'a dit tout à l'heure, nous portons sur les professionnels de santé un regard fondamentalement différent. A vous lire, ils ne dispenseraient pas spontanément et en permanence les soins « les plus appropriés ». Je suis certain que vous ne le pensez pas, mais votre rédaction est révélatrice de la suspicion perpétuelle que vous nourrissez à leur égard.

Je propose donc d'écrire tout simplement : « aux soins nécessités par son état de santé ». Il va de soi que ce sont toujours les soins les plus appropriés.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Avis défavorable : le terme « nécessités » est moins porteur que l'expression « les plus appropriés ».

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

M. le ministre délégué à la santé. Je suis favorable à l'amendement n° 122 de M. Laffineur, qui me paraît mieux rédigé que le suivant, n° 51.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 122.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. Bernard Accoyer. Le Gouvernement est désavoué par sa propre majorité !

M. le président. M. Dubernard et M. Accoyer ont présenté un amendement, n° 51, ainsi rédigé :

« Dans la dernière phrase du texte proposé pour l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, substituer aux mots : "chaque personne aux soins les plus appropriés à son état de santé" les mots : "tous à des soins de qualité égale". »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Monsieur le ministre, bien que vous trouviez notre amendement mal rédigé, ce qui nous fait beaucoup de peine au professeur Dubernard et à moi-même, je veux vous dire que nous tenons particulièrement à l'égalité des soins dispensés à tous les malades quel que soit leur état,...

M. Alain Calmat. Vous pensez que nous n'y sommes pas attachés ?

M. Bernard Accoyer. ... quelle que soit leur maladie, quel que soit l'établissement où ils se trouvent, quel que soit leur carnet d'adresses.

En l'absence d'évaluation, en l'absence de publication de la qualité des soins dispensés dans tel ou tel établissement, de la qualification des praticiens, en particulier de la façon dont ils ont acquis le droit d'exercer, on crée, en réalité, une différence fondamentale entre les malades.

La rédaction que nous proposons : « des soins de qualité égale », me semble conforme à ce que vous jugez prioritaire, l'égalité de tous les citoyens, quels qu'ils soient, devant l'accès aux soins de qualité.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement a été rejeté par la commission. L'impératif d'égalité est pris en compte à l'article L. 1110-5, qui pose le droit pour tous aux soins les plus appropriés, les plus efficaces et les plus sûrs. Je suis ravi de voir que cet objectif est partagé sur tous les bancs.

La notion de soins les plus appropriés est apparue adéquate à la commission, car elle permet de prendre en compte l'ensemble de la situation du patient et s'inscrit bien dans le cadre de la relation médecin-malade.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Accoyer, l'article 1110-1 garantit déjà « l'égal accès aux soins ». Si vous écrivez « l'égal accès aux soins de qualité égale », ce sera un tout petit peu redondant. Voilà pourquoi je préférerais l'amendement n° 122.

M. Bernard Accoyer. Je suis convaincu et je retire notre amendement.

M. le président. Vous souhaitez tout de même intervenir, madame Génisson ?

Mme Catherine Génisson. Oui, monsieur le président, et même plutôt sur l'amendement précédent. Dans l'expression « les plus appropriés », il y a en effet deux choses : d'une part, les soins doivent être adaptés aux malades – cela semble évident – et, d'autre part, ils doivent correspondre à l'état des connaissances de la science et de la médecine. L'expression n'est peut-être pas extraordinaire, mais elle en dit plus que les « soins nécessités par son état de santé ». Nous avons eu ce débat en commission.

Enfin, monsieur le président, l'adoption de l'amendement n° 205, je tiens à le souligner, revient à écarter les usagers de toutes les assemblées où nous souhaitons les introduire pour qu'ils puissent y exprimer les besoins des citoyens.

M. Claude Evin. Eh oui !

M. le président. La parole est à M. Alain Calmat.

M. Alain Calmat. Je ne comprends pas, mes chers collègues, pourquoi vous voulez enlever les mots « les plus appropriés »...

M. Jean-Michel Dubernard. Parce que c'est difficile à comprendre !

M. Alain Calmat. Mais non. On comprend aisément que, pour une personne qui a, par exemple, un cancer de l'œsophage, ce soit, parfois la chirurgie, parfois la chimiothérapie qui convienne.

M. Jean-Michel Dubernard. Alors écrivez simplement « appropriés » !

M. Alain Calmat. Les soins, en l'occurrence, ne sont pas « de qualité égale », puisqu'ils ne sont pas comparables. Ils doivent être les plus appropriés à la personne, aux possibilités techniques, aux connaissances. Je ne vois vraiment pas pourquoi vous ne voulez pas de cette rédaction.

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Cet amendement n° 51 a été déposé pour concrétiser ce que nous avons dit pendant toute la discussion générale, à savoir que l'accès égal de tous à des soins de qualité égale est le droit premier des malades. Point !

Pour le reste, je pense que « appropriés » serait mieux que « les plus appropriés », car cela éviterait beaucoup de confusions. Nous en avons discuté en commission, madame Génisson, et nous étions tous d'accord.

M. le président. L'amendement n° 51 est retiré.

L'amendement n° 335 n'est pas défendu.

M. Accoyer a présenté un amendement, n° 70, ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 1110-1 du code de la santé publique par la phrase suivante :

« Les autorités sanitaires sont garantes du droit à l'égalité d'accès à la qualité des soins pour tous. »

La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement revient à une question fondamentale qui est au centre des droits du malade, celle de savoir à qui il se confie, quelle est la compétence d'une équipe ou d'un praticien, quelles sont les performances de l'établissement ou du service. Ces données sont tellement obscures que les médias en ont fait un marché et rivalisent chaque année avec la publication de listes classant les établissements par pathologie ou par traitement, sans qu'il y ait la moindre vérification ou validation par l'autorité sanitaire qui, pourtant, nous semble compétente pour diffuser de telles informations.

Monsieur le ministre, comme le professeur Dubernard vous l'a expliqué, si nous avons déposé cet amendement, c'est qu'au cœur des droits du malade il n'y a pas autant de choses que l'on croit. Il faut avant tout savoir à qui on se confie, si on va au meilleur endroit, si on a les meilleures chances de s'en tirer au mieux. C'est pourquoi cet amendement insiste sur la responsabilité des autorités sanitaires pour l'égal accès de tous les citoyens à des soins de qualité.

Non seulement il n'existe pas une égalité d'accès à des soins de même qualité sur tout le territoire mais, dans un périmètre donné, on ne constate pas non plus, selon l'éta-

blissement, la filière ou le praticien, les mêmes perspectives de succès d'un traitement ni, hélas, les mêmes espérances de vie. La responsabilité d'assurer l'égalité des malades nous paraît incomber à l'autorité publique.

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

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Elle a rejeté l'amendement. Il y a régulièrement des tentatives pour dénoncer le système de santé qui, en fait, est plutôt apprécié, en particulier à l'étranger.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas l'objet de l'amendement !

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Je ne vois pas exactement ce que le mot « garantes » peut signifier. Il me semble que son apport est limité. Quant à l'impératif de qualité, c'est l'ensemble du texte qui l'exprime.

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

M. le ministre délégué à la santé. Défavorable également. Les autorités sont garantes du respect de la loi. Vous voulez également, monsieur Accoyer, qu'elles soient garantes du respect du « droit à l'égalité d'accès à la qualité des soins pour tous ». Mais il faudrait alors qu'elles soient garantes du respect de toutes les égalités – et la liste en est longue dans cet article 1^{er} et les autres.

En plus, c'est très difficile en pratique, vous le savez bien. Comment garantir que le service de cardiologie où vous vous trouvez est le meilleur compte tenu de la distance, de l'âge... Tout cela est bien compliqué.

Je comprends l'esprit de l'amendement mais, encore une fois, quand on dit, comme à l'article 1110-1, « garantir l'égal accès de chaque personne aux soins les plus appropriés à son état de santé et assurer la continuité des soins », on a tout dit.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 70. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

ARTICLE L. 1110-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 2 est présenté par M. Denis, rapporteur, MM. Foucher, Préel, Bur, Baguet, Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ; l'amendement n° 206 corrigé par MM. Foucher, Préel, Bur, Baguet, Blessig et Gengenwin.

Ces amendements sont ainsi libellés :

« Rédiger ainsi le texte proposé pour l'article L. 1110-3 du code de la santé publique :

« Art. L. 1110-3. – Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 2.

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Cet amendement vise à supprimer l'énumération des motifs de discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention. D'une part, cette liste risque d'être restrictive et il vaut mieux affirmer un principe général. D'autre part, les motifs de la discrimination pénalement sanctionnée sont fixés à l'article 225-1 du code pénal.

Par ailleurs, la notion de race me choque personnellement. En tant que lecteur d'Albert Jacquart, il me semble qu'il y a une seule race, la race humaine. La référence à

une discrimination fondée sur la race me paraît donc déplacée et je pense même qu'il faudrait la supprimer du code pénal.

Quant aux discriminations fondées sur les caractères génétiques, elles seront introduites par un autre amendement dans le code pénal et le code civil.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Foucher, pour défendre l'amendement n° 206 corrigé.

M. Jean-Pierre Foucher. Même argumentation, monsieur le président.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable à ces amendements identiques, dont l'adoption ferait tomber l'amendement n° 285.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 2 et 206 corrigé.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 285 de Mme Fraysse tombe.

L'amendement n° 190 n'est pas défendu.

ARTICLE L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 354, 3 et 208, pouvant être soumis à une discussion commune. L'amendement n° 354 n'est pas défendu.

L'amendement n° 3, présenté par M. Denis, rapporteur, MM. Préel, Foucher, Baguet, Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste, est ainsi rédigé :

« Compléter la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1110-4 du code de la santé publique par les mots : “, de tout membre du personnel des établissements et organismes participant à la prévention et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes”. »

L'amendement n° 208, présenté par MM. Préel, Foucher, Bur, Baguet, Blessig et Gengenwin, est ainsi rédigé :

« Compléter la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1110-4 du code de la santé publique par les mots : “et de tout personnel des établissements et organismes participant à la prévention et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes”. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 3.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Il convient d'étendre à l'ensemble des professionnels en contact avec les patients le respect du secret médical. L'amendement vise à mieux prendre en compte la réalité de la prise en charge dans les établissements de santé, puisque celle-ci est, de fait, collective, ainsi que la logique du développement des réseaux de soins en apportant des garanties aux malades sur la confidentialité des informations les concernant.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir l'amendement n° 208.

M. Jean-Luc Préel. Il est très similaire. En réalité, la commission l'a repris.

M. le ministre délégué à la santé. Quelle magnanimité !

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable à la rédaction retenue par la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 3. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 208 tombe.

MM. Laffineur, Mattei, Perrut et Colombier ont présenté un amendement, n° 123, rédigé :

« Dans la dernière phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, substituer aux mots : “y compris à l'égard des autres professionnels” les mots : “ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système”. »

La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Cet amendement, adopté par la commission, procède du même esprit que le précédent. Toutes les personnes qui interviennent dans la filière de santé doivent être tenues au secret professionnel, qui ne s'impose pas aux seuls professionnels de santé.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Favorable.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable également.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 123.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 353 n'est pas défendu.

M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 4 rectifié, ainsi rédigé :

« Substituer au quatrième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les deux alinéas suivants :

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations, en violation du présent article, est puni d'un an d'emprisonnement et de 20 000 euros d'amende. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement, qui précise les règles garantissant la confidentialité des données médicales informatisées, aligne le dispositif sur les conditions posées par la loi pour les données de santé

figurant sur la carte de santé, c'est-à-dire l'avis public et motivé par la CNIL et la création d'une sanction pénale en cas de divulgation de ces informations.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 4 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Denis, rapporteur, M. Dubernard, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 5, ainsi rédigé :

« Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, substituer aux mots : "ou les membres de l'entourage direct de la personne malade", les mots : " , les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1115-5 du code de la santé publique". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. En cas de diagnostic grave, le médecin peut juger nécessaire d'en informer l'entourage du malade. L'amendement précise que cette information pourra être destinée, outre à la famille, aux proches, notion qui a été préférée à celle « d'entourage direct » mais aussi à la personne de confiance, s'il y en a une, que le malade aura désignée préalablement.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 5. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. C'est l'unanimité...

Les trois amendements n°s 207, 52 et 355 pouvaient être soumis à une discussion commune, mais l'amendement n° 355 n'est pas défendu.

L'amendement n° 207, présenté par MM. Foucher, Préel, Bur, Baguet, Blessig et Gengenwin, est ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, supprimer les mots : "dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits". »

L'amendement n° 52, présenté par M. Dubernard, est ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, supprimer les mots : "dans la mesure où elles leur sont nécessaires". »

La parole est à M. Jean-Pierre Foucher, pour soutenir l'amendement n° 207.

M. Jean-Pierre Foucher. Il ne semble pas qu'il y ait lieu de prévoir un contrôle des motivations des familles à connaître les causes du décès d'un parent, dès lors que celui-ci ne s'est pas opposé à la délivrance de cette information. Les familles n'ont pas à se justifier. Par ailleurs, qui serait chargé de juger les motivations ?

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard, pour soutenir l'amendement n° 52.

M. Jean-Michel Dubernard. Je suis un peu plus restrictif – puisque je ne propose que la suppression des mots « dans la mesure où elles leur sont nécessaires », pour

simplifier et faciliter la lecture. On a beaucoup reproché à ce texte d'être quelque peu alambiqué. Ma proposition le « désalambiquerait » un peu.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Défavorable. Le secret médical perdure après la mort de l'intéressé, bien évidemment. Il n'y a pas de raison d'ouvrir sans limite l'accès à l'information des ayants droit.

L'article reprend les cas où l'accès aux informations a été permis par le juge et permet d'opérer un tri entre les informations nécessaires et celles dont les ayants droit n'ont pas à connaître.

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

M. le ministre délégué à la santé. Je suis sensible à l'argument. Le secret médical perdure après la mort. Défavorable aux deux amendements.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. La rédaction du projet est une garantie de maintien du secret médical après la mort. Dire que l'on ne peut obtenir des informations que dans trois cas – connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir les droits – signifie que le médecin qui transmettra les informations devra faire un tri pour que ne soient transmises que celles qui concernent les cas voulus par le législateur. Ces trois éléments sont protecteurs du secret médical de la personne décédée. Il faut donc maintenir le texte du Gouvernement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 207.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 52.

(L'amendement n'est pas adopté.)

ARTICLE L. 1110-5 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques. L'amendement n° 6 est présenté par M. Denis, rapporteur, MM. Foucher, Préel, Bur, Baguet, Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ; l'amendement n° 210 par MM. Préel, Foucher, Bur, Baguet, Blessig et Gengenwin.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, après les mots : "son état", insérer les mots : "de santé". »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 6.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Amendement presque rédactionnel. Dans la mesure où l'on parle de santé ce soir, c'est de l'état « de santé » qu'il s'agit ici.

M. le président. Voilà qui est confirmé par MM. Préel et Foucher. *(Sourires.)*

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 6 et 210.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. M. Dubernard a présenté un amendement, n° 53, ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, substituer aux mots : "les soins les plus" les mots : "des soins". »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Il faut donner les soins appropriés, pas « les plus » appropriés. Nous en avons déjà discuté. C'est une figure de style et un problème rédactionnel.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Avis défavorable.

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

M. le ministre délégué à la santé. Sagesse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 53. *(L'amendement n'est pas adopté.)*

M. le président. M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 7 rectifié, ainsi rédigé :

« Compléter le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 110-5 du code de la santé publique par les mots : "ni des dispositions des articles L. 1121-1 et suivants du titre II du livre premier de la première partie du présent code". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement précise que le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques à l'efficacité reconnue ne doit pas faire obstacle au protocole de recherche qui serait effectué dans le cadre de la loi Huriet du 20 décembre 1988.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Dubernard a présenté un amendement, n° 54, ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 1110-5 du code de la santé publique par l'alinéa suivant :

« Chacun a droit à une mort digne. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Chacun a droit à une mort digne, nous en avons déjà débattu en commission. Mon amendement tend à mettre ce texte en cohérence avec d'autres textes de loi pour lui donner une certaine dimension – nous avons envisagé du même point de vue l'acharnement thérapeutique. On pourrait aussi faire référence à la loi Huriet-Sérusclat appliquée à d'autres secteurs. Le texte s'intégrerait ainsi dans un ensemble qui aurait du sens pour tous ceux qui vivent ces problèmes, patients ou professionnels de santé.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Il est vrai que la notion de dignité était à de très nombreuses reprises sous-jacente à la loi concernant les soins palliatifs. Nous pour-

rions nous abriter derrière cette loi qui a déjà représenté un apport considérable quant au respect de la volonté de la personne, en particulier s'agissant de la suppression de l'acharnement thérapeutique et des possibilités données à l'entourage au moment de la fin de vie.

M. Alfred Recours. Voilà un très bon amendement !

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Toutefois, les quelques opinions divergentes qui peuvent apparaître dans nos rangs me conduisent à m'en remettre – le rapporteur le peut-il ? – à la sagesse de l'Assemblée.

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

M. le ministre délégué à la santé. Tout à fait favorable à cet amendement. Je comprends bien qu'il n'est pas besoin de reprendre la même disposition de loi en loi. Evitons la redondance, soit : mais quand même, lisez, il s'agit ici du « droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur ». Ajouter « chacun a droit à une mort digne » me semble tout à fait dans la même ligne.

M. le président. La parole est à M. Bernard Charles.

M. Bernard Charles. Nous sommes plusieurs dans cet hémicycle, au-delà de clivages politiques, à nous battre pour que l'on puisse mourir dans la dignité, à refuser quelquefois l'acharnement thérapeutique. Je suis donc très favorable à l'amendement qui nous fournit l'occasion de l'écrire.

M. le président. La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Chacun de nous a suffisamment d'expérience en la matière pour approuver l'amendement dont l'adoption à l'unanimité montrerait que l'Assemblée nationale prend en compte une certaine réalité. Toute personne en fin de vie a droit à la dignité au moment de sa mort, absolument essentielle.

M. le président. La parole est à M. Alain Calmat.

M. Alain Calmat. Tout à fait favorable à cet amendement. A mon sens, il s'agit non seulement de parler de l'acharnement thérapeutique mais aussi des patients qui ne reçoivent plus de soins. Parfois malheureusement, pour telle ou telle raison que je ne développerai pas ce soir, ils sont laissés « dans un coin ». Il s'agit en l'occurrence de responsabiliser à la fois le corps médical – n'y voyez aucune critique, j'en fais moi-même partie – et tous ceux qui s'occupent des patients en fin de vie : même s'il n'y a plus rien à faire, il faut que la mort se passe dignement, ce qui n'est pas toujours le cas.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. S'il est important que toute l'Assemblée soit pour la notion d'une mort dans la dignité, il ne faut pas oublier que nos débats ne sont pas toujours exempts de positions parfois assez tranchées. Des associations militent pour « le droit de mourir dans la dignité ». Il ne faudrait pas que le vote de l'Assemblée puisse être interprété comme un choix particulier, l'adhésion à ce que préconisent ces associations.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Très bien !

M. Claude Evin. Le droit de mourir dans la dignité, c'est le droit d'avoir accès à un accompagnement, c'est le droit de donner son consentement à des soins et, inversement, de s'opposer à l'acharnement thérapeutique. Le vote de l'Assemblée, dont je pense en effet qu'il doit pouvoir être unanime, ne saurait être interprété comme une adhésion, du moins de l'ensemble des membres de l'Assemblée, à un testament de vie, comme un vote qui consisterait à préconiser l'euthanasie.

M. Jean Bardet. Très bien !

M. Claude Evin. Il n'était pas inutile de le préciser. Le Conseil constitutionnel lui-même a tenu à réaffirmer cette notion de dignité, qui convient en ce qui concerne la fin de vie, mais dont on ne saurait étendre le sens au-delà.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Il faut prendre toute la mesure de ce texte. Nous sommes nombreux, sur tous les bancs de l'Assemblée, à nous être battus pour qu'ait lieu un grand débat sur la douleur et les soins palliatifs. Au cours de ce débat, nous avons adopté l'article L. 1111-4 qui pose clairement le problème de la douleur et de la dignité de la personne dans une phase liée à notre condition humaine.

M. Claude Evin. En fait, la disposition proposée figure déjà dans la législation.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Et je crois que nous avons fait ce travail à l'unanimité. Ceci figure dans le code d'une manière extrêmement précise, et vous pouvez vous y référer : soulager la douleur, apaiser la souffrance, sauvegarder la dignité de la personne.

Nous n'avons pas intérêt à faire resurgir dans ce texte un difficile problème à propos duquel nous avons déjà légiféré. C'est pourquoi je soutiens le rapporteur et la commission qui n'a pas adopté l'amendement. Bien entendu, ce n'est pas sur le fond même que nous sommes en désaccord puisque nous avons déjà légiféré – c'est dans le code – mais sur l'insertion d'une phrase qui, je le crois, ne correspond pas à la nature du texte que nous sommes en train d'examiner.

M. le président. La parole est à M. Pierre Hellier.

M. Pierre Hellier. Mourir dans la dignité est déjà un droit. C'est vrai, et la précision de Claude Evin était nécessaire, il ne faut pas confondre euthanasie et droit de mourir dans la dignité.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Voilà !

M. Pierre Hellier. En tout cas, cela figure déjà dans la loi, le problème est réglé.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. C'est déjà dans la loi, effectivement, et je peux vous lire l'article !

M. Alain Calmat. Alors la loi n'est pas respectée !

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Dire « chacun a droit à une mort digne », a beaucoup plus de force que les alinéas successifs du texte antérieur, et renforce les dispositions sur les droits des malades. Si l'on ne lisait pas, dans un projet sur les droits des malades, que « chacun a droit à une mort digne », on devrait s'inquiéter ! L'examen des propositions de loi déposées à ce sujet montre qu'il y était fait presque toujours référence à la notion de dignité sans plus de précision.

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

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Il ne me semble pas que l'amendement apporte beaucoup à la loi de 1999, à l'élaboration de laquelle j'ai participé. J'avais moi-même préparé une proposition de loi sur le développement des soins palliatifs. Surtout, il me semble que la phrase pro-

posée risque d'avoir une résonance qui n'est probablement pas souhaitée dans les conditions actuelles, avec l'euthanasie dont Claude Evin a parlé. On en peut pas aborder cette question alors qu'elle n'a pas été débattue profondément en commission. En fait, il s'agit d'une réflexion qui dépasse le cadre de notre Assemblée, qui est du niveau de la nation.

M. Marc Laffineur. Non !

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Voilà pourquoi alors je maintiens un avis défavorable à l'amendement.

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

M. le ministre délégué à la santé. Aurais-je été un peu court précédemment ? Cette simple petite phrase, cette phrase très digne, soulève, en effet, de nombreux problèmes. Or les précisions apportées ne soulagent pas les interrogations que je garde. Je pense avoir été pour quelque chose dans la rédaction des textes antérieurs et dans le développement des soins palliatifs en France. Je pense que la douleur ne m'est pas étrangère...

Dans le texte évoqué par M. le président de la commission, il était question des soins palliatifs. Soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique et sauvegarder la dignité de la personne, ne soulève pas d'objection – pas de redondance, pas de nécessité d'être plus concis... Certes, je comprends l'argument de Claude Evin. Il ne s'agit pas d'adhérer à une association, elle-même très digne au demeurant...

M. Claude Evin. Tout à fait !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Le problème n'est pas là !

M. le ministre délégué à la santé. ... qui s'appelle le droit de mourir dans la dignité et qui propose avec des options que nous ne partageons pas – en tout cas, pas tout le monde sur ces bancs – des techniques de mort digne.

M. Bernard Charles. Tout à fait !

M. le ministre délégué à la santé. Il ne s'agit d'adhérer ni à cette association, ni à ce que contiennent ses statuts, ni à sa pratique. Il s'agit d'introduire dans un paragraphe où la phrase conviendrait très bien, même si c'est un peu insistant par rapport au code de la santé publique, une précision qui me paraît nécessaire pour des raisons déjà évoquées. Il y a bien des façons de mourir en dehors du recours à l'euthanasie qui n'est pas l'objet de notre débat.

Ecrire ici que la façon la plus digne de s'éteindre doit être choisie ne me paraît ni redondant, ni répétitif, ni inutile. C'est pourquoi je soutiens l'amendement de Jean-Michel Dubernard.

M. le président. La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. A mon tour, je me permets d'insister sur ce point extrêmement important. Si je partage les propos de Claude Evin, je crois que personne, ici, n'a envie d'engager un débat sur l'euthanasie, problème que l'amendement ne met pas du tout en cause. Nous sommes nombreux ici à être des praticiens. Les professionnels de la santé ressentent la mort comme un échec.

M. Bernard Charles. Tout à fait !

M. Marc Laffineur. Quelquefois, ils ont donc tendance à moins s'occuper des personnes qui sont en train de mourir. Or la dignité consiste à faire en sorte que ces personnes ne restent pas seules. Il faut que l'on s'occupe d'elles, qu'elles reçoivent un soutien, car elles sont des personnes humaines jusqu'à la mort.

Même si c'est déjà inscrit dans le code de la santé publique, il convient d'y insister dans un texte, qui justement porte sur l'information, sur le droit des malades. Ce n'est pas redondant, c'est important.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Mathieu-Obadia.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. J'ai été très sensible à l'argumentation de Claude Evin. C'est vrai qu'il ne faudrait pas qu'il y ait un espèce de « chevauchement » entre le nom de l'association dont il a parlé et la phrase proposée par Jean-Michel Dubernard. C'est pourquoi la rédaction me paraît très importante : « Chacun a droit à une mort digne ». C'est la personne qui est au centre et non une association. M. Evin a parfaitement raison de dire qu'il ne faut pas faire de transfert de l'un sur l'autre.

M. le président. La parole est M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Nous avons certes légiféré il y a deux ans sur cette question importante, mais je crois qu'il est bon de rappeler ce droit à une mort digne car, entre l'affirmation solennelle qui a été prononcée dans cet hémicycle et la réalité que vivent les familles et les malades, il reste un long chemin à parcourir.

M. Alain Calmat. Absolument !

M. Alfred Recours. Très bien !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Nous sommes d'accord.

M. Yves Bur. Il y aura peut-être également un long chemin à parcourir entre l'affirmation des droits des malades contenus dans ce projet et leur mise en œuvre. Les efforts que vous avez entrepris doivent être poursuivis et amplifiés.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Vous vous en doutez bien, monsieur le ministre, l'examen de cet amendement en commission a fait l'objet d'une argumentation. J'ai soutenu, avec Claude Evin, le rapporteur. Nous n'allons pas voter ce soir pour ou contre la dignité, pour ou contre la mort digne ! (*Exclamations sur divers bancs*). Ce serait absurde. Vous nous mettez dans une position difficile, monsieur le ministre.

Nous avons donné les raisons pour lesquelles nous n'avons pas jugé bon de retenir cet amendement.

M. Bur a parfaitement raison, entre le texte que nous avons voté fin 1999 et son application, il y a encore bien du chemin à parcourir. J'ai accompagné une personne qui m'est chère pour la publication d'un livre intitulé *La mosaïque de la douleur*, qui a eu le mérite de montrer les retards extraordinaires pris par la France en ce domaine, au nom d'ailleurs – je ne veux choquer personne – d'une conception judéo-chrétienne du rapport à la vie et à la mort. Sur ce plan, nous n'avons pas de divergences.

Mais, nous avons déjà adopté un texte. Appliquons-le ! Introduire dans ce projet, dont ce n'est pas le sujet, une phrase qui, on l'a vu sur tous les bancs de cette assemblée, suscite un débat complexe et peut prendre une signification qui dépasse celle qu'on lui a donné initialement, m'apparaît, monsieur le ministre, extrêmement difficile. Vous comprenez bien, que, malgré le respect que je vous dois et l'amitié que j'ai pour vous, si vous maintenez cette position, nous allons nous opposer à vous.

M. Alain Calmat. Pas nous !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Un vote pour ou contre la dignité face à la mort n'a pas de sens.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Les phrases ne sont pas les mêmes monsieur le président ! (*Protestations sur divers bancs*.)

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Très bien ! Puisque l'assemblée et le ministre souhaitent que soit adopté cet amendement...

M. Yves Bur. Il est essentiel !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. ... nous allons laisser le vote avoir lieu. Mais je tiens à répéter une fois de plus que je ne veux pas qu'il y ait de confusion.

M. Yves Bur. Il n'y en a pas.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. La position que nous avons prise en commission était argumentée. Je ne veux pas qu'elle soit prise à la légère. Elle avait une signification que Claude Evin et le rapporteur ont rappelée. Je crois qu'une ambiguïté vient d'être créée. (*« Mais non ! » sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe groupe Démocratie Libérale et Indépendants*). Nous l'assumons, monsieur le ministre, et nous y reviendrons.

M. le président. La parole est à M. Pierre Hellier.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Il est temps de passer au vote maintenant, monsieur le président.

M. le président. Je vais encore laisser s'exprimer très brièvement M. Hellier car le sujet est important... De toute façon, je suis hors règlement depuis le début de la discussion de cet amendement. (*Sourires*.)

M. Pierre Hellier. Je suis un peu étonné. Pourquoi dramatiser ? Il n'est pas dramatique de répéter un principe dans deux textes ?

M. le président. J'ai laissé chacun s'exprimer pour qu'il n'y ait pas de confusion et que l'on comprenne bien le sens des votes.

Je mets aux voix l'amendement n° 54.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 209, présenté par M. Prél et M. Foucher, est ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 1110-5 du code de la santé publique par l'alinéa suivant :

« Un décret en Conseil d'Etat précise, après avis de leurs organisations représentatives, les conditions d'application du présent article pour chaque profession. »

L'amendement n° 382, présenté par M. Dubernard, est ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 1110-5 du code de la santé publique par l'alinéa suivant :

« Un décret en Conseil d'Etat précise, après avis de leurs organisations représentatives, pour chaque profession les conditions d'application du présent article. »

La parole est à M. Jean-Pierre Foucher, pour soutenir l'amendement n° 209.

M. Jean-Pierre Foucher. Il s'agit de donner une accréditation aux laboratoires de biologie médicale. Bien que je ne sois pas sûr que cet amendement ait vraiment sa

place dans cet article, il me paraît quand même important, pour assurer la qualité des soins dont on parlait tout à l'heure, qu'il y ait des laboratoires agréés par l'ANAES. C'est d'ailleurs conforme au « Grenelle de la santé » de juillet 2001.

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard, pour soutenir l'amendement n° 382.

M. Jean-Michel Dubernard. Même argumentation.

M. le président. Les deux amendements ne sont pas tout à fait les mêmes, monsieur Dubernard ; peut-être pourriez-vous vous associer à l'amendement de M. Foucher, pour que ce soit plus simple ?

M. Jean-Michel Dubernard. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 382 est retiré.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 209 ?

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, dans la mesure où, comme M. Foucher l'a dit lui-même, il est mal placé à cet article.

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

M. le ministre délégué à la santé. Honnêtement, je ne crois pas que ce soit l'endroit pour un tel amendement et je n'en comprends pas très bien l'objet. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 209.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 378, ainsi rédigé :

« Après le texte proposé pour l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, insérer l'article suivant :

« *Art. L. 1110-5-1.* – Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté délivré au sein des établissements de santé. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement tend à reconnaître le droit à un suivi scolaire pour tout enfant hospitalisé.

La scolarité est chez nous obligatoire jusqu'à l'âge de seize ans et, pour certains enfants, qui passent des mois, voire des années à l'hôpital, il serait logique d'assurer une continuité de service dans ce domaine. Si, depuis de nombreuses années, des enseignants du primaire relevant de l'éducation nationale sont affectés dans les hôpitaux d'enfants, il n'en va pas toujours de même au niveau du secondaire. La situation est plus confuse et, bien souvent, ce sont des associations de bénévoles qui assurent ces cours.

L'expérience menée à Nancy pendant une dizaine d'années montre que, pour les matières les plus demandées, ce sont quatre postes d'enseignant qu'il serait nécessaire d'obtenir. Au niveau national, il en faudrait probablement moins de deux cents. Ces enseignants pourraient collaborer avec des associations existantes de bénévoles, agréées par le ministère ou bien encore pourraient créer une structure pédagogique nouvelle regroupant tous les enseignants, bénévoles ou non, en milieu hospitalier, du primaire au baccalauréat.

Les enfants, les parents, les personnels, médical et soignant, apprécient, d'après mes informations, les interventions des enseignants, et les résultats scolaires sont encourageants.

Dans notre pays, la maladie ne doit plus représenter un handicap scolaire. La médecine fait de plus en plus de progrès. Il serait déplorable que ces derniers ne soient pas accompagnés d'une scolarité adaptée.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. le ministre délégué à la santé. Extrêmement favorable à cet amendement !

M. le président. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Je suis surpris. Un certain nombre d'amendements déposés par l'opposition dans ce sens ont été jugés irrecevables en application de l'article 40 de la Constitution. Or cet amendement, qui semble pourtant engager des dépenses supplémentaires, y a échappé. L'application de l'article 40 serait-elle sélective ?

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Nous ne pouvons qu'être favorables à cet amendement. Nous avons tous milité pour que les enfants atteints de maladies chroniques bénéficient d'un soutien et d'une scolarisation adaptée.

Ce qui nous surprend, nous aussi, c'est que cet amendement ait passé le cap du contrôle de la commission des finances, car nombreux sont les amendements que nous avons déposés, qui ont été « retoqués » au titre de l'article 40.

Mme Catherine Génisson. Il en est de même pour nous.

M. Bernard Accoyer. Je demande donc à M. le président de la commission des affaires sociales de contacter le président de la commission des finances afin qu'il nous explique comment cet amendement, à la différence de ceux déposés par l'opposition, a pu parvenir en séance publique.

M. Yves Bur. Il est fait une application sélective de l'article 40.

M. Alain Calmat. Nous aussi nous avons eu des amendements qui sont tombés sous le couperet de l'article 40.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. La commission des finances, monsieur le député, je peux en témoigner puisque j'en ai été le président en d'autres temps – est tout à fait neutre. Elle procède, conformément aux dispositions de l'article 40 de la Constitution, à une analyse des propositions d'amendements formulées pour voir si leur adoption engagerait ou non des dépenses nouvelles.

Dans le cas présent, il n'y en a pas. L'amendement suppose un redéploiement des moyens de l'éducation nationale. Contact a été pris avec celle-ci. Ne faites donc aucun reproche à Henri Emmanuelli. D'ailleurs si nous lui en faisons, il nous regarderait d'un œil sévère et nous aurions peut-être d'autres difficultés.

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

M. le ministre délégué à la santé. Je veux rassurer M. Accoyer, qui s'inquiète souvent.

M. Bernard Accoyer. Je suis un grand anxieux ! *(Sourires.)*

M. le ministre délégué à la santé. Il n'y a là aucune discrimination politique ni favoritisme. Certainement pas. Nous nous sommes renseignés auprès du cabinet du ministre de l'éducation nationale. La moitié au moins des personnels de l'éducation nationale qui travaillent dans ce cadre-là sont bénévoles. Voilà pourquoi l'article 40 ne s'applique pas, monsieur Bur. Il n'en est pas fait une application sélective suivant la demande.

M. Yves Bur. Je ne visais pas cette disposition en particulier... C'était une remarque générale.

M. le président. La parole est à M. Pierre Hellier.

M. Pierre Hellier. On ne peut, bien entendu, qu'être d'accord avec cet amendement, mais je suis quand même un peu étonné car dans le milieu social normal on rencontre beaucoup de difficultés à faire suivre des enfants handicapés. Or, la disposition envisagée ne pose apparemment aucun problème !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Pas du tout !

M. Jean-Pierre Foucher. Il y a deux cents postes vacants dans l'éducation nationale.

M. le ministre délégué à la santé. Il y aura là aussi des difficultés !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 378.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

Je mets aux voix l'article 1^{er} du projet de loi, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 1^{er} du projet de loi, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 1^{er}

M. le président. MM. Denis Claeys, Charles et Mme Benayoun-Nakache ont présenté un amendement, n° 99, ainsi libellé :

« Après l'article 1^{er}, insérer l'article suivant :

« I. – Dans le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du code civil, après l'article 16-12, il est inséré un article 16-13 ainsi rédigé :

« Art. 16-13. – Nul ne peut faire l'objet de discriminations en raison de ses caractéristiques génétiques. »

« II. – La section I du chapitre V du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifiée :

« 1^o Dans le premier alinéa de l'article 225-1, après les mots : "de leur état de santé, de leur handicap", sont insérés les mots : ", de leurs caractéristiques génétiques" et au deuxième alinéa du même article, après les mots : "de l'état de santé, du handicap", sont insérés les mots : "des caractéristiques génétiques" ;

« 2^o Le 1^o de l'article 225-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : "toutefois ces discriminations sont punies des peines prévues à l'article précédent lorsqu'elles se fondent sur la prise en compte de tests génétiques prédictifs ayant pour objet une maladie qui n'est pas encore déclarée ou une prédisposition génétique à une maladie ;". »

« III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 122-45 du code du travail, après les mots : "de sa situation de famille," sont insérés les mots : "de ses caractéristiques génétiques,". »

La parole est à M. Alain Claeys.

M. Alain Claeys. Je présente cet amendement avec mon collègue Bernard Charles et Mme Benayoun-Nakache.

Les examens génétiques peuvent permettre, nous le savons tous, une surveillance accrue des personnes risquant de développer une maladie d'origine génétique. La capacité de détecter la possibilité de développement de ces maladies avant qu'elles n'apparaissent constitue un espoir pour des milliers de familles. C'est l'aspect positif des examens génétiques, même si on ne doit pas tout attendre d'eux. La portée prédictive des examens doit en effet être relativisée car ils ne permettent pas toujours d'être certain que la personne ayant subi le test développera la maladie en cause. Dans certains cas, ces examens ne peuvent conduire à des traitements adaptés et, parfois, la maladie reste, hélas, à ce jour, incurable.

L'autre aspect de la question est celui des risques de discrimination. Le refus de toute discrimination repose sur l'idée fondamentale que les hommes sont tous égaux en dignité et en droit. La discrimination selon le patrimoine génétique n'est pas radicalement différente de celle basée sur la race. Il faut donc prévenir toute dérive vers des conceptions sociales ou politiques fondées sur la discrimination et la classification sociale des individus en fonction de leur patrimoine génétique et de leurs supposées qualités intrinsèques.

Sur le plan international, différents textes ont déjà pris soin de condamner toute forme de discrimination fondée sur le patrimoine génétique. C'est le cas de l'article 11 de la convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la biomédecine que la France a signé et doit encore ratifier. C'est également le cas de l'article 6 de la déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme. C'est encore le cas de l'article 21 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Dans le présent amendement, il est proposé que la loi française interdise directement et expressément toute forme de discrimination fondée sur le patrimoine génétique. A cette fin, il propose d'insérer un nouvel article dans le code civil affirmant le principe spécifique de non-discrimination en raison des caractéristiques génétiques, de prévoir la sanction pénale du non-respect de ce principe en prévoyant le délit de discrimination en raison des caractéristiques génétiques ; d'interdire expressément les discriminations fondées sur les caractéristiques génétiques en matière de droit du travail – recrutement, sanction et licenciement –, d'interdire la prise en compte de tests génétiques prédictifs ayant pour objet une maladie qui n'est pas encore déclarée ou une prédisposition génétique à une maladie, notamment pour la couverture du risque décès.

Cet amendement rejoint la préoccupation exprimée par le Gouvernement à l'article 1^{er} du projet de loi relatif à la bioéthique. Les travaux de la mission d'information commune préparatoire à la révision des lois relatives à la bioéthique de juillet 1994 ont montré l'existence du plus large accord sur la nécessité de prohiber les discriminations en raison des caractéristiques génétiques. Il apparaît donc possible d'anticiper sur ce point les futures discussions du projet de loi relatif à la bioéthique sans lui retirer toute sa substance car d'autres sujets d'importance majeure y seront abordés. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

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

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Avis favorable.

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

M. le ministre délégué à la santé. Le Gouvernement est favorable à cet amendement. Il vise à combler une lacune de la législation qui ne prévoit pas le nouveau facteur de discrimination que peut constituer la connaissance des caractéristiques génétiques. C'est une précision très importante, parce que les risques potentiels de discrimination liés à leur utilisation tendent à croître, notamment dans le domaine de l'assurance et de l'emploi, d'autant que l'offre sur le marché de tests de prédispositions à des maladies génétiques se développe.

L'amendement que vous présentez, monsieur le député, a le mérite, comme nous l'avons prévu dans la révision de la loi relative à la bioéthique, de modifier à la fois le code de la santé publique, le code pénal et le code du travail. Je vous remercie de l'avoir présenté.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 99. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 8, ainsi libellé :

« Après l'article 1^{er}, insérer l'article suivant :

« Avant le dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement tend à inclure dans les missions des établissements de santé la réflexion sur les questions d'éthique qui se posent à l'hôpital. L'incitation à mener cette réflexion doit permettre de susciter une sensibilisation aux questions des droits des malades et de garantir leur mise en œuvre.

Je souhaiterais évoquer l'exemple de l'espace éthique de l'APHP. Les réalités du soin, qui demandent des qualités de discernement et d'argumentation, sont en étroite corrélation avec la valeur de la concertation menée au sein des équipes en relation avec le malade et ses proches. Dans un contexte où de nouvelles formes de médiation s'imposent – et nous sommes là, me semble-t-il, au cœur même de cette loi –, l'hôpital doit afficher et affirmer une exigence significative en matière d'éthique.

Cette exigence s'impose à tous. A l'intérieur de l'hôpital, elle pourrait se traduire par une éthique hospitalière s'appliquant, plus particulièrement, au quotidien de la relation aux soins, aux rapports interindividuels, aux choix institutionnels. Un établissement hospitalier peut être apprécié au regard de son niveau de préoccupation éthique qui touche, par exemple, au respect de la personne et à la qualité de l'accueil, du suivi relationnel, de l'information, de l'écoute, de la lutte contre la douleur, du partage de la décision, de l'accompagnement dans la maladie et dans la fin de vie.

Les recommandations qui ont contribué aux évolutions les plus évidentes dans la démocratisation du soin se sont exprimées au cours de ces dernières années en termes d'éthique professionnelle. Il convient donc de mettre à la disposition des professionnels – et c'est l'objet de cet amendement – la culture et les outils indispensables au renforcement des mutations actuelles.

Cette mission pourrait aussi s'ouvrir sur la ville puisque les membres de la cité sont introduits maintenant au sein de l'hôpital – associations de bénévoles, de per-

sonnes malades et d'usagers – et que la démocratie hospitalière les concerne, évidemment, au premier chef. Je ferai des propositions pour organiser cette mission qui pourrait se traduire par la création d'instituts universitaires d'éthique hospitalière et du soin, ou de pôles régionaux de référence avec des observatoires régionaux d'éthique hospitalière, chaque hôpital n'ayant pas la structure et l'environnement nécessaires pour mener une réflexion qui embrasse l'ensemble des problèmes de l'hôpital.

Cet amendement répond tout à fait aux objectifs du présent projet. Il permet d'encourager par une démarche volontaire les équipes soignantes à s'approprier la démocratie sanitaire.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Très bien !

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

M. le ministre délégué à la santé. Je suis très heureux de cette proposition, monsieur le rapporteur. La dimension éthique est bien, en effet, une composante essentielle de la réflexion que les établissements de santé doivent conduire afin – et c'est le sens de notre texte – d'améliorer les conditions de prise en charge des personnes qu'ils accueillent.

A ce propos, permettez-moi de vous rappeler que nous avons mis en place, il y a quelques mois, une mission pour le développement de l'éthique clinique. Je pense que le renouvellement de la relation entre le médecin et le malade qu'institue ce projet nécessite d'être accompagné. La loi est essentielle, certes, mais elle ne suffira pas, à elle seule, à faire évoluer les comportements, concrètement, sur le terrain. Il n'est pas si facile, pour un malade, même s'il le souhaite, de participer à la décision médicale – on l'a dit et on aura l'occasion de le redire au cours de ce débat – dès lors même que cette décision le concerne, surtout s'il s'agit d'une décision grave. Et il n'est pas non plus facile pour un médecin de changer, du jour au lendemain, sa manière de faire – ou même de s'interroger sur elle : quelle est donc la bonne décision à prendre ? Quels en sont les enjeux ? Qui doit la prendre ? Le médecin ? Le malade ? Les deux ? Ses proches ? L'équipe soignante dans son ensemble ? Souvenez-vous à ce propos de ce que nous avons dit s'agissant des soins palliatifs : que l'ensemble de l'équipe devait être consulté.

Les questions éthiques sont nombreuses et je vous remercie d'avoir fait plus qu'y faire allusion, de l'avoir inscrit dans la loi.

M. le président. La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. En lisant cet amendement, j'ai d'abord pensé qu'on ne pouvait qu'être d'accord sur l'esprit. Puis j'ai craint qu'on ajoute une structure supplémentaire à l'hôpital, alors qu'il existe déjà tant de commissions.

Mais, lundi soir, j'ai regardé une émission de télévision, à la fin de laquelle, monsieur le ministre, vous êtes intervenu, du moins, je le crois, car, je m'en excuse, je me suis endormi avant ! (*Sourires.*)

M. le ministre délégué à la santé. Est-ce moi qui vous ai endormi ?

M. Marc Laffineur. Pas du tout !

M. le président. C'était avant votre intervention, monsieur le ministre !

M. Marc Laffineur. En tout les cas, j'ai été effrayé par ce que j'ai vu et, depuis, il m'est indifférent que soit créée une structure de plus !

Les malades étaient triées selon le coût qu'ils allaient représenter pour l'hôpital. Si leur pathologie devait coûter trop cher, on leur disait qu'il n'y avait plus de place pour eux.

J'avoue que mes cheveux se sont dressés sur ma tête. Existe-t-il vraiment, me suis-je demandé, des professionnels de santé capables de choses pareilles ? Je n'y croyais pas. Mais vous l'avez vu, vous aussi, monsieur le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. Non, je n'ai pas vu ce reportage !

M. Marc Laffineur. Alors, vous feriez bien de vous en faire remettre un enregistrement car, ce qu'ont vu des millions de Français est intolérable.

De ce fait, maintenant, je suis plutôt pour l'amendement.

M. le président. La parole est à M. Pierre Hellier.

Plusieurs députés du groupe du Rassemblement pour la République. Il a tout vu !

M. Pierre Hellier. Oui, j'ai tout vu et j'ai été vraiment très mal à l'aise d'entendre à la suite, monsieur le ministre, votre intervention que je n'ai guère appréciée parce que trop modérée. Je la comprends mieux maintenant, sachant que vous n'aviez pas vu ces images.

Il est, en effet, effrayant de voir refuser à un malade l'entrée dans un service hospitalier au motif qu'il va coûter trop cher et « emboliser » le service.

Tout à l'heure, quand je vous ai dit « tout va bien », j'étais encore marqué par cette émission. Monsieur le ministre, voyez-la : elle a quelque chose d'intolérable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 8. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

L'amendement n° 336 n'est pas défendu.

M. Jean-Luc Préel. Si, je le reprends.

M. Aschieri, Mme Aubert, M. Mamère et M. Marchand ont présenté un amendement, n° 336, ainsi rédigé :

« Après l'article 1^{er}, insérer l'article suivant :

« Il est créé une agence d'évaluation des médecines non conventionnelles. Les modalités de fonctionnement seront précisées par un décret puis en Conseil d'Etat. »

Cet amendement, qui n'est pas défendu par ses auteurs, est repris par M. Jean-Luc Préel, qui a la parole.

M. Jean-Luc Préel. Bien que ce ne soit pas l'usage, je reviens sur ce que nous venons de voter. Je n'ai pas vu l'émission mais je sais très bien que, aujourd'hui, à cause du coût des molécules anticancéreuses, certains hôpitaux, même spécialisés, ont tendance à renvoyer les malades vers d'autres établissements. S'il est bon qu'il y ait un comité d'éthique dans tous les hôpitaux, il me paraît surtout essentiel que chacun d'entre eux ait les moyens de soigner les malades !

Quant à l'amendement de M. Aschieri, il est très intéressant pour deux raisons.

D'abord, monsieur le président de la commission, parce qu'il a franchi l'obstacle de l'article 40. N'est-il pas remarquable que créer une agence ne coûte rien ? J'en suis très heureux !

Cela dit, sur le fond, il s'agit d'évaluer les médecines non conventionnelles – c'est un vrai problème dans notre pays – afin d'éviter les dérives sectaires ou frauduleuses. Ce n'est pas inutile.

M. Bernard Charles et M. Alfred Recours. A quoi sert donc l'ANAES ?

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. L'amendement a été repoussé par la commission. En effet, l'ANAES est là pour contrôler et évaluer toute les activités médicales. En outre, alors que son objectif est apparemment de les contrôler, on peut craindre, en réalité, que l'amendement n'aboutisse à une reconnaissance de ces médecines non conventionnelles.

Quant à son exposé sommaire, il évoque des « dérives sectaires » qui montrent à quel point elles peuvent être dangereuses. Il faut donc les condamner ici –, ce que je fais à titre personnel. Nous sommes défavorables à cet amendement.

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

M. le ministre délégué à la santé. Je suis défavorable à cet amendement.

Je voudrais ajouter un mot à ce qui a été dit à propos d'une émission que je n'ai pas vue, mais il s'agit d'une réalité que je ne méconnais pas. On m'a souvent informé que l'enveloppe globale distribuée au niveau de la région à des établissements hospitaliers publics ne leur permettait pas d'assurer à certains patients nécessitant une thérapeutique coûteuse une partie voire la totalité de leur traitement. Et l'on me dit – on vous le dit sans doute aussi – qu'il est alors plus facile d'avoir recours à la médecine de ville car chaque prescription y est remboursée, ou aux établissements privés. C'est bien triste, mais cela permet tout de même une prise en charge du moins quand il ne s'agit pas de thérapeutiques trop lourdes.

On sait aussi – et, croyez-moi, j'en suis tout aussi indigné que vous – qu'il arrive qu'on n'utilise pas les molécules nouvelles, extrêmement coûteuses certes, mais très efficaces – je pense à l'herceptine, parce que c'est souvent à propos de cette molécule que le problème se pose. J'y veillerai et je vais demander une mission particulière sur ces sujets. Je ne tolérerai pas que, dans un système de soins qui dépense près de 1 000 milliards par an dont 75 % pour les salaires, l'on essaie de réaliser des économies sur la thérapeutique qui coûte infiniment moins. Cela m'est particulièrement insupportable ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Je déplore, avec M. le ministre, les transferts de malades et de pathologies de l'hospitalisation publique à l'hospitalisation privée.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Et dans l'autre sens ?

M. Bernard Accoyer. J'insiste auprès de lui sur l'impérieuse nécessité de considérer l'hospitalisation privée comme faisant partie intégrante du système d'hospitalisation et devant, de ce fait, être sauvée : sa survie va se décider dans les jours qui viennent !

M. Alain Calmat. Elle ne reçoit pas tous les malades !

M. Bernard Accoyer. Quant à l'amendement des Verts, repris par M. Préel, la commission, à juste titre, ne l'avait pas accepté, mais il doit nous pousser à la réflexion, car nous entrons dans un domaine qui n'a pas de limites, celui du charlatanisme.

M. Jean-Luc Préel. Absolument !

M. Bernard Accoyer. Les sciences, enseignées dans les universités du monde entier sur la base de travaux de recherche – et qui incluent d'ailleurs des procédures dites

« originales » – ont évalué depuis bien longtemps ce que l'on présente à des personnes insuffisamment cultivées ou informées comme des médications ou des méthodes miracles.

Monsieur le ministre, en tant que ministre de la santé, j'en appelle à votre vigilance vis-à-vis d'un mouvement que l'on voit naître – je l'ai même malheureusement perçu dans certains amendements, dont un amendement du Gouvernement touchant à une profession qui n'existe pas, les psychothérapeutes, que la loi ne les définit pas. Il y a à cet égard un vide juridique puisqu'on ne peut, en réalité, que parler de psychothérapie.

M. Bernard Charles, rapporteur. C'est ce que nous avons fait dans l'amendement !

M. Bernard Accoyer. Le problème est de savoir qui peut dispenser des psychothérapies. Il ne faudrait pas, à la faveur d'un simple amendement, ouvrir subrepticement une porte et revenir sur les professions autorisées à dispenser des soins aux Français.

Enfin, m'adressant au président de notre séance, et à travers lui au président de l'Assemblée, je lui demande de bien vouloir saisir la conférence des présidents à propos de certains amendements que nous sommes invités à examiner et qui ont passé, dans des conditions tout à fait surprenantes, le filtre de l'article 40.

Va-t-on prétendre que, pour créer une agence d'évaluation des médecines non conventionnelles, on va redéployer des personnels de l'éducation nationale par le biais de déjà trop nombreuses mises à disposition ?

M. le président. Votre demande sera transmise.

La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Monsieur le ministre, je veux revenir sur l'émission de lundi soir.

M. Alain Calmat. Sommes-nous à *Télé 7 jours* ou quoi ? (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. le président. Mes chers collègues, s'il vous plaît !

M. Marc Laffineur. N'essayez pas, monsieur Calmat, de perturber par vos vociférations un débat qui, jusqu'à présent, était d'un bon niveau !

Vous feriez bien, monsieur le ministre, de ne pas prendre la parole après des reportages que vous n'avez pas vus. (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Revenez donc à l'amendement, monsieur Laffineur, et laissez M. le ministre faire ce qu'il veut !

M. Marc Laffineur. C'est lui-même qui a reparlé de cette émission...

M. Bernard Charles, rapporteur. Monsieur Laffineur, montez une agence de communication !

M. Alain Calmat. J'ai bien fait d'intervenir, la suite l'a montré !

M. Marc Laffineur. ... et je m'adressais à lui sans esprit polémique. Dès lors qu'on a des responsabilités, on doit faire très attention à ce qu'on dit, surtout devant des millions de Français.

J'en reviens à l'amendement qui, à l'évidence, est destiné à faire reconnaître les médecines non conventionnelles.

M. Alfred Recours. Evidemment !

M. Marc Laffineur. Il n'a pas d'autre objet et je partage l'avis du rapporteur... même s'il l'a donné de façon gentille parce que ce sont ses alliés qui l'ont déposé.

M. Bernard Charles. Mais c'est Prétel qui l'a repris ! Va-t-il adhérer au groupe RCV ?

M. Marc Laffineur. Il l'a repris, certes, mais pour le combattre ! Nous savons tous le mal qui est fait à certains de nos concitoyens qui – on ne saurait le leur reprocher – perdus devant une maladie très graves, se tournent vers n'importe qui. Il faut combattre cet amendement.

M. Claude Evin. Tout le monde est contre ! Il n'y a donc pas lieu d'en discuter !

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Veillons à ne pas opposer hospitalisation privée et hospitalisation publique. Il n'y a en France qu'un système d'hospitalisation, dont la source de financement est toujours la même : la poche des Français ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.*)

Pouvons-nous, par ailleurs, prétendre disposer du meilleur système de santé du monde...

M. Alfred Recours. Mais oui !

M. Jean-Michel Dubernard. ... alors que se produisent pareils phénomènes ? En tout cas, il est prêt à s'effondrer et nous sommes nombreux à l'avoir signalé dans la discussion générale. Nous devons prendre très au sérieux ces informations. Le fait qu'elles passent dans le grand public est préoccupant.

Enfin, pour revenir à l'amendement, on en comprend l'esprit, et si, je devais le soutenir, je le sous-amenderais en remplaçant par « thérapies » le mot « médecines » non conventionnelles. Cela permettrait peut-être d'évacuer le débat sur les chiropracteurs, que notre excellent collègue Bernard Charles propose d'introduire dans le texte, par amendement, un peu plus loin.

M. Bernard Charles. On en reparlera !

M. Jean-Michel Dubernard. On peut en parler dès maintenant car je n'interviendrai pas sur ce thème ultérieurement.

Certains « issus de très bonnes écoles et ayant pratiqué la kinésithérapie en France » sont tout à fait compétents, mais d'autres peuvent se révéler extrêmement dangereux. J'ai cité la thèse indigne qui, défendue à Lyon, a permis à son auteur d'obtenir un doctorat en médecine. Il avait présenté à tous les chiropracteurs de la ville et de la région une radiographie qui montrait des métastases de la colonne vertébrale : aucun n'a refusé de le manipuler, ce qui lui aurait fait courir un risque majeur s'il avait été réellement malade. Ladite thèse était indigne mais elle a le mérite de poser le problème de l'évaluation qui a lieu pour évaluer toutes les pratiques conventionnelles – thérapies, médecines, diagnostics. On ne peut pas laisser tout un champ libre de ce contrôle. Réfléchissons-y dès ce soir, ce que nous permet l'amendement de M. Aschieri dont je salue l'intérêt.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Alfred Recours.

M. Alfred Recours. Je crains que cet amendement ne crée pas une agence d'évaluation mais une sorte d'ordre des médecines non conventionnelles. Certains de mes

collègues ont eu raison de placer la discussion sous l'angle du charlatanisme. En effet, il y a beaucoup de charlatans dans ce type de pratiques. Il y a aussi – puisqu'il a été question de dérives sectaires – beaucoup de médecins qui, formés à la médecine conventionnelle, mais utilisant certaines pratiques non conventionnelles, se font les pourvoyeurs des sectes.

Pour des raisons générales, mais aussi personnelles, ayant eu à connaître des conséquences les plus néfastes de ce type de pratique, je ne peux que m'opposer à un tel amendement. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Je veux bien tout ce qu'on veut, mais voilà un amendement qui n'a pas été défendu...

M. le président. Si, il a été défendu par M. Préel.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. M. Préel l'a défendu pour avoir le plaisir d'intervenir !

Je connais bien M. Aschieri, je souhaite que cet amendement soit rejeté, mais évitons d'accuser M. Préel, qui a défendu l'amendement, de soutenir le charlatanisme !

M. Alfred Recours. C'est vrai, pourtant !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. C'est dangereux pour M. Préel et pour M. Aschieri, et c'est mettre en doute la bonne foi de M. Préel.

M. le président. Je veux bien ouvrir le débat mais, à partir du moment où il part de travers, je reviens au règlement, c'est-à-dire deux intervenants. (*Exclamations sur plusieurs bancs.*) Sinon, c'est un abus de liberté.

M. Jean-Luc Préel. Je vais retirer l'amendement, monsieur le président.

Je l'ai défendu parce qu'il me paraissait extraordinaire que cet amendement n'ait pas été refusé au titre de l'article 40. Je voulais le signaler.

M. le président. Monsieur Préel !

M. Jean-Luc Préel. Par ailleurs, de telles pratiques sont du charlatanisme, et je trouverais normal qu'elles soient évaluées. La bonne façon de prouver que c'est du charlatanisme, c'est de montrer qu'elles ont des conséquences dramatiques.

M. le ministre délégué à la santé. Cela a déjà été fait !

M. Jean-Luc Préel. M. Dubernard me souffle qu'il est prêt à évaluer l'homéopathie par la même occasion...

M. le président. Bref, monsieur Préel, l'amendement est-il retiré ?

M. Jean-Luc Préel. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 336 est retiré.

Dorénavant, j'ouvrirai moins la discussion sur chaque amendement. (*Exclamations.*)

A la demande du Gouvernement, la séance est suspendue quelques minutes.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt-trois heures dix, est reprise à vingt-trois heures vingt.*)

M. le président. La séance est reprise.

Article 2

M. le président. « Art. 2. – L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Les médecins conseils du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité ont accès aux données de santé à caractère personnel nécessaires à l'exercice de leurs missions. »

M. Denis, rapporteur, M. Dubernard, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 9 rectifié, ainsi libellé.

« Rédiger ainsi le dernier alinéa de l'article 2 :

« V. – Les praticiens conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement tend à mieux encadrer la levée du secret médical que suppose l'exercice du contrôle médical.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 9 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. MM. Laffineur, Perrut et Colombier ont présenté un amendement, n° 124, ainsi rédigé :

« Compléter l'article 2 par l'alinéa suivant :

« La consultation de ces données doit obligatoirement être déclarée aux personnes dont les dossiers sont consultés. »

La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Si des dossiers sont consultés, il faut le déclarer car, si des informations d'ordre médical et privé sont divulguées, le malade doit savoir d'où ça peut venir. S'il n'y a pas eu de déclaration, il va se retourner contre les médecins ou les professionnels hospitaliers ou de clinique.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Défavorable, car l'amendement serait lourd à mettre en œuvre. On peut se demander comment, en pratique, un tel contrôle pourrait s'exercer.

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

M. le ministre délégué à la santé. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 124.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 2, modifié par l'amendement n° 9 rectifié.

(*L'article 2, ainsi modifié, est adopté.*)

Article 3

M. le président. « Art. 3. – L'article L. 1414-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins experts de l'agence ont accès aux données de santé à caractère personnel nécessaires à l'exercice de leur mission d'accréditation lors de leurs visites sur les lieux. »

M. Denis, rapporteur, M. Dubernard, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 10 rectifié, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le dernier alinéa de l'article 3 :

« Les médecins experts de l'agence n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission d'accréditation lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Même argument que précédemment pour les médecins exerçant à l'ANAES.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 10 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 3, modifié par l'amendement n° 10 rectifié.

(L'article 3, ainsi modifié, est adopté.)

Article 4

M. le président. « Art. 4. – Il est inséré, après le deuxième alinéa du II de l'article 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire, un alinéa ainsi rédigé :

« Les membres de l'inspection générale des affaires sociales titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice en France de la profession de médecin, ont accès aux données de santé à caractère personnel nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, lors de leurs visites sur les lieux. »

M. Denis, rapporteur, M. Dubernard, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 11 deuxième rectification, ainsi libellé :

« Après le mot : "médecin," , rédiger ainsi la fin du dernier alinéa de l'article 4 : "n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Même argument.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 11 deuxième rectification.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 4, modifié par l'amendement n° 11 deuxième rectification.

(L'article 4, ainsi modifié, est adopté.)

Article 5

M. le président. « Art. 5. – Les articles L. 1111-1, L. 1111-3, L. 1111-4 et L. 1111-5 du code de la santé publique deviennent respectivement les articles L. 1110-7, L. 1110-8, L. 1110-9 et L. 1110-10. »

« L'article L. 1111-2 est abrogé. »

Je mets aux voix l'article 5.

(L'article 5 est adopté.)

Article 6

M. le président. Je donne lecture de l'article 6.

CHAPITRE II

Droits des usagers

« Art. 6. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{er}

« Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

« Art. L. 1111-1. – Toute personne doit, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité, être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

« Cette information est assurée par tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui lui sont applicables.

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-4. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées pour les professionnels de santé par leurs codes de déontologie respectifs et, pour les établissements et réseaux de santé ou tout autre organisme concerné, par décret en Conseil d'Etat.

« Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« En cas de litige, il appartient au professionnel de santé d'apporter la preuve que l'information a été donnée à la personne dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

« *Art. L. 1111-2.* – Toute personne a droit à sa demande à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« *Art. L. 1111-3.* – Toute personne prend, compte tenu des informations et préconisations des professionnels de santé, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical, aucun traitement ne peut être pratiqué sans son consentement libre et éclairé. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-5, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par l'intéressé, par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées pour les professionnels de santé par leurs codes de déontologie respectifs et, pour les établissements et réseaux de santé ou tout autre organisme concerné, par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 1111-4.* – Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale, sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

« Lorsqu'une personne mineure bénéficie des dispositions prévues à l'article L. 161-14-1 du code de la sécurité sociale ainsi que de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du même code lorsque les liens de famille sont rompus, son seul consentement est requis.

« *Art. L. 1111-5.* – Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance qui sera consultée dans le cas où lui-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

« Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

« *Art. L. 1111-6.* – Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

« Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un praticien qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée.

« A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique relevant du chapitre II ou du chapitre III du titre I^{er} du livre II de la troisième partie peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur lorsque ces risques sont d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-4, dans le cas d'une personne mineure le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

« En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

« *Art. L. 1111-7.* – Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent chapitre, et en particulier les délais dans lesquels les informations sont délivrées. Les modalités d'accès aux informations concernant

la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel, premier orateur inscrit sur l'article.

M. Jean-Luc Préel. C'est l'un des articles relativement importants du texte, puisqu'il prévoit que les malades seront informés sur leur état de santé et participeront à la décision thérapeutique après avoir été éclairés. Il est important de le préciser, même si, heureusement, comme on l'a rappelé, c'est depuis longtemps une démarche quotidienne pour les praticiens qui effectuent correctement et normalement leur métier.

L'information doit être fournie lors d'un entretien individuel. Cela va de soi, me semble-t-il, et permet d'éclairer les principes du colloque singulier et du consentement libre et éclairé que l'on connaît depuis longtemps. Maintenant, je voudrais, monsieur le ministre, signaler quatre difficultés pratique.

Premièrement, décrire toutes les complications possibles d'un examen complémentaire et d'un traitement n'est pas la meilleure façon de mettre en confiance le malade, surtout si le risque est exceptionnel. Cela ne peut qu'accroître le stress et pose dans la pratique un réel problème.

Deuxièmement, il appartient aux professionnels d'apporter la preuve, par tout moyen, que l'information a été donnée. Qu'entendez-vous par « tout moyen » ? Selon l'exposé des motifs, ce n'est pas obligatoirement l'écrit. Comment, dès lors, conserver la preuve que les explications ont été données et l'apporter en cas de procès ultérieur éventuel ?

La troisième difficulté concerne l'article L. 1111-4, le traitement d'un mineur sans le consentement des parents. Il ne s'agit pas là d'IVG ou de la pilule du lendemain. Lorsqu'un mineur a eu un accident, comment empêcher les parents de porter plainte si l'on est intervenu sans avoir leur autorisation ?

M. Claude Evin. On ne peut pas empêcher les parents de porter plainte !

M. Jean-Luc Préel. Ma dernière remarque concerne le dossier médical. Il est indispensable de préciser ce que contient le dossier transmissible au patient. Le résumé de sortie, cela va de soi. Les comptes rendus opératoires et radiologiques, cela me paraît normal. Il faut cependant savoir qu'en cas de saisie par le juge, c'est l'ensemble du dossier qui est saisi. Qu'en est-il des notes personnelles du médecin, des hypothèses, des observations de l'interne ?

M. Jean-Michel Dubernard. Et de l'externe !

M. Jean-Luc Préel. C'est l'interne ou l'étudiant qui rédige l'ossature première du dossier médical. Doit-elle être transmise au patient ? Que se passe-t-il pour les malades psychiatriques ?

Je serais très heureux, monsieur le ministre, que vous essayiez de me répondre sur ces différents points, ce qui éclairerait notre position sur l'article.

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Nous arrivons au cœur du texte, à la partie qui peut représenter une véritable avancée si elle est bien précisée, monsieur le ministre, mais

qui peut aussi devenir un sujet d'inquiétude pour les professionnels de santé, les médecins notamment, qui pourraient considérer que ce texte va à l'encontre de votre volonté initiale d'améliorer la relation entre médecin et malade – certains éléments, dont M. Préel vient de parler, peuvent être interprétés de deux façons.

J'évoquerai plusieurs éléments.

D'abord, l'information du patient. Le texte correspond aux propositions de la loi qui ont été déposées précédemment. Faire un rappel au code de déontologie est une bonne chose. Envisager des recommandations de bonne pratique issues de l'ANAES, pourquoi pas, mais je trouve que l'on charge beaucoup la barque, qui n'arrive pas à se hâter un peu moins lentement...

M. Bernard Charles. C'est vrai !

M. Jean-Michel Dubernard. Le consentement du patient, bien sûr, mais il y a des situations complexes. C'est vrai qu'*in fine* la décision doit lui revenir,...

M. le ministre délégué à la santé. Oui !

M. Jean-Michel Dubernard. ... mais des dérapages sont possibles.

D'abord, certains patients ne sont pas en état de décider : anxiété, angoisse, devant une situation qui, d'un seul coup, devient dramatique.

M. le ministre délégué à la santé. Nous le savons !

M. Jean-Michel Dubernard. Sur le plan humain, leur demander de décider est difficile, même si, *in fine*, c'est à eux, je le répète, que revient la décision.

Ensuite, le patient peut faire un mauvais choix, parce qu'il a été mal informé, ou parce que l'information l'a orienté vers ce mauvais choix. On peut imaginer à la fois la situation d'un patient qui par peur et ne veut pas se soumettre à l'intervention qui constituerait la meilleure solution pour lui, et celle d'un praticien qui, n'ayant pas l'habitude de tel ou tel traitement, lui en conseille un autre, mais pas le plus approprié. Lors des débuts du lithotriporteur, de nombreuses personnes ont été opérées alors qu'elles auraient pu être traitées très simplement, sans intervention chirurgicale. Il y a là un problème. Le médecin peut aussi se décharger d'une certaine forme de responsabilité.

L'amendement que j'avais déposé a été rejeté et je ne l'ai pas vu réapparaître aujourd'hui, il s'agissait que le patient soit associé à toutes les étapes de la décision, mais, *in fine*, il décidait. Cela aurait peut-être permis d'inquiéter un peu moins un certain nombre de professionnels de santé.

La notion de « personne de confiance », bien entendu, a beaucoup de sens. J'aurais souhaité que dans les services hospitaliers – publics ou privés, mais surtout publics –, un « correspondant médical » soit désigné par le chef de service. Il aurait été responsable de l'information du patient, ce qui aurait permis de régler un certain nombre de problèmes. Nombreux sont les patients qui disent : je vois passer le matin quatre, cinq ou six docteurs, mais qui est l'externe, qui est l'interne ? Vous avez même vu que cela posait des problèmes à M. Préel. Entre le chef de clinique, l'assistant, le pharmacien, le patient ne sait pas, finalement, qui est réellement responsable. Un chef de service ne peut pas voir lui-même les cent malades de son service en permanence.

Enfin, l'accès au dossier médical, élément très important de ce texte, mériterait selon moi de faire l'objet d'un chapitre à part. Il devrait également être précisé. Un mot

très important figure dans le texte proposé pour l'article L. 1111-6 : les informations auxquelles a accès l'intéressé sont celles qui ont été « formalisées ».

M. le ministre délégué à la santé. Oui.

M. Jean-Michel Dubernard. J'aurais volontiers précisé – je n'ai pas introduit cette notion dans mes amendements, mais elle pourrait l'être par un sous-amendement – que doivent être visés par les dispositions concernant l'accès au dossier les « résumés standardisés de séjour », documents qui ont beaucoup de sens. Ils sont rédigés pas l'interne, c'est-à-dire quelqu'un qui a fait sa médecine. Si le RSS comporte toutes les informations énumérées dans la suite de l'article, il n'y a pas de problème, puisque, vu sous cet angle, les « notes personnelles » ne font pas partie du dossier, pas plus que l'observation de l'externe ou de l'étudiant en médecine. Voilà pourquoi cette précision me paraît importante. Vous semblez ne pas être d'accord, monsieur Evin ? Pourquoi ?

M. Claude Evin. Je peux vous répondre sur ce point si vous le voulez.

M. Jean-Michel Dubernard. Voilà en tout cas ce que je voulais dire avant l'examen des amendements.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Mathieu-Obadia.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Merci, monsieur le président, je dirai quelques mots au moment où je présenterai mon amendement.

M. le président. La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Cet article est un des articles essentiels. L'information du patient, bien sûr, tout le monde y est favorable. Il n'empêche, monsieur le ministre, que les dispositions prévues ne vont pas forcément aider le patient. Je vais reprendre l'exemple que j'ai donné à la commission.

L'anesthésiste qui, jusqu'à présent, endormait un malade pour une vésicule, une prothèse ou n'importe quoi d'autre, avait tendance à lui dire : « Ecoutez, cher monsieur, ou chère madame, ne vous inquiétez pas, l'opération va bien se passer. Il n'y a pas de difficulté. On en fait des centaines et ça se passe toujours bien. »

Mme Catherine Génisson. Allez dire ça à M. Chevènement !

M. Marc Laffineur. Maintenant, il va devoir lui dire : « Il y a un risque de choc anaphylactique,...

Mme Catherine Génisson. Ce qui est arrivé à M. Chevènement en est bien la preuve !

M. Marc Laffineur. ... vous pouvez faire un arrêt cardiaque ; en cas de péridurale, vous pouvez faire une paraplégie. » L'angoisse et l'anxiété du malade vont en être augmentés.

M. le ministre délégué à la santé. Eh bien oui !

M. Marc Laffineur. On va même, de cette façon, accroître le risque anesthésique, ou même le risque chirurgical, du fait de l'angoisse et de l'anxiété.

M. le ministre délégué à la santé. Non !

M. Marc Laffineur. Je ne crois pas du tout que ce soit un plus. Le rôle du médecin, c'est d'essayer de faire en sorte que son patient puisse affronter sa pathologie avec les plus grandes chances de guérison. Personnellement, j'avais tendance à rassurer les malades. C'est ce que j'ai

fait de très nombreuses fois, je l'avoue. Tel est l'esprit dans lequel j'ai déposé un amendement. Il serait bon qu'il y ait quelqu'un pour assister le patient dans le cadre de cette information.

En ce qui concerne le dossier médical, je serai bref, car mes collègues viennent d'en parler. Le risque, c'est qu'on aboutisse systématiquement à des doubles dossiers partout : le médecin va faire un dossier pour le patient et il en fera un autre pour lui et ses confrères. Il n'est pas certain qu'on y gagne toujours en clarté et en transparence, d'où les nombreux amendements déposés par l'opposition, qui permettront peut-être de faire avancer les choses.

Tout à l'heure un collègue a évoqué le risque que le malade fasse le mauvais choix thérapeutique simplement parce qu'il a peur de celui qu'on lui propose. Cette possibilité aussi doit être prise en compte. Je ne prétends pas avoir la science infuse et régler tous les problèmes. Reste qu'il y a des problèmes, et je les pose...

M. le ministre délégué à la santé. Vous avez raison de le faire.

M. Marc Laffineur. ... car les choses ne sont pas si simples qu'elles en ont l'air. Bien sûr que nous sommes tous pour l'information. Si on nous pose la question à brûle-pour-point, nous sommes pour. Mais cela pose des problèmes, il n'est pas aussi évident que ce soit pour chaque patient la meilleure solution.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Sans revenir sur ce qui a été excellemment dit précédemment, je voudrais insister sur le problème soulevé par le fait que la charge de la preuve – la preuve que l'information a été donnée au patient – incombera désormais au médecin. Car parallèlement, on nous précise qu'il ne s'agit pas de faire signer un papier. Dans ces conditions, comment le praticien pourra-t-il apporter la preuve qu'il a bien informé son patient de tous les risques que comporte telle anesthésie, telle intervention ou tel traitement ? Ne s'engage-t-on pas, monsieur le ministre, dans une démarche excessive ? Dans le but louable d'aller le plus loin possible dans l'information, on peut se demander si on n'est pas en train d'introduire un obstacle très difficile à surmonter pour les praticiens. D'ailleurs, à vrai dire, ils y sont déjà confrontés : en quelques années, dans leur tâche consistant à expliquer au patient les éventuelles complications, ils sont passés d'un échange assez confiant, assez serein, à un échange très vigilant, avec en arrière-fond le phénomène de judiciarisation que l'on connaît.

Je voudrais également vous demander, comme d'autres l'ont fait, de préciser dès maintenant dans ce débat, qu'en aucun cas il ne sera demandé autre chose qu'un résumé standardisé de séjour, et, pour les praticiens ambulatoires, les médecins libéraux, un résumé de leur observation. S'agissant des pièces – radiographies, examens biologiques ou anatomo-pathologiques, avec leurs comptes rendus –, la communicabilité s'impose de manière évidente. Mais s'agissant des « notes personnelles » et des observations, il convient que vous donniez dès maintenant les précisions nécessaires, et dans un sens susceptible de recueillir l'assentiment de tous.

Reste le problème extrêmement délicat des psychopathologies. Je pense en particulier aux malades psychiatriques ou à ceux qui sont sur le point de relever d'un traitement psychiatrique. On sait combien leur état est fragile. Un traumatisme peut faire basculer un patient atteint de quelques troubles vers un véritable état psycho-

tique. Là encore, monsieur le ministre, il serait bon qu'au cours de nos débats, vous précisiez que ce qui est visé dans ce cas précis par les dispositions de l'article, c'est un résumé d'observation, avec les orientations et diagnostics qui l'accompagnent.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. M. Laffineur a posé le problème de la relation de confiance que l'on doit avoir avec le patient. Celui-ci doit effectivement être calme, détendu, en particulier quand on va l'endormir, l'anxiété étant un facteur aggravant. Mais je ne crois pas qu'à l'inverse, l'ignorance soit la meilleure façon de sécuriser le malade.

M. Marc Laffineur. Je suis d'accord.

Mme Catherine Génisson. Il faut informer sans créer d'anxiété. C'est là qu'intervient tout le savoir-faire du soignant, toute la connaissance qu'il acquiert au fur et à mesure qu'il dialogue avec le malade. Il doit lui donner le plus possible d'informations que ce dernier est apte à entendre, lui expliquer au maximum tout ce qui peut lui arriver, mais en intégrant bien la façon dont il peut réagir. C'est là tout l'art – et tout l'intérêt – de ce colloque singulier que l'on instaure avec le patient. Il est évident, c'est notre fonction de médecin, que l'on peut prendre le risque de ne pas toujours tout dire, soit volontairement, soit involontairement. Je crois que cela relève de la responsabilité de l'exercice de notre métier. Mais j'y insiste, ce n'est pas l'ignorance qui va sécuriser le patient.

M. Marc Laffineur. J'en suis bien d'accord !

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Je veux bien entendre l'inquiétude des médecins. Je constate, d'ailleurs, que ce sont essentiellement des médecins qui s'expriment à propos des droits des malades.

M. Jean-Michel Dubernard. Ah, mais nous sommes ici des représentants du peuple, monsieur Evin !

M. le président. Laissez Claude Evin s'exprimer, monsieur Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. J'ai bien le droit de lui dire que nous représentons le peuple !

M. Claude Evin. Je peux aussi être en désaccord avec vous, monsieur Dubernard. Je crois que nous devons également entendre une demande dont il a été rappelé qu'elle s'est de plus en plus exprimée au cours des dernières années, celle des malades, s'exprimant individuellement ou par le biais de leurs associations. Si nous avons assisté à une montée de cette demande, c'est bien parce qu'il y a eu des carences du côté de l'information, c'est bien parce que l'accès à l'information a souvent été pour les malades un parcours du combattant. A cette réalité nous devons être attentifs.

Il est bien évident qu'informer le patient n'est pas quelque chose qui se fait dans l'absolu. L'information doit correspondre à une demande. Tous les patients n'expriment pas cette demande de la même manière, et ne demandent pas le même niveau d'information. Codifier un droit positif ne signifie pas qu'il sera appliqué de manière arithmétique. Cela ne conduit pas à la disparition de toute relation humaine entre le médecin et le patient.

Pour ce qui est de la charge de la preuve, elle incombait jusqu'ici essentiellement au patient. C'était à lui de prouver qu'il n'avait pas eu l'information nécessaire. A partir de là, il y a eu une jurisprudence de la Cour de cassation en la matière.

M. Bernard Accoyer. Nous sommes ici justement pour faire la loi. Ce n'est pas la jurisprudence qui fait la loi, monsieur Evin !

M. Claude Evin. Il est bon que le législateur affirme qu'il appartient au médecin de faire la preuve qu'il a donné l'information.

M. Bernard Accoyer et M. Marc Laffineur. Oui, mais comment ?

M. Claude Evin. Il pourra en faire la preuve par différents moyens.

En ce qui concerne le consentement, je ne veux pas polémiquer, mais je dois dire que je suis choqué d'entendre des collègues parler du "mauvais choix" du patient. Et si parfois on se posait la question de la mauvaise information, du mauvais diagnostic du médecin ? Cela existe aussi.

M. Jean-Michel Dubernard. J'en ai parlé !

M. Claude Evin. Pourquoi voulez-vous dénier *a priori* au patient le droit de décider ce qu'il estime bon pour lui et qui, effectivement, peut ne pas correspondre à l'avis du médecin.

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Mais ce serait une faute professionnelle, monsieur Evin !

M. Claude Evin. Le dernier point que je voudrais évoquer, c'est celui du dossier médical. On semble aborder cette question comme si la loi actuelle ne prévoyait rien. Or elle fait obligation au médecin, à l'hôpital ou à la clinique, de fournir le dossier médical ! C'est d'ores et déjà inscrit dans la loi. Ce qui va changer, c'est la possibilité d'y avoir un accès direct. Alors, on peut discuter de cet accès direct. Il ne sera pas obligatoire, il ne s'imposera pas nécessairement. C'est une possibilité qui sera offerte. Quant au contenu des informations auxquelles le patient a accès, je sais que c'est là aussi un point qui inquiète fortement, mais là encore, un certain nombre de règles sont déjà établies. Le contenu, c'est ce qui est dans le dossier médical. Et la CADA a, de ce point de vue, déjà donné un certain nombre d'orientations puisque c'était essentiellement elle qui réglait cette question jusqu'à maintenant.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas non plus la CADA qui fait la loi, monsieur Evin !

M. Claude Evin. Dans ce texte, nous disons que le contenu du dossier médical comprend un certain nombre de pièces et nous disons lesquelles, nous les mentionnons.

M. Jean-Michel Dubernard. Sauf le RSS, le résumé standardisé de séjour !

M. Claude Evin. Ainsi, l'accès au dossier médical, qui était d'ores et déjà possible, est confirmé ici. Nous renforçons ce droit par la possibilité d'un accès direct. Je crois que tout cela ne devrait pas soulever autant d'inquiétudes.

M. le président. La parole est à M. Alain Calmat.

M. Alain Calmat. Je suis un peu étonné de la tournure que prend ce débat. On a l'impression qu'il y aurait une antinomie essentielle entre, d'un côté, le malade, de l'autre, le médecin. Ce qui est bon pour l'un ne serait jamais bon pour l'autre. Clarifions les choses.

Il y a deux cas à distinguer. Quand l'information du malade se fait avant le traitement, avant le processus diagnostique, le malade doit être associé, il y a une formation à donner. Non pas une formation médicale – on ne va pas faire faire des études médicales à chaque malade –, mais il est clair que, pour informer les gens, encore faut-il qu'ils sachent apprécier cette information. Pour cela, on pourrait peut-être imaginer, au moment de l'hospitalisation ou de la consultation, une procédure – qui n'a bien sûr pas à être inscrite dans la loi – qui permette au patient d'avoir les éléments nécessaires pour s'informer réellement. Il ne suffit pas d'affirmer le droit des malades à l'information. Il faut s'assurer qu'ils pourront la recevoir.

L'autre cas, c'est l'information *a posteriori*, qui, en général, est moins conviviale, parce qu'il s'agit souvent de savoir si le médecin n'a pas fait une erreur. Certains parlent de « mauvais choix du patient » par rapport à celui du médecin. Excusez-moi, mais comment peut-on laisser un malade faire un mauvais choix ? Un médecin ne pourra jamais accepter que le malade fasse un mauvais choix ! Ou alors, il lui dira d'aller voir quelqu'un d'autre.

M. Jean-Michel Dubernard. Mais si c'est son choix *in fine* ?

M. Alain Calmat. Je suis désolé, si le patient me dit : « Vous allez me faire telle ou telle intervention », alors que je lui propose d'en faire une autre, je lui dirai que je ne sais pas la faire ou que je ne veux pas la faire.

M. Jean-Michel Dubernard. Mais voyez ce qui est écrit dans la loi ! C'est bien pour cela que nous avons soulevé le problème ! Et je suis heureux que M. Calmat, qui est lui aussi un professionnel de santé, intervienne sur ce point !

M. Alain Calmat. Non, je crois que ce sont là des interprétations erronées du texte. Je voulais donc insister sur la nécessité de compléter le texte de loi par des dispositions réglementaires qui permettront au patient – je préfère ce terme, comme beaucoup d'entre nous d'ailleurs –...

Mme Jacqueline Mathieu-Obadia. Et vous avez raison !

M. Alain Calmat. ... d'avoir la formation nécessaire. Cela existe déjà dans certaines spécialités, je pense en particulier au diabète où il y a une éducation thérapeutique. L'éducation du patient me paraît quelque chose d'extrêmement important. Et à partir du moment où tout le monde est de bonne foi et où le patient est véritablement entouré, je pense que les textes ne doivent faire peur à personne.

M. le président. La parole est à M. Pierre Hellier.

M. Pierre Hellier. Ce n'est pas si simple, monsieur Calmat, parce que les choses se passeront très bien dans un grand nombre de cas, je l'espère, mais elles pourront aussi se passer difficilement.

Informer, oui, il le faut, cela va de soi. Mais informer sans affoler, c'est certainement difficile. Et comment les médecins vont-ils faire la preuve que cette information a été délivrée ? Il faut le dire.

M. Bernard Accoyer. Oui, la loi doit être claire sur ce point.

M. Pierre Hellier. Il faut absolument le préciser. Quant à ce que vous avez dit, monsieur Calmat, sur le mauvais choix du patient, je vous répondrai simplement que refuser d'intervenir et l'orienter vers quelqu'un d'autre, c'est faire obstacle à son choix.

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

M. le ministre délégué à la santé. Beaucoup de questions se posent, et à juste titre. C'est vrai que ce n'est pas si simple et personne d'ailleurs ne l'a prétendu au moment de rédiger ou de tenter de rédiger ces articles. Je vais essayer de clarifier ce qui a pu rester obscur.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. le ministre délégué à la santé. Mais en parlant d'obscurité, je dois dire, suivant en cela Claude Evin, que si notre tradition médicale n'a pas refusé l'information et a eu tendance à laisser entendre qu'elle était toujours délivrée, cela n'a pas toujours été vrai. Alors que la tradition anglo-saxonne est celle des vérités dites brutalement, parfois trop brutalement, la nôtre, si elle peut être décrite comme une tradition de confiance, peut aussi l'être comme une tradition du secret, ou des vérités à peu près dites. C'est comme ça. Nous sommes un pays latin. Médecins et malades ont entretenu jusqu'à présent des rapports un peu mystérieux, des rapports qui en tout cas n'étaient pas fondés sur cette clarté dont nous essayons de débattre en ce moment.

Je reconnais volontiers que l'introduction soudaine d'une plus grande transparence suscite quelque angoisse, chez les médecins surtout.

Monsieur Prével, la description de toutes les complications qui peuvent intervenir ne vous paraît pas le meilleur moyen de donner confiance au malade, mais l'article 35 du code de déontologie prévoit l'information du malade et l'article 36 souligne que le consentement de celui-ci doit être recherché. De plus, la jurisprudence de la Cour de cassation a admis qu'il découlait implicitement, mais nécessairement, de l'obligation posée aux articles 36 et suivants du code de déontologie d'obtenir du malade, préalablement à toute intervention ou traitement, son consentement, qui ne pouvait être donné que s'il avait reçu sur son état et les soins envisagés « une information simple, approximative, intelligible et loyale ». Il s'agit de l'arrêt du 21 février 1961, et c'est ce que nous allons inscrire dans la loi.

La confiance ne s'achète pas, elle se gagne. Elle n'est pas automatique, elle s'établit entre le malade et le médecin – et c'est toute la grandeur du métier de médecin. Pour certains, c'est plus immédiat ; pour d'autres cela l'est un peu moins. Il faudra que les uns et les autres fassent des efforts. Je suis d'accord avec Alain Calmat, nous avons le sentiment que la vision des médecins s'oppose à celle des malades. Il faut que nous fassions en sorte de faciliter l'établissement de la confiance, sinon nous aurons échoué, moi le premier. Pour y parvenir, il faudra une pédagogie et une formation, que nous allons mettre en œuvre dans la réforme des études médicales, qui, pour le deuxième et le troisième cycle, est déjà achevée.

M. Jean-Michel Dubernard. M. Lang l'a annoncé !

M. le ministre délégué à la santé. Alors c'est que c'est vrai ! (*Sourires.*) En fait, cette réforme a été mise en place par le ministre de l'éducation nationale et par celui de la santé.

Ensuite, ce sont les étudiants du premier cycle qui seront formés. Je pense qu'un jour toutes les professions de santé seront formées et que nous parviendrons à cette nécessaire alchimie de la parole et de l'écoute. Il s'agit d'une formation qui est dispensée dans un certain nombre d'universités étrangères, mais pas assez ou pas du tout chez nous.

Bref, la confiance est certes un sentiment qui s'appréhend, mais qui doit aussi se gagner en permanence.

Qu'entendons-nous par « tout moyen » ? Tout est imaginable, et si vous souhaitez que le décret soit plus précis – cela ne relève pas de la loi –, je n'y suis pas opposé. Cela peut désigner, par exemple, dans le cas d'une anesthésie, la distribution d'un petit document signalant les dangers et les complications possibles. Cela veut dire, en tout cas, même si je sais que le temps est compté pour un médecin et que c'est la CNAM qui paie, que le praticien devra prendre cinq minutes de plus pour parler au patient : c'est ce qui se fait partout dans le monde et qui devra se faire partout en France. Dans tous les autres pays, on prévient que les anesthésies ne sont pas totalement sans risques ; chez nous, on ne l'avait peut-être pas dit à une illustre personne qui siège dans cette assemblée, bien que, en général, tout le monde sache. Franchement, cela ne représentera pas un effort considérable pour les médecins.

En ce qui concerne la disposition relative aux mineurs, qui autorise le médecin à traiter un mineur sans le consentement des parents, elle vise, contrairement aux craintes que j'ai entendues, à protéger le médecin, dans la mesure où les parents ne pourront pas porter plainte si celui-ci a respecté les règlements et les procédures. Du reste, le premier devoir du médecin n'est-il pas d'abord de traiter l'enfant, même sans le consentement des parents ou d'un correspondant ?

M. Bernard Charles. C'est une mesure protectrice des médecins !

M. le ministre délégué à la santé. En effet. Sur ce point, il y a donc un malentendu.

« Quel est le contenu du dossier ? » me demandent Jean-Michel Dubernard et Bernard Accoyer. C'est également un sujet qui a été évoqué hier par Catherine Génisson. Je ne veux pas qu'il y ait d'ambiguïté sur ce point : il n'est absolument pas question de tendre un piège à quiconque, en particulier aux médecins.

Permettez-moi de vous relire le texte que nous proposons pour l'article L. 1111-2 du code de la santé publique : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »

Tout cela est très clair. Des notes prises par les étudiants ne seront pas prises en compte.

Certains d'entre vous me disent qu'il y a danger d'établissement d'un double dossier. Mais, à la limite, si quelqu'un veut conserver, à côté du dossier officiel – qui lui sera de la responsabilité du chef de service ou du médecin libéral –, des notes concernant un malade, pourquoi l'en empêcher, puisqu'elles ne seront pas transmises dans la mesure où elles ne sont pas formalisées ?

Je sais bien que les notes de l'externe puis de l'interne servent souvent de base à l'établissement du dossier, mais dès lors que celui-ci aura été établi il ne comprendra plus

que des éléments formalisés. Ce que nous cherchons, c'est à instaurer une nouvelle culture de l'écriture médicale. Enfin, il faut savoir que, dans les services les plus compétents, moins de 10 % des malades demandent à voir leur dossier..., et ce n'est pas toujours quand ça va mal. Avec cette nouvelle écriture médicale, la clarté s'installera. Je le répète, les notes personnelles des étudiants ne feront pas partie du dossier.

Par ailleurs, nous ne devons pas rencontrer les mêmes personnes... Pour ma part, j'ai appris beaucoup en rencontrant les responsables d'associations de patients dialysés pour insuffisance rénale chronique terminale. Eh bien, ce sont eux qui nous ont fait avancer sur les quotas de dialyses, qui relevaient d'une pratique bureaucratique insupportable. Si certaines entraves vont être supprimées, c'est grâce à l'action conjointe des praticiens, des néphrologues et des associations de malades.

J'ai assisté, dans la grande salle de la Sorbonne, à une réunion où il y avait 2 000 personnes. J'y ai entendu des choses passionnantes : ainsi, les patients demandent cette information et les praticiens, les néphrologues, la leur fournissent, et tout se passe très bien. Mais savez-vous que, jusqu'à présent, seulement 30 % des personnes concernées n'apprenaient qu'elles étaient atteintes par une insuffisance rénale qu'au moment où elles étaient mises sous dialyse ? C'est cela qui va disparaître.

Doit-on poser le diagnostic de schizophrénie ? Eh bien, les associations disent que les malades mentaux qui sont atteints de schizophrénie savent très bien quel est le diagnostic : ils en discutent entre eux et demandent des explications. Même dans ce domaine, l'obscurité n'est plus de mise. Il n'y a plus de tabou. Tout cela ne signifie pas qu'un petit mot disant « celui-là me paraît mal parti » doit figurer dans le dossier. Mais cela veut dire que s'installe une nouvelle culture. C'est exactement ce que nous souhaitons.

En instaurant ainsi une nouvelle culture, en rétablissant la confiance, on parviendra à mieux se parler mais aussi on comprendra la nécessité de réformer l'hôpital.

Oui, monsieur Dubernard, le consentement du patient est toujours difficile à obtenir – la situation peut aussi être délicate avec sa famille ou ses représentants –, mais n'est-ce pas là toute la difficulté et la grandeur même du métier de médecin ? Et il est essentiel d'obtenir le consentement du malade, sauf si celui-ci est dans l'impossibilité de le donner, s'il est dans une situation pré-comateuse ou comateuse ou dans l'incapacité de raisonner, auquel cas on sollicite sa famille. Mais nous sommes tous d'accord pour dire que si le malade ne veut pas être soigné, il ne sera pas soigné. Toutes ces pratiques, auparavant codifiées dans le code de déontologie, figureront désormais dans la loi.

L'idée d'un « correspondant médical », monsieur Dubernard, est excellente. Je trouve cette expression meilleure que celle de « membre de l'équipe médicale » que nous voulions retenir dans le décret. Je ne souhaite pas une seconde que le malade lise tout seul son dossier.

M. Alain Calmat. En effet, il ne le faut pas !

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Laffineur, vous avez évoqué l'angoisse. Mais vous savez, lorsqu'elle se déclenche, elle est difficile à contrôler et le code de déontologie n'y peut rien. Elle n'a pas de raison d'être dans un système aussi performant que le nôtre, sauf dans les cas que vous avez cités, que je déplore autant que vous et que j'aimerais faire disparaître. Toujours est-il que le changement de culture dans la relation médecin-malade auquel nous aspirons devrait la limiter.

« Qui prouvera que le malade a bien été informé ? » a demandé M. Accoyer. La question est pertinente. Peut-être n'avons-nous pas suffisamment réfléchi à la réponse à lui apporter. Pour nous, cela pouvait se faire par « tout moyen ». Nous pourrions préciser ce point dans le décret. En tout cas, nous avons voulu éviter la dérive du consentement écrit, constatée dans les pays anglo-saxons. Mais il est vrai qu'opposer la parole du malade à celle du médecin peut être source de difficultés. Cela étant, je concède que l'expression « par tout moyen » manque de clarté.

Alain Calmat a raison, une alchimie différente va prendre naissance.

M. Jean-Michel Dubernard. Alain Calmat a bien senti les choses. Puis-je vous interrompre, monsieur le ministre ?

M. le ministre délégué à la santé. Volontiers, monsieur Dubernard.

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard, avec l'autorisation de M. le ministre.

M. Jean-Michel Dubernard. Je ne mets nullement en doute votre bonne volonté et votre sincérité, monsieur le ministre. Il faut que vous sachiez que l'opposition considère que ce texte comporte des avancées – et là, avec cet article, nous sommes au cœur de celles-ci – et souhaite qu'il atteigne ses objectifs.

Il importe pour cela que la relation de confiance entre le médecin et le malade à laquelle faisait allusion Catherine Génisson, qui est au fondement même de l'acte thérapeutique, ne se transforme pas en une relation de défiance.

Il faut faire très attention aux propos que nous tenons ici. Or Alain Calmat a senti qu'il y avait une opposition entre les médecins et les malades, entre ceux qui ici sont médecins et ceux qui ne le sont pas.

Prenez garde, monsieur le ministre, que le corps médical ne se retourne pas contre ce projet de loi, car cela irait à l'encontre de l'intérêt des malades comme de la médecine.

M. le président. Poursuivez, monsieur le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. Je suis tout à fait d'accord avec vous, monsieur Dubernard, et je prends votre intervention non comme avertissement mais comme une remarque très amicale. Le but de ce projet de loi, c'est justement de faire renaître la confiance entre le médecin et son malade, bien souvent aujourd'hui un peu fendillée quand ce n'est pas totalement rompue. Oui, Alain Calmat a bien senti qu'il y avait ici une opposition entre le corps médical et ceux qui ne comprenaient pas tout ce que le corps médical leur proposait.

Les demandes essentielles formulées par MM. Accoyer, Prél et Dubernard à propos du contenu du dossier, de l'information du patient et de la forme de la preuve, pourront être pris en compte dans le décret, sans compter que ce texte lui-même peut être amendé.

Je vous remercie tous du ton que vous avez employé, et je me félicite que, après les quelques éclats d'hier soir, nous ayons retrouvé ce qui ensemble nous unit, le souci d'améliorer notre système de soins afin que les malades soient mieux pris en charge et que les médecins assument au mieux leurs responsabilités. Loin de nous, loin l'idée de désunir ce couple fameux et singulier que forment le médecin et son malade. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

ARTICLE L. 1111-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. le président. M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 12, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-1 du code de la santé publique : "Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement vise à reconnaître aux patients un droit à l'information et pas seulement à obliger les médecins à les informer. C'est un amendement suivant qui mettra l'obligation d'information à la charge du professionnel de santé.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 12. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. MM. Laffineur, Perrut, Mattei et Colombier ont présenté un amendement, n° 125, ainsi rédigé :

« Après la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-1 du code de la santé publique, insérer la phrase suivante :

« Si le professionnel de santé estime que l'information risque d'avoir pour effet d'augmenter l'inquiétude et l'anxiété de la personne concernée, il peut la donner en présence d'une personne de confiance désignée par le patient ou du médecin traitant. »

La parole est à M. Georges Colombier.

M. Georges Colombier. Il convient de tenir compte de l'état psychique et moral de la personne à qui le professionnel de santé délivre l'information. Ainsi, dans le cas, évoqué par Marc Laffineur, d'une anesthésie, le médecin serait obligé d'informer le patient de tous les risques qu'il encourt tels que paralysie ou allergie. Cette information n'aurait alors pour effet que d'augmenter l'anxiété, l'appréhension et l'inquiétude du malade.

C'est pourquoi nous proposons de mieux encadrer l'obligation d'information et de permettre la présence d'une personne de confiance ou du médecin traitant, lorsque cela s'avère nécessaire. Monsieur le ministre, vous avez dit être d'accord avec l'instauration d'un « correspondant médical ». Notre amendement s'inscrit dans ce cadre.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. L'amendement a été repoussé par la commission. Ce qu'il propose peut entrer dans la mission ou dans le rôle de la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-5. De toute façon, un patient est toujours libre de se faire accompagner. Il me semble que cet amendement n'apporte rien à la rédaction du texte. Un patient est détenteur du secret médical vis-à-vis de lui-même et peut le lever à tout instant.

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

M. le ministre délégué à la santé. Il me semble y avoir quelque confusion. Ainsi que le rapporteur l'a rappelé, le texte prévoit que le malade peut toujours se faire accompagner. La disposition proposée me semble donc redondante.

M. le président. La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Que le malade puisse se faire accompagner est la moindre des choses. Mais nous visons le cas où le professionnel, craignant l'angoisse que pourrait ressentir le patient, se dit qu'il vaut mieux que le correspondant ou le médecin généraliste assiste à l'entretien. Ce serait un « plus » allant dans le sens, monsieur le ministre, de ce que vous avez dit. Il n'y a pas, d'un côté, ceux qui parlent pour les malades et, de l'autre, ceux qui parlent pour les médecins. Nous parlons nous aussi pour les malades et les questions que nous posons sont légitimes.

Nous avons l'impression que vous vous battez sur des principes alors que, pour nous, il s'agit d'hommes et de femmes dont on ne sait jamais très bien comment ils vont réagir à l'information qui peut leur être donnée.

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

M. le ministre délégué à la santé. Je comprends ce que vous voulez dire, monsieur Laffineur. Il n'empêche que si le professionnel de santé décide de délivrer au patient, en présence d'une personne de confiance ou du médecin traitant, des informations dites délicates – en gros, le diagnostic – cela peut donner à cette délivrance un caractère de terrible gravité, et cela me choque un peu. En effet, dire au patient de venir accompagné de son médecin traitant serait un très mauvais signal, générateur d'angoisse. Or, je ne crois pas que ce soit ce que vous recherchez, monsieur Laffineur.

En revanche, j'approuve pleinement que le patient ait le droit de se faire accompagner par qui il veut.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 125.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 13, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-1 du code de la santé publique :

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement de conséquence précise que l'information « incombe » à tout professionnel de santé. Il fait donc de cette information une obligation.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 13.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 356 de M. Aschieri n'est pas défendu.

M. Jean-Luc Prével. Et je ne le reprends pas. *(Sourires.)*

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 14 est présenté par M. Denis, rapporteur, MM. Foucher, Prével, Bur, Baguet, Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ; l'amendement n° 211 par MM. Foucher, Prével, Bur, Baguet, Blessig, Gengenwin et Plagnol.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Dans le quatrième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-1 du code de la santé publique, supprimer le mot : "graves". »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 14.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement, déposé à l'initiative de M. Prével, a été adopté à l'unanimité par la commission. Je laisse à notre collègue le soin de le défendre, d'autant qu'il n'a pas repris l'amendement n° 356 de M. Aschieri. *(Sourires.)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La volonté du patient de ne pas être informé doit être respectée, quelle que soit la gravité de son état.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 14 et 211.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

Je suis saisi de deux amendements, présentés par M. Dubernard et pouvant faire l'objet d'une présentation commune.

L'amendement n° 55 est ainsi rédigé :

« A la fin du quatrième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-1 du code de la santé publique, substituer au mot : "transmission" le mot : "contamination". »

L'amendement n° 56 est ainsi rédigé :

« A la fin du quatrième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-1 du code de la santé publique, substituer au mot : "transmission" les mots : "contamination ou transmission". »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Il s'agit de deux amendements de précision. Le mot « contamination » s'applique mieux que le mot « transmission » au transfert d'agents infectieux car le second concerne aussi la transmission de maladies héréditaires. Il faut tenir compte du risque infectieux pour un tiers et du risque de transmission d'une maladie héréditaire à un futur enfant.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Ces deux amendements ont été rejetés par la commission. Le terme « transmission » est préférable : il peut s'agir de la transmission d'une maladie infectieuse ou de la transmission d'une maladie héréditaire.

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

M. le ministre délégué à la santé. Je crains que la sagacité de M. Dubernard ne se heurte au diagnostic du Conseil d'Etat, qui préfère le terme « transmission ».

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 55.
(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 56.
(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 15, ainsi rédigé :

« Supprimer le sixième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-1 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Cet amendement tend notamment à supprimer le renvoi au code de déontologie pour déterminer les modalités d'application des règles relatives à l'information prévues dans l'article. Les règles que pose la loi ne sauraient être subordonnées à ce code.

Les modalités d'application de l'ensemble du chapitre seront fixées par le décret en Conseil d'Etat, comme le prévoit le texte proposé pour l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 15.
(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 212 n'a plus d'objet.

M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 16, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi la première phrase du dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-1 du code de la santé publique :

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Dans le cas d'une hospitalisation dans un établissement de santé, l'obligation d'information repose, comme l'a jugé le Conseil d'Etat, sur l'établissement et non sur le médecin.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 16.
(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. MM. Laffineur, Perrut et Colombier ont présenté un amendement, n° 126, ainsi rédigé :

« Compléter le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-1 du code de la santé publique par la phrase suivante :

« Une simple attestation de l'usager stipulant qu'il a bien reçu l'information demandée pourra servir de preuve. »

La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. A partir du moment où les professionnels de santé devront faire la preuve, devant une juridiction, par exemple, que l'information aura été donnée, qu'il s'agisse d'une anesthésie ou d'une autre chose, un document écrit sera forcément nécessaire, sans qu'y soient obligatoirement énumérés tous les risques.

L'usager pourra ainsi faire valoir qu'il a bien reçu l'information.

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

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. L'amendement a été rejeté par la commission. Le projet prévoit que la preuve que l'information aura été donnée pourra être

apportée par le professionnel de santé « par tout moyen ». Les éventuelles imprécisions de la formule seront levées par le ministre, comme il a déjà été dit. Cette disposition est beaucoup plus contraignante que la simple attestation.

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

M. le ministre délégué à la santé. Il faut réfléchir dans le sens indiqué tout à l'heure à propos d'une question posée par M. Accoyer.

Prévoir que la preuve ne pourra être apportée que par écrit me semble réducteur. « Par tout moyen » me paraît préférable. Cela dit, on ne sait pas très bien comment les choses se passerait. Je suis très embarrassé. Peut-être faut-il privilégier la voie réglementaire ? D'autres moyens de preuve que celui que vous proposez, monsieur Laffineur, peuvent être envisagés, tels que les témoignages.

Il faudra que l'on sache comment les choses se seront passées et qu'on puisse s'assurer à chaque fois que la confiance aura été retrouvée.

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

M. Marc Laffineur. Le problème ne réside pas dans la confiance entre le patient et son thérapeute : elle existe dans 95 % des cas. La difficulté ne survient que lorsque l'on arrive devant le juge. Et là, il faut bien apporter une preuve.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur Laffineur, je suis d'accord avec vous : le problème se pose devant le juge. Mais dans cette situation, autoriser le médecin à employer « tout moyen » de preuve revient à lui offrir beaucoup plus de latitude, et c'est précisément ce que nous avons voulu faire.

Vous me rétorquez que notre formule n'est pas précise. Je comprends, mais si on n'autorise que les preuves écrites, et qu'aucun document n'a été rédigé, ce sera terminé, alors même que l'information aura été délivrée.

M. Marc Laffineur. Je comprends bien ce que vous dites, monsieur le ministre, mais...

M. le ministre délégué à la santé. Le juge ne se satisfera pas seulement de l'écrit.

Pardonnez-moi cette nouvelle allusion au système anglo-saxon, que j'ai déjà abondamment cité : aux Etats-Unis, une décharge signée pour le médecin ne sert en fait à rien ce n'est pas suffisant. Même si le patient a été prévenu qu'un incident pouvait survenir, si un incident survient, le procès a lieu. C'est ce que nous voulons éviter en permettant d'établir la preuve « par tout moyen ».

M. le président. La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Vous avez fait allusion au recours à un témoin, monsieur le ministre. Mais entre le moment où l'information aura pu être délivrée et celui où l'on sera devant le juge, ce témoin peut ne plus être là, ou simplement ne plus vouloir témoigner.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Je comprends votre inquiétude, monsieur Laffineur, mais l'existence d'un document écrit, tel qu'une attestation du patient reconnaissant qu'il a bien reçu l'information, ne réglerait pas le problème.

Vous vous placez dans le cadre d'un contentieux, ce qui veut dire qu'il y a déjà eu rupture de la relation de confiance entre le médecin et le patient. Formaliser, se réfugier derrière un document ne règlera pas la question de cette rupture de la relation de confiance car on ne sera

jamais assuré que le patient aura effectivement entendu l'ensemble des informations que l'on avait l'intention de lui transmettre. Je pense donc qu'il n'y aura pas de possibilité de codifier le support de l'information.

La jurisprudence a reconnu que tout moyen pouvait être employé pour prouver qu'une information avait été transmise. La Cour de cassation a estimé que, eu égard à sa profession comme au nombre d'entretiens qu'elle avait eus avec son médecin, une laborantine avait bel et bien été informée.

Il appartiendra aux tribunaux d'apprécier la situation. Mais je ne pense pas qu'on puisse codifier des règles qui exonéreraient le médecin de sa responsabilité et qui feraient considérer que le patient ayant signé un document n'aurait plus rien à revendiquer quant à l'information qui ne lui aurait pas été donnée.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Claude Evin a très bien posé le problème. Nous sommes là dans le cadre d'une procédure contentieuse. Il y a donc eu rupture de la relation de confiance. L'écrit peut être parfaitement contesté et le malade peut très bien soutenir qu'il n'a pas compris ce qu'on lui a fait signer.

Permettre la preuve de l'information « par tout moyen » procède de l'approche la plus large et la plus protectrice pour le praticien, qui peut recourir aux témoignages de personnes qui l'ont accompagné. Nous rejoignons sur ce point la position de la Cour de cassation.

C'est dans ce sens qu'il faut comprendre les choses si l'on veut restaurer le climat de confiance, monsieur Laffineur, auquel vous êtes autant que nous attaché.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 126.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 337 de M. Aschieri n'est pas défendu.

ARTICLE L. 1111-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. le président. MM. Laffineur, Perrut, Mattei et Colombier ont présenté un amendement, n° 127, ainsi rédigé :

« I. – Dans la première phrase du texte proposé pour l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, après les mots : "santé publics et privés", insérer les mots : ", et par les professionnels de santé d'exercice libéral,".

« II. – En conséquence, supprimer la dernière phrase de cet article. »

La parole est à M. Georges Colombier.

M. Georges Colombier. On relève une discrimination flagrante entre les établissements de santé et les professionnels libéraux dans le texte. En effet, si toute personne a droit, à sa demande, à une information dans un établissement, cette information devient une obligation dès lors qu'il s'agit d'un professionnel exerçant à titre libéral.

Cette discrimination est inacceptable. Nous proposons quant à nous l'égalité de traitement dans la diffusion des informations aux usagers de la santé.

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Défavorable, car l'équilibre du texte serait rompu par la suppression de la dernière phrase du texte proposé pour l'article L. 1111-2.

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

M. le ministre délégué à la santé. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 127.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. MM. Préel, Foucher, Bur, Baguet, Blessig et Gengenwin ont présenté un amendement, n° 213, ainsi rédigé :

« Dans la dernière phrase du texte proposé pour l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, après le mot : "coût", insérer les mots : "et des prescriptions y afférentes". »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Cet amendement vise à responsabiliser le malade. On parle de « droits » du malade. Je n'irai pas jusqu'à parler de vrais devoirs.

Le projet précise que « les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût ». L'idée est de disposer d'un devis reflétant le coût réel. Je souhaiterais ajouter les mots : « et des prescriptions y afférentes ». Le malade connaîtrait alors le coût réel de son traitement.

Enfin, il y a, d'une part, l'acte lui-même, d'autre part, les prescriptions. Or, avec la carte Sésam-Vitale et le tiers-payant, le malade qui se rend chez son pharmacien n'a maintenant plus aucune notion du coût réel de son traitement.

M. Bernard Accoyer. Très juste !

M. Jean-Luc Préel. S'il connaissait le coût des prescriptions afférentes, il serait responsabilisé.

M. Bernard Accoyer. Ce serait la transparence !

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement.

M. Bernard Accoyer. Pourquoi ?

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Il est certes nécessaire que les praticiens informent leurs patients des frais liés à leurs propres actes.

Vous connaissez très bien, mon cher collègue, la richesse de la nomenclature en France et les possibilités immenses des différentes couvertures sociales que permettent les assurances complémentaires. Il est donc normal que chaque médecin, chaque spécialiste fasse connaître les frais que ses propres actes imposeront au patient.

M. Jean-Luc Préel. Et les « prescriptions afférentes » ?

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Chaque praticien est responsable de ses propres actes pour ce qui concerne l'information.

M. Jean-Luc Préel. Ce n'est pas une bonne réponse !

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

M. le ministre délégué à la santé. Je suis défavorable à l'amendement car son application me semble impossible. Mais j'en saisis bien l'idée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 213.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 17, ainsi rédigé :

« Compléter le texte proposé pour l'article L. 1111-2 du code de la santé publique par les dispositions suivantes : "ainsi que des modalités de leur exercice. Les conditions dans lesquelles ces informations sont délivrées sont fixées par voie réglementaire". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. Cet amendement vise à permettre clairement aux patients de connaître les modalités de conventionnement, ou non, du médecin et, le cas échéant, au praticien de mentionner sa qualité de médecin référent.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 17. *(L'amendement est adopté.)*

ARTICLE L. 1111-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. le président. M. Dubernard a présenté un amendement, n° 57, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le premier alinéa du texte proposé par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique :

« Toute personne participe, compte tenu des informations et préconisations des professionnels de santé, à la prise de décision concernant sa santé, aucun acte médical, aucun traitement ne peut être pratiqué sans son consentement libre, éclairé et écrit. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Il ne s'agit plus ici de l'information du patient. A ce sujet, monsieur le ministre, nous avons noté vos remarques : il faut en effet que nous trouvions une façon de mieux informer sans tomber dans la dérive anglo-saxonne.

J'en viens à mon amendement. Il faudrait préciser que le consentement est libre, éclairé, mais aussi écrit. Constituer la preuve que le patient accepte le traitement contribuerait à établir un climat de confiance.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. Jean-Michel Dubernard. Monsieur Evin...

M. Claude Evin. Je n'ai rien dit !

M. Jean-Michel Dubernard. Mais vous ne cessez d'exprimer du chef une opinion négative. Je répète qu'il est essentiel de rassurer les médecins, qui craignent la judiciarisation de notre système de santé. Nous jouons à fond le jeu de cette loi pour que la relation de confiance ne se transforme pas en relation de défiance. A cet égard, le consentement écrit, que, c'est vrai, nous emprunterions au système anglo-saxon, a du sens.

M. Jean-Luc Prével. Très bien !

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

M. Jean-Jacques Denis, rapporteur. La commission a rejeté votre amendement, monsieur Dubernard ; vous le savez, puisque vous étiez là. Il s'avère que, aux états généraux de la santé, les patients ont exprimé le souhait de

devenir de véritables acteurs de leur propre santé. Ils seront appelés à suivre les prescriptions et, à la lumière des informations requises, ils décideront conjointement avec leur médecin de prendre ou non le traitement.

M. Jean-Michel Dubernard. Non ! Ils donneront leur consentement ! Les médecins n'apprécieront pas vos propos, monsieur le rapporteur !

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

M. le ministre délégué à la santé. Mais les malades les apprécieront grandement, monsieur le député. Et comme nous ne voulons pas opposer les uns aux autres...

M. Jean-Michel Dubernard. Alors acceptez que le consentement soit écrit !

M. le ministre délégué à la santé. Non, ce serait un recul par rapport au principe du consentement ! Le médecin propose de m'opérer, mais c'est moi, en tant que malade, qui prend la décision d'aller à l'hôpital !

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Monsieur le ministre, je voudrais revenir quelques instants sur les conditions du colloque singulier – un échange qui, depuis quelques années, a sérieusement évolué – et sur l'instant où le malade et son médecin conviennent d'un traitement, en particulier d'un traitement chirurgical, et des conditions dans lesquelles il sera dispensé. Comme vous le savez, les conditions tarifaires, notamment dans la pratique libérale, sont parfois dérogatoires – en clair, on appelle cela des « dépassements d'honoraires ». Il est donc très courant, et c'est normal, que le praticien écrive sur un bout de papier le coût supplémentaire dont devra s'acquitter le patient.

M. Claude Evin. C'était le sujet de l'amendement précédent !

M. Bernard Accoyer. Attendez de comprendre où je veux en venir : pourquoi ce qui est valable pour un échange matériel, financier, donc accessoire, ne le serait pas pour l'essentiel, c'est-à-dire pour l'acte de soins lui-même ?

L'amendement tend à créer un cadre sécurisant pour le patient et à limiter la judiciarisation tant redoutée par les praticiens. C'est pourquoi je le soutiens.

M. le président. La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Mon intervention vaudra aussi pour l'amendement n° 18, monsieur le président. Ces deux amendements m'inspirent une question.

Un témoin de Jéhovah se fait opérer, supposons, mais a demandé à ne pas être transfusé. Une artère, accidentellement – cela peut arriver –, se met à saigner. Que doit faire l'équipe chirurgicale, monsieur le ministre ? Le laisser mourir, quitte à être attaquée pour non-assistance à personne en danger de mort ?

M. le ministre délégué à la santé. La réponse est claire.

M. Marc Laffineur. De très nombreuses équipes chirurgicales ont été dans cette situation ; c'est mon cas, alors je peux vous en parler et j'avoue que ces deux amendements me laissent un peu perplexe.

M. le ministre délégué à la santé. Je ne vois pas le rapport.

M. Marc Laffineur. Nous n'en avons pas fini avec les contentieux et les problèmes moraux en jeu.

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

M. le ministre délégué à la santé. Ces cas sont très classiques et la règle a été posée depuis bien longtemps.

Les témoins de Jéhovah refusent la transfusion et il n'est pas question de les transfuser, sauf quand, leur vie étant en danger, ils se trouvent dans l'impossibilité de refuser la transfusion, c'est-à-dire quand ils sont dans le coma.

Un patient, avant l'intervention, peut refuser les transfusions, qu'il soit témoin de Jéhovah ou qu'il n'ait pas confiance, pour des raisons que l'on peut comprendre ces temps-ci. Mais en cas d'incident vasculaire, d'hémorragie quelconque, si le patient ne peut plus ni refuser ni consentir, c'est au médecin de décider et il peut procéder à la transfusion.

La règle est la même pour la grève de la faim et le droit au suicide, terme discutable. Les grèves de la faim, dans les cas extrêmes, peuvent mener jusqu'à la mort. Il est hors de question d'alimenter le malade, même de force, parce qu'il en a décidé ainsi. Mais dès lors qu'il entre dans le coma et ne peut plus refuser la nourriture, il faut la lui administrer.

C'est assez hypocrite, mais c'est le droit. Des jurisprudences font force de loi et des médecins se sont exprimés publiquement à ce sujet, notamment dans des livres.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. La crainte de la judiciarisation existe, j'ai pu m'en rendre compte depuis quelques mois, comme chacun d'entre vous, lors de contacts directs, avec des médecins ou des associations de médecins.

Mais il faut garder en tête que nous vivons dans un Etat de droit. On l'a dit, une loi ne peut empêcher quiconque d'engager une action s'il s'estime victime. Ce que nous devons faire, et nous l'appelons tous de nos vœux, c'est maintenir la confiance.

Pardonnez-moi de le rappeler, mais dans les cas de jurisprudence que le ministre évoquait, la confiance avait disparu. On aura beau écrire tout ce qu'on voudra à propos de l'information ou du consentement, cela n'empêchera pas, en cas de rupture de confiance, qu'un contentieux soit engagé.

Je connais l'inquiétude qui règne en dehors de cet hémicycle. Certains estiment qu'il suffirait de tout mettre par écrit pour régler le problème. Malheureusement, cela ne fonctionne pas ainsi. Nous sommes là pour faire la loi, pour fixer des cadres, pour définir des droits. Mais il est des sujets qui sont de l'ordre de la relation humaine et sur lesquels on ne peut légiférer. Fixons des garanties, certes, mais ne croyons pas qu'il suffirait d'avoir tout codifié pour empêcher un citoyen d'engager une action en responsabilité.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas ce qu'a dit M. Dubernard.

M. Claude Evin. Du reste, lors de l'examen du titre III, nous aurons l'occasion de discuter de la mise en place d'un dispositif d'indemnisation des accidents médicaux, de nature, justement, à maintenir la relation de vérité, la relation de confiance, à ne pas exonérer la responsabilité des médecins de leur responsabilité, mais à lever cette épée de Damoclès que les professionnels de santé sentent au-dessus de leur tête.

Le texte proposé est donc à prendre dans sa globalité. Ce n'est pas en donnant des garanties sur l'écriture de tel ou tel document que nous résoudrions le problème. En revanche, la solution réside notamment dans la procédure d'indemnisation des accidents médicaux, que nous examinerons au titre III.

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Nous n'allons pas nous éterniser sur ce point, mais attention à la crainte de la judiciarisation : elle peut se transformer en opposition à la loi sur les droits des malades !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Nous sommes bien d'accord !

M. Jean-Michel Dubernard. D'autre part, les témoins de Jéhovah sont des patients comme les autres.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Personne n'a dit le contraire !

M. Jean-Michel Dubernard. Je suis d'ailleurs leur chirurgien officiel, cité dans certains de leurs opuscules.

La relation de confiance doit aller jusqu'au bout – le cas des enfants est différent, bien entendu. Ils ont l'habitude de signer des documents – dont la valeur juridique est contestable, mais peu importe – et la relation de confiance peut se défaire s'ils constatent qu'ils peuvent faire l'objet d'une transfusion s'ils tombent dans le coma ou le pré-coma. Dans les deux situations où des problèmes graves se sont produits, leur volonté a été respectée et, par la suite, tout s'est bien passé.

M. Claude Evin. Si la question a été débattue avant l'opération, il n'y a pas de problème.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 57. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 360 n'est pas défendu.

M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 18, ainsi rédigé :

« I. – Supprimer les deux dernières phrases du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

« II. – En conséquence, après le deuxième alinéa du même article, insérer l'alinéa suivant :

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Comme pour le droit à l'information, le droit au consentement est posé avant l'obligation d'y répondre qui incombe au professionnel. C'est donc un amendement rédactionnel.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. Jean-Michel Dubernard. Je voudrais introduire un sous-amendement : au troisième alinéa, il faudrait ajouter le mot « écrit ».

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 18. (*L'amendement est adopté.*)

M. Jean-Michel Dubernard. Mais j'avais proposé un sous-amendement !

M. Claude Evin et Mme Jacqueline Fraysse. Trop tard, l'amendement est adopté !

M. le président. N'abusons pas des artifices de procédure.

M. Bernard Accoyer. Le rythme est trop rapide, ce soir ! (*Sourires.*)

M. le président. Trop rapide ? J'ai l'impression que vous parvenez à vous exprimer, mon cher collègue...

Les amendements n^{os} 358 et 359 ne sont pas défendus.

MM. Laffineur, Mattei, Perrut et Colombier ont présenté un amendement, n^o 128, ainsi rédigé :

« Dans le troisième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, après le mot : "volonté", insérer les mots : "du fait d'une altération de sa conscience". »

La parole est à M. Marc Laffineur.

M. Marc Laffineur. Certains patients souffrant de dysarthrie ou de paralysie ne peuvent s'exprimer mais conservent toute leur lucidité.

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

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Amendement rejeté par la commission.

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

M. le ministre délégué à la santé. Défavorable. La rédaction du Gouvernement est meilleure.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 128.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Dubernard a présenté un amendement, n^o 58, ainsi rédigé :

« A la fin du troisième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, substituer aux mots : "ait été consulté" les mots : "soit informé". »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Cet amendement-ci sera repoussé comme les autres. (*Sourires.*)

M. Bernard Accoyer. Ils en acceptent un sur dix !

M. Jean-Michel Dubernard. C'est un amendement de cohérence avec la loi sur la bioéthique de 1994. L'entourage des personnes tombées dans le coma serait « informé ». Les verbes « consulter » et « informer » n'ont pas la même signification.

M. Bernard Accoyer. Il aurait fallu modifier la loi sur la bioéthique !

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

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. La commission a rejeté cet amendement car ce serait un pas en arrière par rapport au texte du Gouvernement.

M. Jean-Michel Dubernard. Il faut modifier la loi sur la bioéthique ! Vous auriez dû le faire depuis deux ans déjà !

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

M. le ministre délégué à la santé. Je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

M. Bernard Accoyer. Vous avez compris !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 58. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n^o 19, ainsi rédigé :

« Dans la dernière phrase du quatrième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, supprimer les mots : "par l'intéressé, ". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Amendement rédactionnel.

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

M. le ministre délégué à la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 19. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n^o 357 n'est pas défendu.

M. Dubernard a présenté un amendement, n^o 59, ainsi rédigé :

« Après le cinquième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, insérer l'alinéa suivant :

« La participation d'un malade à un protocole de recherche clinique doit se faire conformément à la loi n^o 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. »

La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Il convient d'indiquer, à cet endroit du texte, que le patient doit donner son consentement avant d'être examiné par des étudiants, mais aussi pour participer à un protocole de recherche clinique. C'est encore un amendement de cohérence, avec la loi Huriet-Sérusclat, cette fois.

M. Bernard Accoyer. C'est d'un grand législateur.

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

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Cet amendement n'a pas été examiné.

M. Jean-Michel Dubernard. Si.

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

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

M. le ministre délégué à la santé. Je ne comprends pas en quoi cet amendement est nécessaire. Un texte a été codifié. Pourquoi ne pas se référer au code de la santé publique ? Avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. Bonne explication. Je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n^o 59 est retiré.

M. Denis, rapporteur, M. Evin, Mme Benayoun-Nakache et les commissaires membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n^o 20, ainsi rédigé :

« Supprimer le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1111-3 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Jacques Denis, *rapporteur*. Encore un amendement qui a pour objet de supprimer la référence au code de déontologie – celui-ci est secondaire par rapport à la loi.

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

M. le ministre délégué à la santé. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 20.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

DÉPÔT DE RAPPORTS

M. le président. J'ai reçu, le 3 octobre 2001, de M. Vincent Burroni, un rapport, n° 3295, fait au nom de la commission de la production et des échanges, sur le projet de loi portant ratification de l'ordonnance n° 2001-273 du 28 mars 2001 transposant certaines dispositions de la directive 1999/62/CE du Parlement et du Conseil du 17 juin 1999 relative à la taxation des poids lourds pour l'utilisation de certaines infrastructures et réformant le régime d'exploitation de certaines sociétés concessionnaires d'autoroutes (n° 3206).

J'ai reçu, le 3 octobre 2001, de Mme Odile Saugues, un rapport, n° 3296, fait au nom de la commission de la production et des échanges, sur le projet de loi relatif à la sécurité des infrastructures et systèmes de transport et aux enquêtes techniques après événement de mer, accident ou incident de transport terrestre (n° 2940).

J'ai reçu, le 3 octobre 2001, de M. Didier Migaud, un rapport, n° 3298, fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, sur le projet de loi portant règlement définitif du budget de 2000 (n° 3218).

J'ai reçu, le 3 octobre 2001, de M. François Colcombet, un rapport, n° 3299, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, sur la proposition de loi de M. François Colcombet et plusieurs de ses collègues, relative à la réforme du divorce (n° 3189).

J'ai reçu, le 3 octobre 2001, de M. Henri Cuq, un rapport, n° 3300, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, sur la proposition de loi de M. Henri Cuq et plusieurs de ses collègues, tendant à modifier l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 ainsi qu'à renforcer la protection des mineurs (n° 3122 rect.).

J'ai reçu, le 3 octobre 2001, de M. Bernard Derosier, un rapport, n° 3301, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, sur le projet de loi, modifié par le Sénat, relatif aux chambres régionales des comptes et à la Cour des comptes (n° 3051).

3

DÉPÔT D'UN RAPPORT EN APPLICATION D'UNE LOI

M. le président. J'ai reçu, le 3 octobre 2001, de M. le Premier ministre, en application de l'article 142 de la loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 relative aux nouvelles régulations économiques, le rapport 2001 « L'Etat actionnaire ».

4

DÉPÔT DE RAPPORTS D'INFORMATION

M. le président. J'ai reçu, le 3 octobre 2001, de Mme Marie-Françoise Clergeau, un rapport, n° 3294, fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur la proposition de loi de M. François Colcombet et les membres du groupe socialiste et apparentés, relative à la réforme du divorce (n° 3189).

J'ai reçu, le 3 octobre 2001, de MM. Charles Cova et Jean-Noël Kerdraon, un rapport, n° 3302, déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission de la défense nationale et des forces armées, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'entretien de la flotte.

5

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. le président. Aujourd'hui, à neuf heures, première séance publique :

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi, n° 3258, relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

MM. Claude Evin, Bernard Charles et Jean-Jacques Denis, rapporteurs au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (titres I^{er} à IV du rapport n° 3263).

A quinze heures, deuxième séance publique :

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

A vingt et une heures, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée le jeudi 4 octobre 2001 à zéro heure cinquante.)

*Le Directeur du service du compte rendu intégral
de l'Assemblée nationale,*
JEAN PINCHOT

DÉSIGNATION D'UN CANDIDAT À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

CONSEIL D'ORIENTATION STRATÉGIQUE
DU FONDS DE SOLIDARITÉ PRIORITAIRE
(un poste à pourvoir)

Le mercredi 3 octobre 2001, M. le président de l'Assemblée nationale a confié à la commission des affaires étrangères le soin de présenter un candidat.

La candidature devra être remise à la présidence avant le mercredi 24 octobre 2001, à dix-huit heures.

Si, à l'expiration de ce délai, il n'y a qu'un seul candidat, son nom sera affiché et publié au *Journal officiel*. La nomination prendra effet dès cette publication.

**DÉSIGNATION D'UN CANDIDAT
À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE**

CONSEIL D'ORIENTATION DU COMITÉ INTERMINISTÉRIEL
DE PRÉVENTION DES RISQUES NATURELS MAJEURS
(un poste à pourvoir)

Le mercredi 3 octobre 2001, M. le président de l'Assemblée nationale a confié à la commission de la production et des échanges le soin de présenter un candidat.

La candidature devra être remise à la présidence avant le jeudi 18 octobre 2001, à dix-huit heures.

Si, à l'expiration de ce délai, il n'y a qu'un seul candidat, son nom sera affiché et publié au *Journal officiel*. La nomination prendra effet dès cette publication.

**DÉSIGNATION D'UN CANDIDAT
À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE**

CONSEIL DE SURVEILLANCE
DE LA CAISSE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT
(un poste à pourvoir)

Le mercredi 3 octobre 2001, M. le président de l'Assemblée nationale a confié à la commission des affaires étrangères le soin de présenter un candidat.

La candidature devra être remise à la présidence avant le mercredi 24 octobre 2001, à dix-huit heures.

Si, à l'expiration de ce délai, il n'y a qu'un seul candidat, son nom sera affiché et publié au *Journal officiel*. La nomination prendra effet dès cette publication.

Prix du numéro : 0,69 € - 4,50 F