

Quand le médecin se tire une balle. De la face sombre de la judiciarisation aux transformations sociales de la médecine

Sujet emblématique des rapports entre droit, médecine et société, la thématique de la judiciarisation exige une problématisation sociologique. En partant de la nécessité d'appréhender ce phénomène au-delà des discours professionnellement situés et souvent alarmistes, la présente contribution propose une déconstruction et une mise en perspective des enjeux sous-jacents à la judiciarisation en l'inscrivant au sein des transformations sociales de la médecine. Il s'agit ainsi d'évoquer les dynamiques majeures touchant la contractualisation de la relation thérapeutique et l'évolution des rapports profanes-professionnels dans le cadre des régulations contemporaines du monde médical.

Au petit matin du 5 février 2008, dans un village proche de Boulogne-sur-Mer, le Dr F. se tire une balle dans la tête à son domicile¹. Proche de la retraite, ce médecin de campagne sans histoires était bien intégré socialement et apprécié de ses patients, rendant complètement inattendu un tel geste. Selon les premiers éléments de l'enquête, le praticien se serait reproché d'avoir commis une erreur de diagnostic sur un de ses patients victime d'un infarctus fatal peu de temps après l'avoir consulté. L'hypothèse de l'erreur médicale ne paraît pourtant guère pouvoir être retenue : d'une part les signes avant-coureurs de l'infarctus chez le malade en question auraient été très difficiles à détecter pour un généraliste, d'autre part le Dr F. avait conseillé à son patient de consulter un cardiologue. Tout semble donc indiquer que le médecin ait fait son travail selon les règles de l'art. Pourtant son tourment fut tel qu'il l'a conduit à commettre l'irréparable après avoir passé une nuit blanche. Singulier et extrême, ce tragique fait divers est emblématique à de multiples égards de la judiciarisation de la médecine. Plus précisément, il recèle certains des ingrédients qui constituent cette thématique en tant que problème social. Il met notamment en exergue le risque médico-légal, c'est-à-dire la menace de la mise en cause judiciaire du professionnel par les patients. Selon les propos du procureur de la République, un proche du patient décédé aurait appelé le Dr F. et « lui aurait tenu des propos lui faisant craindre une judiciarisation du dossier »². La perspective d'une plainte aurait été d'autant plus pesante pour le praticien que la région concernée avait été récemment marquée par différentes affaires judiciaires impliquant le corps médical³.

Alors qu'elle fait l'objet de débats nourris depuis les années 1970 aux Etats-Unis (Danzon, 1990), la judiciarisation de la médecine est un objet d'actualité beaucoup plus récent en Europe (le terme lui-même apparaît en 1985 pour la première fois dans le dictionnaire *Le Robert*). Le coup de tonnerre provoqué par l'arrêt Perruche en France – « paroxysme de la dispute juge-médecin », selon l'expression de Jean-François Burgelin (2004 : 47), procureur général près la Cour de cassation – a très clairement mis sur le devant de la scène médiatique les problématiques de la responsabilité médicale et des rapports conflictuels entre le droit et la médecine. Si cet arrêt a suscité nombre de polémiques renvoyant à des questions éthiques⁴, il a

1. Cf. *Libération*, « La conscience professionnelle jusqu'au suicide », 20 février 2008.

2. *Idem*

3. L'un des collègues du Dr F. cité par le journaliste témoigne de la peur de l'embarquement de la machine judiciaire ; « Ici ce sont de toutes petites villes. Dans l'affaire d'Outreau, le médecin de famille a été interrogé une journée à la PJ de Lille. La télévision a filmé sa plaque minéralogique, et cela a suffi : des patients ont cessé de venir le voir. J'ai demandé à l'un d'eux pourquoi. Il m'a dit, je ne veux pas être soigné par un pédophile », cf. *idem*.

4. Sans entrer dans les détails complexes de cette affaire, des critiques virulentes ont été fondées sur l'argument selon lequel l'arrêt Perruche revenait à dire implicitement que le handicap constitue un préjudice qui demande réparation. Plus encore, pour certains, l'interprétation de l'arrêt signifiait que ne pas naître (dans le cas en question : avorter) est préférable à vivre avec un handicap. L'une des particularités de l'arrêt Perruche résidait en effet dans la reconnaissance du préjudice

pour l'enfant handicapé, alors que jusque-là n'était reconnu que le préjudice des parents en cas de faute d'un médecin ayant privé la mère de la possibilité d'avorter. Les détracteurs de l'arrêt de la Cour de Cassation ont ainsi avant tout dénoncé le principe d'un droit subjectif à ne pas naître (voir Cayla et Thomas, 2002).

aussi plus largement questionné l'évolution des mentalités. Certaines réactions ont ainsi dénoncé une forme d'impérialisme judiciaire consacrant l'avènement d'une société centrée sur la réparation du dommage moral ou physique. Didier Sicard, alors président du Comité national consultatif d'éthique français, fustigeait « la justice qui s'arroge désormais le droit de définir ce seuil [de ce qui mérite réparation ou non] et de fixer le prix d'une vie handicapée [et] désigne le coupable, la médecine »⁵. Le ton des discours du monde médical face au pouvoir du droit ou du juge est donné. En dépit de la loi du 4 mars 2002 qui a en grande partie rendu invalides les motifs d'inquiétudes que l'arrêt Perruche avait suscités auprès des gynécologues-obstétriciens en particulier, le climat de crainte et de pression médico-légale ne s'est pas résorbé pour autant (Moysse et Diederich, 2006). « Il ne fait guère de doute, dans l'esprit des professionnels de santé, que la médecine fait l'objet d'une mise en cause de plus en plus fréquente par la justice » (Helmlinger et Martin, 2004 : 40). Rendant compte d'entretiens menés avec des gynécologues-obstétriciens, Béatrice Jacques livre le constat suivant : « Tous témoignent d'une peur, d'une pression médico-légale au quotidien, qu'ils associent dans leur discours au thème récurrent de la < perte de confiance > dans le médecin, de sa < désacralisation > » (Jacques, 2007 : 61).

La réflexion sur le phénomène de la judiciarisation nécessite un examen au-delà de ses symptômes les plus apparents et de ses manifestations les plus spectaculaires. Cette problématique fait intervenir de multiples éléments, parmi lesquels les conditions actuelles de l'exercice de la médecine, l'acceptabilité sociale du risque, de l'incertitude et de l'erreur, et corrélativement la perception de l'efficacité du savoir et de la technique, la responsabilité médicale, les attitudes et attentes des patients, ainsi que l'évolution des règles juridiques et le rôle de l'institution judiciaire. Charriant bien souvent des significations hétérogènes, la problématique générale de la judiciarisation est complexe. Le fait que les débats sur la question soient fortement marqués par les discours d'acteurs directement impliqués (corps médical, professionnels du droit, associations de patients, assureurs...) ne favorise pas une appréhension sereine et objective de l'objet. Fantasmes, passions et courtes vues représentent ainsi des écueils majeurs qu'il s'agit d'éviter. En outre, si les travaux en sciences sociales portant sur « les modalités et les conséquences de l'intervention de la justice sur les pratiques médicales en France » sont rares (Barbot et Fillion, 2006 : 6), la documentation et les analyses du contexte helvétique, où la question est moins médiatisée, sont encore plus rares⁶.

L'objectif de la présente contribution consiste à mettre en évidence quelques points de confusion dans les débats autour de la judiciarisation et à poser des éléments de discussion favorisant une approche aussi neutre que possible de cette thématique complexe au cœur des rapports entre droit, médecine et société. Après avoir

évoqué la juridicisation de la médecine qui soulève la question des limites de la contractualisation de la relation thérapeutique, nous indiquerons en quoi la judiciarisation est thématisée comme problème social, pour montrer ensuite que les difficultés de mesure du phénomène ne permettent pas de valider les discours alarmistes en la matière. Enfin, nous mettrons l'accent sur les transformations des rapports médecins-malades qui constituent un enjeu crucial de la compréhension du problème général de la régulation contemporaine du monde médical.

1. La juridicisation, le droit et la régulation de la relation thérapeutique

Bien que lié à celui de judiciarisation, le concept de juridicisation doit en être bien distingué dès lors que ces deux phénomènes apparaissent au cœur de la dynamique contemporaine des relations entre droit, médecine et société. Préciser la notion de juridicisation constitue ainsi une première étape de clarification des débats polémiques quant à ce que le droit fait à la pratique médicale, et plus particulièrement à la relation thérapeutique.

Au-delà des différentes dimensions que l'on peut associer à ce concept (Blichner et Molander, 2008), le terme de juridicisation (« *juridification* ») fait référence à « l'extension du droit et des processus juridiques à un nombre croissant de domaines de la vie économique et sociale » (Noreau, 1993). Il désigne le processus par lequel un domaine d'activité est soumis de manière accrue à des lois, soit qu'il fasse l'objet d'une réglementation juridique qui était inexistante auparavant, soit que les normes juridiques applicables deviennent plus détaillées ou plus denses dans leur contenu.

Si l'activité médicale a toujours été encadrée par des règles (le serment d'Hippocrate, la déontologie), la place des normes juridiques n'a cessé de croître depuis les années 1950. L'évolution des dispositifs législatifs a principalement affirmé les droits fondamentaux de la personne face au système de soins, en répondant notamment aux exigences sécuritaires vis-à-vis des actes médicaux tout en accroissant la reconnaissance de la responsabilité des médecins (Laude, 2005). L'éthique médicale en particulier fait l'objet d'un processus de juridicisation puisque divers principes structurant les activités de soins et de la recherche médicale ont

5. Cf. *Le Monde*, 6 décembre 2001

6. Le questionnement sur l'adéquation du droit et des décisions de justice par rapport à la pratique médicale n'est pas absent en Suisse, et montre que la tonalité des débats n'y est pas différente d'autres contextes nationaux. Réagissant à un jugement du Tribunal Fédéral sur un cas de violation du devoir d'information dans un article du *Bulletin des médecins suisses*, les auteurs critiquent la position des juristes et

concluent que « les critères du droit ne sont pas médicalement valides. N'entre-t-on pas ainsi de plein pied dans une médecine bureaucratique, procédurière et défensive, qui non seulement ne va pas contribuer à en diminuer les coûts, mais, plus dommageable encore, fait fi de la clé de voûte de la relation médecin-malade, à savoir la confiance ? » (Wasserfallen, Telenti, Biollaz et Crespo, 2002 : 2780).

été progressivement formalisés dans des lois depuis le Code de Nuremberg en 1947⁷. En Suisse, le débat politique actuel autour de l'article constitutionnel relatif à la recherche sur l'être humain en atteste. Devenu norme légale, le respect de la dignité de la personne humaine est aujourd'hui une pierre angulaire de l'éthique médicale. En matière de droits de la personne face à la médecine, le développement historique des normes juridiques signale incontestablement un mouvement de rationalisation substantielle des règles régissant la relation thérapeutique, désormais articulée autour de l'autodétermination du malade. La densification des normes juridiques traduit une expansion du droit matériel – par opposition au droit formel (Weber, 1986) – qui édicte ou renforce de nouvelles valeurs en s'accompagnant de prescriptions plus précises ou plus étendues du point de vue des comportements des professionnels.

Au fil des années, le législateur a par exemple défini de manière de plus en plus détaillée le contenu de l'information que le médecin doit délivrer à son malade pour la formation du consentement éclairé – l'accord du patient devenant le préalable indispensable à tout acte thérapeutique. Le patient doit ainsi être aujourd'hui renseigné sur le diagnostic, le pronostic, les différentes options thérapeutiques, les risques et le coût d'un traitement notamment (Manaï, 2006). Tandis que l'obligation d'informer du médecin s'est renforcée, la responsabilisation de ce dernier s'est accrue (Manaï, 2000)⁸. Le défaut d'information n'est plus (seulement) une faute déontologique mais constitue un manquement à une obligation formelle. La juridicisation substantielle de la relation thérapeutique correspond ainsi à l'inscription en droit des prérogatives des patients et des devoirs des médecins.

Cet encadrement juridique de la situation du patient face au monde médical représente indéniablement une évolution positive par rapport à une époque où la relation thérapeutique était caractérisée par un fort déséquilibre. En dotant le patient de droits et en énonçant les devoirs du médecin, le processus de juridicisation permet de réduire les risques d'abus de pouvoir et de paternalisme médical, symbolisé par le praticien qui décide seul ce qui est mieux pour son patient. Au-delà des objectifs de protection du malade et de la promotion de l'éthique dans les soins, la juridicisation constitue en

tant que telle un changement du mode de régulation des relations entre profanes et professionnels. L'évolution des droits des patients reflète la « prise de conscience que le pacte entre la médecine et son public [repose] sur d'autres bases que le principe d'autorité, l'entente tacite ou le contrat de confiance » (Moulin, 2004 : 25). L'encadrement juridique pose notamment la question du degré d'autonomie que conserve le praticien dans le rapport avec son patient puisque les comportements du médecin qui un temps relevaient avant tout de règles professionnelles deviennent des comportements prescrits par des règles légales (Saadoun, 2004). « La juridicisation atteste que, plus que jamais, le droit gouverne les rapports sociaux » (Terré, 2007 : 45). Ce qui fait objet de débats et critiques, c'est notamment le degré d'intrusion du droit et ses effets sur la pratique médicale.

En lieu et place de la conscience intime de l'homme de l'art, c'est une institution tierce et extérieure – le droit – qui constitue l'horizon ultime de régulation et de structuration des activités de soins et de recherche. « Tout se passe donc comme si l'acte médical devait nécessairement passer par une médiation symbolique [...] résidant, hors d'elle, dans le droit » (Saadoun, 2004 : 18). La juridicisation substantielle traduit ainsi la montée en puissance d'un mode institutionnel de régulation de plus en plus formalisé des relations entre médecins et patients. La pratique d'une « bonne médecine » articulée à une responsabilité morale est désormais surplombée par une instance extérieure. L'imposition légale pèse sur le médecin là où précédemment sa conduite était dictée par une règle à la fois professionnelle et morale. Le colloque singulier soignant-soigné l'est de moins en moins et devient de plus en plus une interaction sociale prise dans un moule normatif formalisé. L'information « ne serait plus dispensée par un médecin « en son âme et conscience » à un patient donné, mais répondrait désormais à des contraintes externes (procédures de recueil de consentement, feuilles d'information standardisées) s'imposant à lui avec d'autant plus de force qu'elles revêtent le statut de « preuve » devant les tribunaux » (Barbot et Fillion, 2006 : 8). Jean-Christophe Weber, professeur de médecine interne en France, résume comme suit cette tendance contemporaine : « On passe de la responsabilité devant sa conscience – « j'ai fait ce qui me paraissait le mieux pour mon malade » – à la protection au regard de la loi » (Weber, 2003 : 31).

Cette évolution traduit plus largement le déclin de l'autonomie de la profession médicale, qui a longtemps défini elle-même ses règles de fonctionnement et l'organisation du contenu de ses activités (Freidson, 1984). C'est aussi le déclin de la « tradition clinique » du praticien appuyant son jugement sur son expérience personnelle et sur l'individualité de son patient qu'entérine la montée en puissance de la médecine des preuves (« *evidence-based medicine* »), des recommandations de bonne pratique et des protocoles thérapeutiques

7. Le Code de Nuremberg fait directement suite aux procès de Nuremberg à la fin de la seconde guerre mondiale en réaction aux expérimentations médicales du régime national-socialiste (voir Ambroselli, 1994). Le principe du consentement du patient participant à des recherches médicales constitue la pierre angulaire du Code de Nuremberg, qui fonde la bioéthique contemporaine.

8. En France, l'arrêt Hédreul, en 1997, représente un « tournant historique » du fait que « le médecin doit désormais prouver qu'il a rempli ses devoirs d'information, alors que la charge inverse (prouver le défaut d'information), évidemment très difficile à mettre en œuvre, incombait jusque-là au patient » (Moulin, 2004 : 27).

standardisés (Barbot, 2002)⁹. Dans ce contexte, une partie du corps médical perçoit le juridique en général comme une menace et comme une obstruction en raison des règles, obligations et procédures qui lui sont imposées. Outre le fait que des médecins ont le sentiment d'être soumis à une discipline extérieure, c'est la légitimité de certaines obligations qui est critiquée au motif qu'elles ne sont pas appropriées à la réalité de la pratique médicale.

Ce questionnement concerne par exemple la formalisation du contenu de la relation thérapeutique. L'argument est que les procédures imposées sont inadaptées à l'objectif poursuivi, et plus encore qu'à partir d'un certain degré de formalisme, le droit ne peut que buter sur la spécificité de la pratique médicale et de la relation médecin-malade. Ce type de critique, qui émane aussi de juristes, philosophes ou sociologues, concerne notamment la contractualisation du consentement du patient et de la responsabilité du médecin. Antoine Garapon souligne à cet égard l'ambivalence de l'utilisation croissante des protocoles d'information qu'il considère comme un facteur de fragilisation de l'art médical : « C'est un bon moyen de se couvrir juridiquement, en prouvant l'absence de faute par le strict respect des procédures. Mais alors, le risque est que tout manquement au protocole, réciproquement, soit considéré comme une faute, alors qu'il peut être justifié par le souci de s'adapter au cas » (*Esprit*, 2007). C'est dans une logique similaire que certains dénoncent les effets pervers du recours au consentement par le biais d'un document d'information délivré aux patients pour signature. Non seulement le recours au document écrit peut avoir pour conséquence de « dispenser certains praticiens peu consciencieux d'un entretien particulier sur les risques encourus », mais surtout « si elle [l'information] est trop alarmiste, elle est contraire au principe d'une information adaptée à la finalité médicale qui est d'amener les patients vers les soins et risque de les dissuader de se faire soigner » (Moutel, 2005 : 6). Poussée à un certain degré, la formalisation devient impropre à la situation de communication spécifique à chaque relation médecin-patient.

Renforcée par la montée en puissance des protocoles thérapeutiques fondés sur des études randomisées contrôlées¹⁰, la tension classique qui entoure le soin et la décision médicale – où placer le curseur entre l'universalisme des connaissances scientifiques et la prise en compte des caractéristiques idiosyncrasiques (cliniques, psychologiques, sociales) du malade ? – se trouve accentuée par la définition normative de l'échange d'informations entre le professionnel et le profane. La formalisation de la relation médecin-patient et la standardisation thérapeutique sonneraient alors le glas de l'art du jugement médical. Plus encore, ce qui est dénoncé, c'est la tendance à vouloir transformer la relation médecin-patient en une relation contractuelle alors que l'essence même de la rencontre médicale

n'est pas un contrat formel de prestations mais « plutôt un pacte tacite, une condition initiale qui relève d'un engagement subjectif marqué par une confiance, sans laquelle la médecine ne peut pas s'exercer » (Saadoun, 2004 : 20). Cette rencontre fonctionne sur un « quelque chose » d'irréductible, d'hermétique à toute tentative de formalisation, a fortiori prescriptive. Qu'on l'appelle confiance, pacte ou autre, cette spécificité de la logique médicale ne peut se décréter et ne serait pas soluble dans le droit ; « [...] le médecin n'a jamais affaire à la maladie et à un sujet abstrait, mais à un malade concret qui exprime à sa façon sa souffrance et, par conséquent, le concept juridique et philosophique de contrat est trop large ou trop étroit pour en épuiser toutes les propriétés » (Saadoun, 2004 : 22). « Entre le juridique et le médical, le croisement est donc périlleux, car il demeure un <reste> spécifique à la relation thérapeutique qui ne peut apparaître dans une perspective qui contractualise cette relation » (Saadoun, 2004 : 21). Vouloir tout structurer et penser en termes de droits et devoirs, en termes d'émanation des volontés individuelles explicites irait tout simplement à l'encontre de la manière dont fonctionne – psychologiquement et sociologiquement – la relation patient-médecin.

Au-delà de l'incompatibilité de nature entre la logique juridique et la logique du soin, la critique de la juridicisation porte aussi sur la mise en évidence des effets dérégulateurs de la première sur la seconde. L'insistance formelle sur les obligations, sur les procédures ou l'imposition de manières de faire précises tendent en effet à être interprétées par les médecins comme les marques du soupçon de mauvaise pratique et comme le rappel de leur responsabilité juridique, « alors que de leur point de vue ils ne peuvent exercer leur devoir, dans leur écrasante majorité, qu'à la condition de ne pas être soumis à condition formelle contraignante » (Saadoun, 2004 : 22). Pour la très grande majorité des interactions entre soignants et soignés qui se passent bien, cet arrière-fond de normativité formaliste apparaît comme une contrainte externe, soit inutile, soit perturbatrice. La référence au droit est perçue comme légitime en cas de manquement de la part du professionnel mais comme illégitime, voire néfaste dans le cadre d'une pratique médicale « normale ». Le paradoxe serait le suivant : la formalisation des droits et devoirs, motivée par la protection du patient, produit à un certain degré une péjoration de la qualité de la pratique médicale et

9. Le rôle croissant des règles juridiques – la juridicisation – et de l'éthique s'inscrit dans un processus plus large des dernières décennies d'encadrement des activités médicales qui inclut autant l'Etat et des acteurs économiques que les associations de patients. Si les formes d'organisation du travail des médecins changent (bureaucratisation, réseaux de santé), c'est également la pratique médicale en tant que telle qui se transforme.

10. Le poids croissant des recommandations et références médicales dans l'appréciation de la responsabilité des praticiens est assimilé à une restriction de leur liberté au point que la relation thérapeutique « ne se caractérise plus par sa singularité mais tend de plus en plus à devenir une relation automatisée, systématisée et normalisée » (Smalwood, 2006 : 126).

de la rencontre thérapeutique¹¹. C'est donc la fonction du droit qui est mise en cause et la rationalité de la rationalisation substantielle qui est interrogée. Jusqu'à quel point le droit reste-t-il régulateur, parvenant à un équilibre entre les différents intérêts en présence ? A partir de quel point devient-il contre-productif, ou simplement inopérant ? Les débats autour de la juridicisation mettent en évidence la tension entre les vertus de l'autonomie d'une pratique professionnelle, qui ne peut être complètement réduite à des procédures, et la contractualisation de la relation thérapeutique qui vise à protéger le patient. Ce questionnement constitue un premier enjeu de la régulation des activités médicales par le droit. Le deuxième enjeu majeur concerne moins directement ce que la réglementation juridique accrue fait aux pratiques professionnelles que ce que l'usage social du droit fait à la médecine ainsi que la signification de cet usage du point de vue de la régulation des rapports profanes-professionnels.

2. La judiciarisation de la médecine en question

Si la juridicisation fait référence au droit, la judiciarisation renvoie, dans un domaine donné, à la résolution de conflits passant de plus en plus par les tribunaux. Tandis que la juridicisation concerne la production normative du législateur ou du juge, la notion de judiciarisation signifie que la justice a tendance à être privilégiée par rapport à d'autres modes de régulation des litiges ou des situations conflictuelles. La définition de Jacques Commaille (2002: 1) – « extension du rôle de la Justice comme institution dans le traitement de < problèmes de société > [...] pour lesquels la Justice n'était pas sollicitée auparavant ou sur lesquels elle n'envisageait pas d'intervenir » – ne précise pas la source de l'action judiciaire. Lorsqu'il est question de la judiciarisation du politique ou du sport, la procédure judiciaire est généralement actionnée par un magistrat et les débats portent autour du pouvoir du juge. Dans le champ de la santé, les débats portent avant tout sur les comportements des citoyens et leur recours à la justice, c'est-à-dire lorsque la procédure judiciaire est initiée par la plainte que dépose un patient s'estimant victime d'une violation de ses droits. Le recours à l'instance judiciaire des malades pour faire valoir leurs droits et exprimer leurs insatisfactions constitue en effet une caractéristique de l'évolution récente des relations entre le monde profane et le monde professionnel (Gabe et Bury, 1991). La judiciarisation suggère ainsi que le juge (ou le droit)

intervient de plus en plus comme le relais des doléances et des attentes, voire comme le lieu d'expression des exigences et des revendications des patients. En ce sens, le phénomène de judiciarisation interroge de front les transformations actuelles de la figure du malade et de la régulation des rapports entre le monde profane et le monde professionnel.

Un problème social

La judiciarisation des soins – la menace accrue pour le professionnel de faire l'objet d'une plainte – revêt une connotation péjorative dans le monde médical et y est avant tout thématisée en tant que problème social. L'intervention croissante de la justice y apparaît comme impropre, excessive, voire malsaine¹². Ce sont ainsi les différentes conséquences négatives du « climat » de judiciarisation qui sont mises à l'index (Thorpe, 2004).

Parmi elles, la dimension économique est probablement la plus manifeste. Les condamnations de praticiens ou d'établissements de santé à payer des dédommagements aux patients plaignants entraînent une augmentation du montant des primes de l'assurance des risques de l'exercice médical. Suite à l'affaire Perruche en France, on a assisté à une crise sérieuse de l'assurance professionnelle, la hausse des primes était devenue tout simplement inabordable pour les obstétriciens. Dans ce contexte, la crainte du risque médico-légal associée au coût de l'assurance professionnelle a également entraîné une crise de recrutement et de vocation parmi les spécialités médicales les plus exposées à ce risque (la chirurgie, l'obstétrique et l'anesthésie-réanimation¹³). Des praticiens ont par exemple abandonné la pratique privée pour exercer dans des établissements publics, alors que les étudiants diplômés se détournent des spécialités les plus sensibles.

Mais la conséquence la plus critiquée de la judiciarisation est celle qui touche directement la pratique médicale. La perception d'une pression médico-légale s'accompagne de stratégies d'adaptation de la part des professionnels dans leur manière d'exercer leur métier. Les effets les plus visibles et les mieux documentés concernent la gynécologie-obstétrique, domaine dans lequel les praticiens ont tendance à multiplier les examens de contrôle et à renoncer à certaines interventions risquées et potentiellement préjudiciables en adressant la patiente à d'autres collègues

11. Toutes proportions gardées, cette critique fait écho aux thèses générales de Habermas (1987), pour qui l'expansion du droit conduit à une colonisation du monde vécu, ou de Teubner (1987) qui dénonce la prolifération des lois, l'inflation normative, la surréglementation qui au final échoue à atteindre son objectif initial de régulation.

12. Tel est le cas par exemple du refus de transfusion sanguine des témoins de Jéhovah ; « En n'intervenant plus simplement a posteriori, mais au lit du malade, le juge s'im-misce désormais dans la conduite même des soins, appréciant au cas par cas le bien-fondé de la pratique médicale en train de se faire. Et nombreux sont les médecins qui s'inquiètent de la nature et des conséquences d'un tel arbitrage et mettent directement en doute les compétences dont dispose le juge

pour apprécier leur pratique » (Barbot, 2008: 997).

13. En Suisse, sur la totalité des expertises établies par le Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum, organisation faîtière du corps médical suisse) au cours des 25 dernières années (1982-2007), 25% concernent la chirurgie, 18% la chirurgie orthopédique, 12% la gynécologie et obstétrique, 7% la médecine générale et 7% la méde-

cine interne (Rabbia et Favre, 2008). Les autres disciplines médicales sont concernées à des pourcentages inférieurs à 4%.

(Jacques, 2007; Studdert *et al.*, 2005). Par exemple l'augmentation du nombre de césariennes par crainte des risques exceptionnels engendrés par l'accouchement par voie basse répondrait moins à des indications médicales qu'à des critères de «précaution» (Lansac et Sabouraud, 2004). Plus généralement, le refus de soigner certaines catégories de patients en raison des risques d'erreur et le fait de multiplier des examens qui ne répondent pas à des critères médicaux figurent parmi les indicateurs les plus manifestes de cette «médecine défensive» qui tend à substituer au soin du patient comme principe premier de la pratique du professionnel l'évitement du risque judiciaire (Barbot et Fillion, 2006)¹⁴. «La judiciarisation de la médecine et sa médiatisation, au lieu d'aboutir à une meilleure protection du patient, risquent de se retourner contre lui en proposant des pratiques coûteuses, iatrogènes et en faisant fuir les médecins des disciplines dites «à risques»» (Lansac et Sabouraud, 2004 : 56). L'expression de «médecine défensive» incarne le discours des professionnels dénonçant les effets pervers de la pression juridique qui pèse sur leur responsabilité, et leur crainte d'être traînés en justice par un patient mécontent. Certains psychiatres utilisent l'expression du «syndrome du parapluie bulgare»¹⁵ pour qualifier cette situation dans laquelle le souci de diminuer ou d'éviter les risques de poursuites judiciaires devient un élément à part entière de la pratique et des décisions à prendre (Vedie et Rivet, 2001). Même si elle peut aussi avoir des effets positifs¹⁶, la judiciarisation des soins est présentée comme un épouvantail dont les effets pervers sapent les fondements de la relation thérapeutique (la confiance dans le soignant notamment), péjorent la qualité des soins, et menacent l'accès équitable aux services de santé, sans compter ses dommages en termes de coûts de la santé (Mello *et al.*, 2004).

Quelle est la pertinence empirique des propos alarmistes sur la judiciarisation de la médecine et quelle est la pertinence de la thèse sous-jacente d'une transformation profonde des rapports entre profanes et professionnels ? Le propos des sections suivantes ne consiste pas à apporter des réponses définitives à ces questions mais plutôt à interroger de manière critique le discours ambiant sur la judiciarisation dans deux directions. L'analyse suppose non seulement de pouvoir mesurer rigoureusement et objectivement la teneur réelle de la judiciarisation au niveau de l'institution judiciaire, mais aussi de se pencher sur la figure contemporaine du patient dans sa relation au monde médical. Attachons-nous donc dans un premier

temps à la mesure du diagnostic de judiciarisation qui, à y regarder de près, ne va pas de soi et incite à la prudence plutôt qu'aux affirmations catégoriques.

Un phénomène à déconstruire pour mieux l'appréhender

L'incitation à la prudence provient du manque d'indicateurs fiables à disposition pour évaluer sur pièces le phénomène de judiciarisation. En Suisse, à notre connaissance, on ne dispose pas de statistiques globales et homogènes qui indiqueraient, par exemple, si les plaintes des patients sont en augmentation et si l'on observe dans le domaine des soins une tendance croissante des profanes à recourir à la justice. Par ailleurs la détermination d'un indicateur pertinent de la judiciarisation ne va pas de soi ; entre le nombre de plaintes déposées à l'encontre d'un praticien privé et/ou d'un établissement de santé, le nombre de condamnations, le montant des dommages et intérêts versés au plaignant, ou encore l'évolution des primes de responsabilité civile des professionnels, l'éventail est large. La difficulté du choix d'un bon indicateur se heurte en outre à la complexité de l'institution judiciaire et à la diversité de ses procédures. A supposer qu'existe une statistique des plaintes déposées par les profanes, leur interprétation devrait tenir compte des différentes voies juridictionnelles (civile ou administrative et pénale) pour lesquelles la gravité des faits et le type de responsabilité diffèrent. S'ajoute la question de savoir comment situer d'autres modes de résolution des conflits tels que la médiation qui commence à s'institutionnaliser en Suisse (Gagnebin, 2008), et dont le but est «déjudiciariser» les contentieux. Chacun des indicateurs à disposition mesure un aspect différent du phénomène de judiciarisation, dont la signification est plus ou moins surdéterminée par l'institution judiciaire. Il conviendrait de ne pas perdre de vue que l'institution judiciaire possède sa propre logique de fonctionnement qui peut ne pas (plus) refléter l'intention initiale du plaignant, d'autant que le cheminement d'une plainte peut être complexe. Une plainte allant jusqu'au procès a-t-elle la même signification qu'une plainte déposée pour le même motif mais qui débouche sur un règlement à l'amiable ? Jusqu'à quel point le fait judiciaire reflète-t-il le fait sociologique ? A cet égard, le regard sociologique peut difficilement faire l'économie d'une connaissance du motif précis de la plainte, comme nous l'évoquons plus loin.

14. Citons également cette définition parmi d'autres de la pratique médicale défensive ; «the ordering of treatments, tests and procedures for the purpose of protecting the doctor from criticism rather than diagnosing or treating the patient» (McQuade, 1991: 408).

15. Référence au parapluie, en principe objet de protection, utilisé par les services secrets bulgares durant la période communiste comme arme déguisée pour supprimer des opposants politiques.

16. L'image fortement négative de la médecine défensive doit en effet être quelque peu nuancée. La perception d'une pression médico-légale peut aussi conduire à une amélioration de la prise en charge par les médecins (explications plus détaillées,

meilleure communication, dossiers médicaux plus complets et mieux tenus) et à une satisfaction accrue des patients (Studdert *et al.*, 2005). Le risque médico-légal peut aussi pousser les professionnels les plus concernés à tenir un discours antipositiviste en insistant sur la faillibilité de leurs pratiques et les limites ou l'incertitude de leurs moyens d'investigation (Jacques, 2007). En outre, les procès ou la pression médico-légale peuvent aussi se révéler utiles non seulement sur le

plan de l'amélioration des pratiques mais aussi sur le plan politique lorsque des mises en cause révélant des dysfonctionnements constituent un moyen pour certaines spécialités d'appuyer leurs revendications (Barbot et Fillion, 2006).

Il convient enfin de souligner, dans le même esprit de prudence, que le constat éventuel d'une hausse de plaintes judiciaires de patients n'équivaut pas en tant que tel à un processus de judiciarisation. Car si la judiciarisation consiste en le recours accru, en cas de litige, à la justice pour manifester un litige ou régler un contentieux plutôt qu'à un autre mode de règlement des conflits (ou plutôt que ne rien faire), une augmentation des plaintes peut s'expliquer par des causes n'ayant rien à voir avec l'hypothèse de patients devenus plus procéduriers. Une telle augmentation peut par exemple résulter d'une meilleure prise de conscience par les usagers des fautes professionnelles, d'une meilleure connaissance des malades de leurs droits¹⁷, ou être simplement le reflet d'une hausse effective des accidents médicaux, des erreurs de diagnostic, de traitement ou d'autres manquements à la bonne pratique. On peut également imaginer qu'une augmentation des plaintes puisse être le fait de la mise en place de procédures institutionnelles qui facilitent, sur le plan formel ou pratique, le contentieux¹⁸. En d'autres termes, avant de considérer la plainte comme un indicateur valide de la judiciarisation, l'analyse suppose d'avoir écarté d'autres phénomènes explicatifs.

En somme, l'appréhension de la réalité empirique de la judiciarisation se heurte non seulement au manque de données statistiques et à la variété des indicateurs possibles, mais aussi au fait que le constat brut d'une hausse des plaintes des patients ne signifie pas d'emblée que ceux-ci ont effectivement tendance à recourir davantage à la justice pour régler les litiges. Par ailleurs, en France par exemple, où la question des rapports entre justice et médecine est plus sensible qu'en Suisse, la hausse des plaintes des profanes contre des médecins ou des établissements de santé ne semble pas, au vu des quelques données à disposition, être vérifiée (Rambaud, 2007) ou est loin de correspondre objectivement à l'inquiétude des professionnels (Helmlinger et Martin, 2004)¹⁹. Or il faut bien le reconnaître : démontrer chiffres à l'appui que les plaintes des patients ne sont guère plus fréquentes ne suffirait pas à éliminer le sentiment des professionnels d'être plus facilement mis en cause qu'auparavant. La réalité statistique, et judiciaire, ne joue qu'un rôle très partiel dans la perception du corps médical de la judiciarisation. C'est ainsi que la compréhension de la « face sombre » de la judiciarisation, phénomène sociologique à part entière, nécessite d'interroger plus largement la

figure actuelle du patient et les changements des rapports entre profanes et médecins.

3. Quelle transformation des rapports médecins-malades ?

Si certains fustigent l'évolution du droit et ses effets délétères sur la pratique médicale, les discours sur la judiciarisation mettent aussi la déliquescence des rapports entre profanes et professionnels sur le compte de profondes transformations des attitudes des patients à l'égard du corps médical. Le concept de « médecine défensive » suggère une relation médecin-patient marquée notamment par un sentiment de confiance fortement érodé et qui se situe à l'exact opposé du modèle asymétrique et consensuel développé par Talcott Parsons, caractérisé par un patient docile qui reconnaît pleinement l'autorité du médecin et à qui il délègue l'ensemble des initiatives relatives à sa prise en charge (Parsons, 1955).

La face sombre de la judiciarisation

Deux figures récentes du profane symbolisent cette évolution vers un patient actif et affranchi de l'emprise du pouvoir médical : celles du malade consommateur et du malade procédurier. Le malade consommateur apparaît sous les traits d'un usager du système de soins résolument critique, acteur de sa prise en charge, mû par le souci de recevoir les meilleures prestations possibles des professionnels, qui n'hésite pas à exprimer son insatisfaction et qui estime avoir un droit à la guérison (Lupton, Donaldson et Lloyd, 1991). Quant à la figure du patient procédurier, elle décrit plus particulièrement un profane enclin à traîner un médecin ou une organisation de soins devant les tribunaux. « Il y a [...] un procureur en puissance dans chaque cabinet médical, et c'est le patient » (Turcey, 2004 : 3) – ces propos d'un magistrat français illustrent l'interprétation sombre de la judiciarisation où le rapport médecin-malade est d'abord structuré par le risque médico-légal. Ce qui est ici en jeu, c'est la propension accrue des patients à entamer un litige et à faire valoir des prétentions à travers le recours aux tribunaux. Si cette inclination à se tourner vers la justice peut être considérée comme le reflet d'un niveau d'exigence et d'affirmation du droit de l'individu face à une corporation demeurée longtemps intouchable (Annandale, 1989), elle est certainement un indicateur de la désacralisation de la figure du médecin.

17. L'extension des droits des patients joue certainement un rôle d'amplification dès lors que s'élargit le champ potentiel des plaintes. On peut présumer en effet que l'action en justice est plus aisée si la plainte dénonce un manquement à une obligation faisant l'objet d'une disposition précise. Néanmoins, on ne peut partir du principe que l'expansion à elle seule du droit et des règles juridiques entraîne mécaniquement une augmentation du nombre de contentieux ou une pro-

pension des profanes à tenter des actions en justice contre le personnel médical ou les institutions de soins.

18. Par des coûts moins élevés, l'introduction de dispositifs plus visibles de dépôt de plaintes, par une simplification des démarches administratives.

19. Jean-Marc Morin, directeur des affaires juridiques et des droits du patient de l'Assistance Publique –

Hôpitaux de Paris, indique n'avoir pas constaté d'augmentation du contentieux au cours des dernières années (que ce soit au pénal ou à l'administratif). « En 2003, sur 8,5 millions d'actes médicaux pratiqués par l'AP-HP, on a eu 26 affaires faisant l'objet d'enquêtes pénales dont beaucoup se sont terminées par des relaxes. Il ne faut donc pas penser qu'on est dans une judiciarisation de plus en plus lourde » (*Esprit*, 2007 : 60).

Outre l'influence croissante des règles juridiques, les médecins devraient désormais non seulement composer avec le risque médico-légal de patients procéduriers, mais également avec des demandes d'une médecine toujours plus performante et dénuée de risques (alors que le progrès technico-scientifique accroît l'incertitude (Giddens, 1998)), demandes qui s'inscrivent dans une culture profane d'exigences qui les soumet à des obligations de résultats et non plus seulement de moyens.

La judiciarisation de la médecine est parfois envisagée comme le symptôme d'un phénomène plus général où le droit devient un répertoire prédominant d'action et de cadrage de l'ensemble des relations sociales et humaines. L'individualisme contemporain serait dans cette perspective adossé à une revendication exacerbée des droits subjectifs de chacun, l'individu se percevant et agissant dans toutes les sphères sociales en tant que détenteur de droits. Rejetant les catégories d'interprétation du monde que sont la fatalité, la malchance ou le hasard, cette forme d'individualisme radicaliserait la quête de responsabilité pour tout événement indésirable, la recherche d'une cause et d'un coupable à tout prix. Le contexte de la « société du risque » (Beck, 2001) exacerberait particulièrement le rejet du risque et de l'incertitude non adéquatement anticipés. En la matière, les dérives à l'américaine font figure d'épouvantail.

La crainte de l'avènement d'une « société contentieuse » est alimentée par ce mouvement de contractualisation des rapports sociaux qui serait sous-jacent à la « tendance des justiciables à confier au système judiciaire la gestion de tous leurs différends et le règlement de tous les problèmes sociaux » (Dufresne, 2000). On retrouve ici sous une autre forme cette tension entre la tendance à structurer les pratiques sociales en termes de droits et devoirs formalisés d'un côté, et la part spécifiquement interpersonnelle des relations humaines et du fonctionnement social de l'autre. En tout état de cause, la judiciarisation des soins suggère une dégradation des relations entre profanes et professionnels, caractérisées par la méfiance et le conflit, tout en étant sous-tendues par des attentes démesurées à l'égard de la science et de la technique.

Ce sombre tableau mérite des précisions critiques. Nous nous limiterons ici à l'évocation de trois aspects du problème : la signification de la plainte, la perception des profanes du droit dans le monde médical, et la redéfinition de la confiance dans le médecin. En nous appuyant en partie sur des données empiriques de travaux précédents ou en cours, ces éléments de discussion conduisent à nuancer ce tableau alarmiste.

La signification des plaintes

Les travaux examinant de près les motifs de contentieux des patients, c'est-à-dire le sens de leur plainte, tendent à montrer que l'on est loin des interprétations alarmistes faisant la part belle à la figure contemporaine d'un patient animé par un ethos consumériste et procédurier.

Les plaintes des patients ne sont ainsi pas forcément motivées par une finalité « punitive » (telle que se venger ou humilier le médecin), loin de là. Outre le désir de sanctionner le médecin (ou l'équipe médicale) et la recherche d'une compensation financière, les motifs de plainte incluent également le désir d'obtenir une explication en raison du sentiment d'avoir été négligé, et le souhait d'améliorer la qualité des soins et d'éviter qu'un autre patient soit victime de la même erreur. Ces deux derniers motifs sont à l'origine d'un nombre non négligeable des plaintes déposées au pénal (Vincent, Young et Phillip, 1994). Gagnon *et al.* (2001) font le constat similaire : les plaintes des patients ne sont pas nécessairement motivées par le désir de compensation ou de réparation, mais par le désir que le professionnel reconnaisse son erreur et s'en excuse. « Tout d'abord, ce que recherchent les patients quand il y a une erreur, c'est l'humilité du professionnel : qu'il soit capable de reconnaître ses torts », indique Jean-Marc Morin, directeur des affaires juridiques et des droits du patient de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (*Esprit*, 2007 : 57)²⁰. Il apparaît par ailleurs que les « causes » des plaintes tiennent aussi à différents aspects de la relation thérapeutique et notamment à des problèmes de mauvaise communication (Gagnon *et al.*, 2001).

L'analyse doit également prendre acte du fait que la signification d'une plainte ou d'une doléance officielle possède une signification institutionnelle, notamment en contexte hospitalier, qui n'est pas identique à celle qu'elle revêt, notamment symboliquement, pour le patient lui-même. « Si le régime d'examen des plaintes confère un statut et travaille la parole des usagers à des fins d'évaluation et de régulation des services de santé, cette même parole a aussi pour l'usager une autre signification qui a sa propre légitimité » (Clément et Gagnon, 2004 : 293).

Si les finalités rétributive, restitutive et préventive existent bel et bien, la finalité expressive que permet la plainte – dire et être entendu par les acteurs du système concerné, le « droit même à la parole » – est souvent centrale (Clément et Gagnon, 2004 : 295). L'affirmation de l'individu comme sujet de droit y a une résonance moins juridique que sociologique dans le sens où c'est une égalité de statut dans la parole que recherche le patient. En amont de la plainte et de son contenu formel, il y a une quête de justice qui a d'abord une dimension morale : « elle est demande de respect, de reconnaissance, de considération et de dignité » (Clément et Gagnon, 2004 : 295). On décèle ainsi en fili-

20. Il poursuit : « En cas d'erreur médicale avérée, il me semble évident que l'institution doit présenter ses excuses et reconnaître sa responsabilité. [...] Ce n'est qu'ensuite qu'on peut commencer à expliquer les choses, à ouvrir le dossier, à communiquer les documents en toute transparence. En procédant ainsi, je reçois, une fois sur deux, des lettres de remerciements et un abandon des poursuites. En procédant de façon humaine, on peut répondre à ces premières motiva-

tions que sont le besoin de recevoir des explications et le besoin de voir établies les responsabilités » (*Esprit*, 2007 : 57-58).

grane du recours à la justice toute l'importance que revêtent la communication et la qualité du rapport humain dans la relation thérapeutique. Bien souvent, la mise en cause publique d'un médecin ou d'un établissement de santé et la nature des conflits renvoient précisément à l'économie des attentes des patients à l'égard du professionnel. A cet égard, la compréhension des plaintes profanes est indissociable de la confiance. Plainte et confiance semblent constituer deux faces antinomiques; « Quand on peut rétablir la confiance entre le patient et le médecin, et qu'on est capables de donner des explications claires à une erreur, il me semble qu'on évite le recours incontrôlé au pénal », indique Jean-Marc Morin (*Esprit*, 2007: 60). On peut raisonnablement affirmer que le type ou le degré de confiance structure en grande partie les doléances des profanes et surtout le fait qu'une insatisfaction entraîne ou non la rupture de la relation, et plus encore qu'un reproche se transforme ou non en dépôt de plainte (Hammer, 2008). L'examen circonstancié des motivations complexes et plurielles qui animent les plaintes que déposent les patients montre que l'on est assez loin des interprétations hâtives en termes de pénalisation ou de criminalisation de la responsabilité médicale. Le contentieux profane revêt également des significations bien différentes de celles du refus du risque, d'exigences déçues de performance ou de certitude absolues.

La perception profane des relations entre droit et médecine

Nous observons des résultats similaires dans des entretiens auprès de femmes enceintes au sujet de l'évaluation qu'elles font du suivi médical de leur grossesse²¹. Dans ce contexte où la question de la responsabilité médicale est particulièrement saillante du fait de l'importance des enjeux autour de la détection des anomalies et malformations fœtales, plusieurs interviewées témoignent notamment d'une évidente réflexivité²² par rapport au risque judiciaire pesant sur le corps médical en général dans la mesure où

21. Il s'agit d'une enquête par entretiens semi-directifs menés entre mai 2008 et mai 2009 auprès d'une cinquantaine de femmes enceintes dans le canton de Genève qui porte sur l'information et la gestion des risques dans le vécu des quatre premiers mois de la grossesse, dans laquelle nous nous intéressons notamment aux choix et attitudes en matière d'exams de dépistage et de diagnostic de la trisomie 21. Cette recherche s'inscrivant plus globalement dans la problématique de la régulation sociologique et juridique de la relation médicale, une partie du guide d'entretien visait à connaître le point de vue général des femmes enceintes sur le contexte légal de la médecine (droits des patients, devoirs des professionnels, plaintes des malades...), données dont il est question dans cette section. Précisons également que cette enquête est en train d'être complétée par la réalisation d'entretiens auprès de gynécologues-obstétriciens et de sages-femmes.

22. Réflexivité au sens de Giddens désignant la compétence des acteurs sociaux entendue comme « tout ce que les acteurs connaissent (ou croient), de façon tacite ou discursive, sur les circonstances de leur action et de celle des autres, et qu'ils utilisent dans la production et la reproduction de l'action » (Giddens, 1987: 440).

23. Prénoms fictifs.

24. Dans des situations où l'incertitude et les risques sont particulièrement prononcés, l'autonomie décisionnelle n'est pas forcément désirée par le patient, qui préfère s'en remettre aux conseils de son médecin (Shackley et Ryan, 1994). Cette autonomie est parfois vécue comme une épreuve difficile, voire comme une contrainte, lorsqu'il s'agit par exemple de décider de procéder ou non à une amniocentèse, le choix mettant en balance la certitude diagnostique sur l'existence d'une trisomie 21 chez le fœtus et le risque de fausse couche lié

elles se mettent à la place des professionnels. Ces données permettent ainsi de nuancer la figure d'un patient devenu procédurier considérant toute faute ou erreur médicale comme inacceptable. Cette posture réflexive et compréhensive s'énonce plus particulièrement à travers la question des droits des patients et des devoirs des médecins.

La perception de la montée en puissance des droits des patients renvoie au dépassement du modèle paternaliste et asymétrique dans le sens d'un rééquilibrage du pouvoir dans la relation. Le modèle parsonien cède le pas au pluralisme en cristallisant l'enjeu d'un rapport plus général à l'autorité, comme en témoigne cette patiente: « je pense que c'est bien qu'il y ait une reconnaissance, qu'il y ait des droits pour les patients et puis plus une espèce de diktat absolu... je veux dire on va plus à l'église et puis on ne fait plus confiance au curé, le médecin est remis en cause aussi, l'enseignant c'est pareil quoi donc il y a eu perte effectivement d'un certain prestige et pouvoir lié à ces professions-là ben... dans une certaine mesure je pense que c'est une bonne chose de désacraliser un peu » (Viviane²³, politologue, 37 ans). Le principe du devoir d'information de la part des professionnels représente pour les interviewées un élément clé qui témoigne des reconfigurations respectives touchant les acteurs. Perçu généralement en termes positifs, il comporte une responsabilisation du profane qui ne veut et ne peut plus déléguer au professionnel: « si on informe le patient, il ne peut pas venir après et dire « je ne voulais pas le faire, vous m'avez forcé », il faut aussi que le patient dans la relation médicale prenne ses responsabilités par rapport aux choix qu'il fait pour son corps... donc ça c'est une évolution qui est très positive » (Gisèle, juriste, 30 ans).

Les entretiens reflètent cependant aussi l'ambivalence des attitudes des femmes enceintes quant à la place de la justice et du droit face à la médecine. Si pour elles le paternalisme ou la déférence ne sont plus à l'ordre du jour, le rapport au professionnel n'est pas pour autant désormais marqué par une consommation médicale instaurant le patient-client ou le client-roi. L'effritement du pouvoir médical ne consacre pas nécessairement une utilisation sociale du droit nourrie par la culture du résultat ou l'exigence de l'« enfant parfait ». La responsabilisation du patient constitue certes une conquête aux yeux de la plupart des interviewées mais elle n'abolit pas la relation de partenariat qui nécessite d'avoir affaire à un interlocuteur qui ne soit pas uniquement un prestataire de services. En outre, la perception de l'autonomie du malade ne se réduit pas à une prise de pouvoir du profane sur le médecin, ni à sa seule dimension « libératrice »²⁴.

à l'examen lui-même. Plus généralement, les progrès de la surveillance technique de la grossesse soulèvent des questionnements éthiques majeurs et accentuent les dilemmes dans le vécu des femmes enceintes autour du handicap notamment (cf. Hammer, Burton-Jeangros et Cavalli, 2009).

La rhétorique compréhensive employée par la majorité des femmes interviewées s'explique dans la discussion autour des devoirs des médecins et du risque médico-légal. Si la quête de démocratisation est avérée, elle n'est cependant pas perçue de manière radicale comme en témoignent les discours à propos des dérives du modèle américain. Plusieurs d'entre elles reprennent ainsi à leur compte la critique des tendances à la formalisation des devoirs et leurs conséquences dommageables. Elles fustigent la peur de la plainte pénale, ainsi que la limitation des actes médicaux et des investigations à ce qui relève strictement de la sphère des protocoles. L'appauvrissement de l'offre thérapeutique et la négation de l'art médical sont par exemple relevés par Laurane (employée de banque, 33 ans) ; « ils sont moins peut-être actifs ou proactifs par rapport à des situations par peur d'être... des reproches, des plaintes... je pense que c'est pas très bien de tout légiférer ». Selon elle, la plainte doit rester dans l'ordre de l'exception, « tout légiférer » pouvant conduire à remettre en cause la qualité des soins si les praticiens doivent « se prémunir de tous les risques et que tout d'un coup le patient se retourne contre eux ». De même, Lucy (employée de banque, 38 ans) ressent un certain raidissement de l'attitude des professionnels vers une information davantage axée sur le protocole plutôt qu'adaptée au patient singulier auquel ils ont affaire ; « le médecin c'est pas un devin, c'est pas quelqu'un d'infaillible, la science elle est là où elle en est, il peut aider et il faut l'utiliser jusqu'où il peut aider... et c'est vrai qu'on veut lui foutre la responsabilité d'échec, ce qui fait que ça tétanise tout le monde et je trouve qu'on a été beaucoup trop loin... je trouve que les lois et les règlements, c'est pas... on va trop loin, on bloque, et c'est pour ça qu'ils se réfugient derrière la science et les chiffres... ». Par exemple, face à l'incertitude inhérente au dépistage de la trisomie 21, elle regrette que le discours scientifique autour du risque devienne un paravent, un refuge, et que la communication médecin-malade s'en trouve péjorée ; « je pense que ça leur pèse... je pense que le risque que le bébé sorte et qu'on lui dise « mais vous m'aviez dit que les chiffres étaient bons ! » doit être très présent dans leur esprit, à mon avis oui... » (Lucy, employée de banque, 38 ans).

C'est de ces paradoxes dont il est question dans la prise de distance dont font preuve plusieurs patientes interrogées à propos de la judiciarisation. L'évolution des droits et des devoirs dans la relation soignant-soigné n'est pas envisagée comme exempte de contradictions et l'exemple nord-américain prend ici toute sa signification tant il est fréquemment cité pour en illustrer la perversion : « ce qu'on entend aux Etats-Unis, que justement certains gynécologues ne veulent plus faire d'accouchement par voie basse parce qu'ils craignent un procès, alors on fait des césariennes) alors là je trouve que c'est vraiment une dérive... comme si on les attendait au tournant, qu'on n'accepte plus du tout la notion de risque ou de faute, enfin le médecin doit être parfait, et sinon on lui en veut à mort et on lui fait un procès... » Sandrine (journaliste, 33 ans). On observe ainsi que les enjeux sous-jacents à la démarche réflexive font

appel à un exercice de pondération de ce qui est exigé de la part du monde médical : « je pense qu'un médecin n'a pas la science infuse, ne sait pas tout, ne peut pas tout maîtriser, ne peut pas tout éviter et puis que contrairement à ce qu'on dit, c'est pas forcément une science très exacte et puis qu'à partir de là ben... voilà il est humain » (Viviane, politologue, 37 ans).

La figure du patient contemporain qui se dessine ici revendique certes des droits mais qui sont détachés de toute attente de certitude du résultat, qui évacuerait les notions d'incertitude ou de risque dès lors que celui-ci « fait partie de la vie » (Marcelle, psychologue, 27 ans). Dans cette optique, Mélanie (professeure de danse, 40 ans) rappelle que « quand on fait un enfant, on fait quand même un truc un peu aléatoire, on ne fait pas un truc tout fait ». Néanmoins, certaines interviewées pointent du doigt la culture contemporaine avide de quête de responsabilité à laquelle il n'est pas forcément facile d'échapper ; « c'est aussi l'évolution de notre société d'un point de vue général... comment on réagit quand on a l'impression qu'on a pris toutes les précautions et puis qu'à l'arrivée il y a quelque chose qui ne se passe pas bien, peut-être que ouais on est tous plus enclins à chercher un responsable, un coupable que de se dire voilà, d'accepter que des choses puissent arriver, sans que ce soit forcément la faute du médecin » (Sandrine, journaliste, 33 ans).

La tendance à la réflexivité dont font preuve les interviewées met à distance la vision réductionniste d'un consumérisme empreint de judiciarisation en évoquant une problématisation sociétale du statut des droits des patients et des exigences à l'égard des professionnels. Le fait de s'interroger sur le contexte dans lequel se définissent les rapports entre médecins et profanes ne suppose pas l'absence de disposition critique ou de nier l'éventuelle responsabilité médicale en cas d'erreur : « moi j'ai entendu aussi des histoires terribles d'erreurs, de médecins qui ont fait des erreurs et puis que ça a eu des conséquences dramatiques, donc je pense qu'il faut pouvoir effectivement dans ces moments-là si vraiment c'est grave... reconnaître l'erreur » (Camille, graphiste, 36 ans). En ce sens, les discours sur la faute professionnelle et la légitimité de la plainte n'oublient pas la réalité des rapports de force : « il faut vraiment pas se laisser faire quoi, je pense qu'entre eux ils se couvriront, moi j'ai pas totalement confiance dans le système... » (Virginie, employée administrative, 31 ans).

Si les références à l'impunité du pouvoir médical sont ainsi parfois présentes, elles s'inscrivent le plus souvent dans un registre discursif qui élargit la problématisation de la judiciarisation à ses dimensions sociales et politiques : « j'ai l'impression que ça fait aussi partie comme ça une remise en question comme ça des médecins mais qui va aussi dans... mais c'est plus comme ça un avis plus politisé mais de remise en question aussi tout d'un coup un plein pouvoir bah... d'autres organes comme les assurances avec des médecins-conseil qui décrédibilisent (...) ça fait partie

comme ça de tout un... ouais un mouvement comme ça de remise en question» (Marcelle, psychologue, 27 ans).

Le niveau d'éducation moyen et moyen-supérieur qui caractérise la majorité des femmes enceintes interviewées dans le cadre de cette enquête ne nous permet pas d'évaluer dans quelle mesure cette perception du droit se rencontre également dans d'autres milieux sociaux, populaires notamment. Par ailleurs, on peut toujours arguer du fait que les discours réflexifs des femmes enceintes sur la responsabilité médicale gagneraient en consistance empirique en situation d'épreuve de réalité (être victime d'une erreur médicale). Néanmoins, les données présentées ici tendent à montrer que, aux yeux de profanes dotés d'un certain niveau de formation, le droit (et la justice) sont considérés comme une ressource nécessaire à l'établissement d'une relation moins asymétrique entre le public et le monde médical, mais sans aboutir à un retournement complet des rapports de pouvoir. L'éthos consumériste du rapport profane aux soins ainsi que la figure du malade procédurier imprégné de la validité première des droits subjectifs du client ne constituent guère des modèles normatifs recherchés. La réflexivité et la distance critique dont font preuve nos interviewées témoignent également d'un regard profane capable d'identifier les ambivalences de la présence du droit dans le monde médical, nourri de la conscience des transformations du travail médical, de l'incertitude spécifique à l'activité soignante et des pressions multiples qui s'exercent sur les praticiens.

Les redéfinitions contemporaines de la confiance

On l'a dit, le thème de la judiciarisation alimente volontiers les discours sur la fin ou la perte de la confiance dans la relation médecin-malade et tend à cristalliser les rapports conflictuels entre le droit et la médecine. Or, là encore, il convient de pouvoir faire la part des choses et de prendre congé des jugements péremptifs sur cette notion de confiance et son évolution dans les rapports médecin-malade.

Sur le plan sociologique, la confiance est la croyance du patient dans la valeur du praticien et/ou du système de soins. Le socle de cette confiance est constitué de la présomption de sa compétence professionnelle et de sa fiabilité éthique. La confiance mobilise des « dispositifs normatifs », que Karpik définit comme des « agencements symbolico-matériels qui portent des principes d'orientation de l'action (...) qui ont pour effet, malgré l'incertitude, de maintenir l'esprit des engagements initiaux et donc la continuité de l'échange dans le temps » (Karpik, 1996 : 542). Simmel (1999) avait déjà souligné le caractère singulier de cette catégorie du fonctionnement des relations sociales, la confiance se situant à la charnière de l'ignorance et de la connaissance. Avec l'évolution juridique de la relation médecin-patient, il est de coutume de dire que celle-ci n'est plus fondée sur une relation de confiance mais sur une relation contrac-

tuelle (Laude, 2005). Si pour le juriste les concepts de contrat et de confiance peuvent présenter, de manière plus ou moins explicite, un certain degré d'antinomie, il paraît plus judicieux de ne pas opposer les deux termes mais plutôt d'envisager la notion de confiance au pluriel et de considérer l'*esprit* du contrat comme l'une de ses modalités.

Quand bien même les droits des patients se sont renforcés et quand bien même les obligations des professionnels sont densifiées et précisées, le cadre général de la relation thérapeutique demeure celui d'une incertitude et d'une asymétrie de savoir et de pouvoir. On pourrait certes imaginer que tel patient ait davantage confiance dans son médecin parce qu'il sait que pèsent sur lui des obligations et la menace d'une sanction en cas de manquement à ses devoirs. Un tel cas de figure paraît cependant bien peu réaliste dès lors que les comportements sociaux sont finalement moins directement façonnés par la règle que par d'autres mécanismes d'ordre sociologique. La conscience de l'existence de prescriptions formelles régissant le comportement d'autrui n'épuise de loin pas l'ensemble des éléments composant l'édifice de régulation de la relation thérapeutique, notamment symboliques, axiologiques et émotionnels. Le droit n'assure pas à lui seul le sentiment de confiance.

La confiance aveugle, caractérisée par la délégation, la docilité et l'ignorance du patient, trop souvent considérée comme *la* confiance, n'en est en fait qu'un cas de figure parmi d'autres. Le modèle parsonien, fondé sur une forte asymétrie des rôles et des statuts, a clairement perdu de sa consistance empirique, sans pour autant avoir complètement disparu (Hammer, 2009, à paraître). Il a laissé place à une redéfinition et à une diversification des manières de faire ou d'avoir confiance plutôt qu'à des relations médecins-malades foncièrement empreintes de méfiance et du soupçon. A cet égard, à l'exception de quelques scènes spécifiques comme celle de la mobilisation associative dans la lutte contre le sida (Barbot, 2002), la montée en puissance de la figure du malade actif au cours de ces trente dernières années ne traduit pas un retour extrême de balancier qui correspondrait à une inversion radicale du rapport de pouvoir dans la relation médecin-patient. Par exemple, les modèles du malade consommateur et du patient procédurier revêtent une certaine consistance empirique, en particulier aux Etats-Unis, mais on ne peut guère voir dans ces figures une tendance empirique aussi marquée qu'on ne le dit parfois (Lupton, 1997).

Des entretiens menés avec des patients hommes dans la population tout-venant sur leur rapport à la médecine nous ont permis d'observer et d'analyser ce phénomène de redéfinition vers la pluralité de la confiance contemporaine (Hammer, 2009, à paraître). La typologie élaborée à cet effet montre en effet une diversification des modalités de la confiance mais également l'imprégnation non négligeable dans les attitudes des patients de cette tendance culturelle forte d'affirmation du profane face

au médecin²⁵. Ce sont en particulier trois dispositifs normatifs que nous avons pu mettre en exergue.

La valorisation de la prise en compte du patient comme personne globale constitue une première modalité de l'affirmation du profane. Ici la confiance dans le médecin n'est possible qu'à condition que les attentes de soutien moral, de sollicitude, d'écoute attentive soient satisfaites. Le patient recherche alors un médecin avec lequel il puisse y avoir une relation de proximité, une entente, un échange humain privilégié. Le praticien doit savoir faire preuve de sollicitude, doit montrer qu'il s'intéresse au sort de son patient et le traiter comme une personne à part entière. La subjectivité du patient est ici au cœur du dispositif normatif de confiance. L'affirmation du patient face au médecin a une résonance avant tout psychologique.

Le deuxième dispositif normatif de confiance renvoie à l'affirmation du profane comme acteur dans sa version classique, c'est-à-dire un patient qui revendique une relation égalitaire, rejette toute marque d'asymétrie et souligne son droit à être informé et à participer aux décisions de la prise en charge. Le patient exige de pouvoir jouer un rôle actif en ayant la possibilité de donner son avis, de poser des questions et d'obtenir des réponses dans une relation de partenariat laissant la porte ouverte à la négociation. Le modèle démocratique marque ici pleinement de son empreinte les attentes fonctionnelles d'un profane qui consulte un expert et sollicite ses compétences dans un domaine précis. Cette posture active du patient est conçue comme étant le propre d'une relation professionnelle et est érigée comme le socle de la confiance. Ici l'affirmation du patient comme acteur à part entière de l'interaction se présente avant tout en termes que l'on peut qualifier de politiques. C'est dans ce second type que l'esprit du contrat (informel) s'applique le mieux et rencontre l'idée selon laquelle «le consentement éclairé est le rituel clinique moderne de la confiance» (Wolpe, 1998: 50).

Le troisième dispositif normatif de confiance met en scène un patient dont le rôle d'acteur présente une dimension épistémique et compréhensive au sens où la fiabilité du médecin tient à la nature de son approche du malade et de sa démarche cognitive. Ici le patient croit au médecin dès lors que ce dernier partage une conception démythifiée, anti-positiviste de la science et de son pouvoir. Le bon médecin est celui qui reconnaît les limites de son propre savoir et qui intègre de manière transparente l'incertitude et les risques dans l'échange avec le profane. Autrement dit, la confiance sera d'autant plus grande que le praticien fera preuve de prudence, et qu'il sera capable en toute humilité d'assumer ses hésitations diagnostiques ou thérapeutiques. Ce type de confiance suppose aussi que le médecin sache expliquer à son patient le raisonnement logique qu'il a suivi.

Ces trois formes de confiance témoignent du fait que la montée en puissance du profane actif n'est pas en soi porteuse de conflits ou de méfiance à l'égard des professionnels de la médecine. Si assurément les patients ont aujourd'hui plus d'attentes et expriment plus volontiers des revendications

qu'ils considèrent comme pleinement légitimes, elles ne s'énoncent guère en référence aux droits subjectifs formels mais à d'autres valeurs ou sphères (la relation humaine, la norme d'égalité, une vision réaliste du savoir scientifique). Cette diversité témoigne indéniablement de l'émergence d'un patient plus actif dans ce qu'il attend du colloque singulier. Cette évolution produit une recomposition des critères profanes de la fiabilité du médecin et des perceptions des rôles de professionnel et de malade.

Conclusion

Tant la juridicisation que la judiciarisation montrent que le droit est aujourd'hui un élément prépondérant de la régulation de la médecine. Face aux discours parfois enflammés des protagonistes de la judiciarisation (avocats, juges, praticiens, patients), il y a une nécessité de problématiser le problème social: identifier les différents points de vue, tenter d'objectiver le phénomène en question (ses causes supposées, ses conséquences incriminées) et démêler l'écheveau pour y voir plus clair. Au-delà des procès retentissants, des scandales sanitaires, des erreurs médicales flagrantes, des abus caractérisés, l'analyse systématique doit s'imposer. La mise à plat nous est apparue comme un préalable à toute interprétation hâtive. Dans cet esprit, invoquer la complexité de la problématique générale qui surplombe la judiciarisation – cerner les rapports et les influences respectives entre le droit (la justice), le monde médical (les médecins) et la société (les patients) – n'est pas une fuite rhétorique. Les enjeux sont majeurs: y a-t-il une augmentation objective des plaintes des patients? Traduit-elle véritablement un changement du mode de résolution des conflits? Assiste-t-on à une montée en puissance du droit? Jusqu'à quel point son évolution façonne-t-elle les mentalités? Ces questions ne prennent tout leur sens qu'à condition d'identifier la justice et la médecine, par le truchement des droits subjectifs et de la valeur de la santé, comme deux institutions majeures du façonnement de l'individu contemporain.

Raphaël Hammer
Raphael.hammer@unige.ch

Samuele Cavalli
Samuelle.Cavalli@unige.ch

Claudine Burton-Jeangros
Claudine.Jeangros@unige.ch

25. Cette typologie concerne essentiellement la relation médecin-patient dans le contexte de la médecine générale en cabinet privé.

Bibliographie

- Ambroselli C. (1994), *L'éthique médicale*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- Annandale E.C. (1989), « The Malpractice Crisis and the Doctor-Patient Relationship », *Sociology of Health and Illness*, 11 (1), 1-23.
- Barbot J. (2002), *Les malades en mouvements*, Paris, Balland.
- Barbot J. (2008), « Soigner en situation de risque judiciaire. Refus de transfusion et responsabilité médicale », *Revue française de science politique*, 58, 985-1014.
- Barbot J. et Fillion E. (2006), « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », *Sciences sociales et santé*, 24 (2), 5-33.
- Beck U. (2001), *La Société du risque* Paris, Aubier.
- Blichner L. Chr. et Molander A. (2008), « Mapping Juridification », *European Law Journal*, 14 (1), 36-54.
- Burgelin J.-F. (2004), « Quelques conclusions », in Dreyfuss D., Lemaire F. et Outin H. (ss dir), *La judiciarisation de la médecine*, Paris, Flammarion, 44-48.
- Cayla O. et Thomas Y. (2002), *Du droit de ne pas naître*, Paris, Gallimard.
- Clément M. et Gagnon E. (2004), « La rencontre avec l'usager comme sujet de droit : la mise en scène de sa parole dans le régime d'examen des plaintes », in Schweyer F.-X., Pennec S., Cresson G. et Bouchayer F. (ss dir), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Ed. ENSP, 291-301.
- Commaille J. (2002), *La judiciarisation. Une nouvelle économie de la légalité face au social et au politique ? Note de bilan d'étape* (17 février 2002), [www.afsp.msh-paris.fr/archives/congreslille/cong2002crat18.pdf]
- Danzon P.M. (1990), « The « crisis » in medical malpractice : A comparison of trends in the United States, Canada, the United Kingdom and Australia », *Law, Medicine and Health Care*, 18 (1-2), 48-58.
- Dufresne J. (2000), « L'avènement du droit préventif », *L'Encyclopédie de L'Agora*, [http://agora.qc.ca/reftext.nsf/Documents/Droit-avenement_du_droit_preventif_par_Jacques_Dufresne].
- Esprit* (2007), Médecine-justice : quelle responsabilité ? Table ronde avec Didier Dreyfuss, Antoine Garapon, Guillaume le Blanc et Jean-Marc Morin, janvier, 52-64.
- Freidson E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot. [Trad. de *Profession of Medicine* (1970) New York, Dodd and Mead.]
- Gabe J. et Bury M. (1991), « Tranquillisers and the Crisis of Health Care », *Social Science and Medicine*, 32, 449-454.
- Gagnebin J. (2008), « Panorama des législations romande et tessinoise – Résultats d'une enquête », in Guy-Ecabert Ch. et Guillod O. (eds) *Médiation et Santé*, Editions Weblaw, Bern, Schulthess, Zürich/Basel/Genève, 53-66.
- Gagnon E., Saillant F., Gaucher Ch., Côté L. et St-Hilaire P.-L. (2001), *Les insatisfactions et les plaintes : l'accessibilité des usagers et des usagères aux mécanismes de recours – Une recension des écrits*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 101 pages.
- Giddens A. (1987), *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF.
- Giddens A. (1998), « Risk Society: The Context of British Politics », in Franklin J. (ed.), *The Politics of Risk society*. Cambridge, Polity Press, 23-34.
- Habermas J. (1987), *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard.
- Hammer R. (2009, à paraître), *Expériences ordinaires de la médecine. Confiances, croyances et critiques profanes*, Genève-Zurich, Ed. Seismo
- Hammer R. (2008), « Le sens de la médiation et l'évolution sociologique de la relation médecin-patient », in Guy-Ecabert Ch. et Guillod O. (eds) *Médiation et Santé*, Editions Weblaw, Bern, Schulthess, Zürich/Basel/Genève, 67-84.
- Hammer R., Burton-Jeangros Cl. et Cavalli S. (2009), « Le choix parental du dépistage et du diagnostic prénatals : l'enfant au prisme du risque et de la technique », communication lors des 3^e Journées Internationales d'Éthique *Quand la vie naissante se termine*, Strasbourg, 25-28 mars 2009.
- Helmlinger L. et Martin D. (2004), « La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité », *Sève*, hiver, 39-46.
- Jacques B. (2007), *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF.
- Karpik L. (1996), « Dispositifs de confiance et engagements crédibles », *Sociologie du travail*, 4, 527-550.
- Lansac J. et Sabouraud M. (2004), « Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale », *Sève*, hiver, 47-56.
- Laude A. (2005), « Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique*, 1 (113), 113-120.
- Lupton D. (1997), « Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter », *Social Science and Medicine*, 45 (3), 373-381.

- Lupton D., Donaldson C. et Lloyd P. (1991), «Caveat Emptor or Blissful Ignorance? Patients and the Consumerist Ethos», *Social Science and Medicine*, 33 (5), 559-568.
- Manai D. (2000), «Le devoir d'information du médecin en procès», *La semaine judiciaire*, Genève, II, 341-371.
- Manai D. (2006), *Les droits du patient face à la biomédecine*, Berne, Stämpfli.
- McQuade J.S. (1991), «The medical malpractice crisis – reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper», *Journal of the Royal Society Medicine*, 84, 408-11.
- Mello M.M. et al. (2004), «Caring For Patients In A Malpractice Crisis: Physician Satisfaction And Quality of Care», *Health Affairs*, 23 (4), 42-53.
- Moulin A.-M. (2004), «Ordre et désordre dans le champ de la santé», in Schweyer F.-X., Pennec S., Cresson G. et Bouchayer F. (ss dir), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Ed. ENSP, 19-36.
- Moutel G. (2005), «Devoir d'information vis-à-vis des patients, risque et incertitude: évolutions et enjeux éthiques», [[http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/66ecob411doc4601c125673700595904/\\$FILE/ATTB115S/Texte.pdf](http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/66ecob411doc4601c125673700595904/$FILE/ATTB115S/Texte.pdf)]
- Moyse D. et Diederich N. (2006), *Vers un droit à l'enfant normal? L'arrêt Perruche et l'impact de la judiciarisation sur le dépistage prénatal*, Toulouse, Ed. Erès.
- Noreau P. (1993), «Le droit préventif: le droit au-delà de la loi», in *Thémis/CDPQ*, Montréal, p. 200.
- Parsons T. (1955), «Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne», in *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 193-255 [1951].
- Rabbia L. et Favre N. (2008), «Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH – Rapport annuel 2007», *Bulletin des médecins suisses*, 89 (21), 891-894.
- Rambaud Cl. (2007), «La judiciarisation des relations médecins-patients: le point de vue des usagers», *Le Sou Médical*, juin.
- Saadoun D. (2004), «Le patient, entre droit et revendication: la médecine saisie par le droit», in Dreyfuss D., Lemaire F. et Outin H. (ss dir), *La judiciarisation de la médecine*, Paris, Flammarion, 15-23.
- Shackley P. et Ryan M. (1994), «What is the Role of the Consumer in Health Care?», *Journal of Social Policy*, 23 (4), 517-541.
- Simmel G. (1999), *Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation*, Paris, PUF.
- Smallwood O. (2006), «La normalisation des règles de l'art médical: une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé?», *Médecine et Droit*, 121-126.
- Studdert D. et al. (2005), «Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment», *Journal of American Medical Association*, 293 (21).
- Terré D. (2007), *Les questions morales du droit*, Paris, PUF.
- Teubner G. (1987), «Juridification. Concepts, Aspects, Limits, Solutions», in Teubner G. (éd.), *Juridification of Social Spheres. A Comparative Analysis in the Areas of Labor, Corporate, Antitrust and Social Welfare Law*, Berlin/New York, de Gruyter, 3-48.
- Thorpe K. E. (2004), «The Medical Malpractice <Crisis>: Recent Trends And The Impact Of State Tort Reforms», *Health Affairs*, 20-30.
- Turcey V. (2004), «Le point de vue du magistrat», in Dreyfuss D., Lemaire F. et Outin H. (ss dir), *La judiciarisation de la médecine*, Paris, Flammarion, 2-5.
- Vedie C. et Rivet B. (2001), «A propos du syndrome du parapluie bulgare, ou la psychiatrie au risque du juridique», *Annales Médico-psychologiques*, 159, 578-582.
- Vincent C.H., Young M. et Phillip S. (1994), «Why people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action», *Lancet*, 343, 1609-1613.
- Wasserfallen J.-B., Telenti A., Biollaz J. et Crespo A. (2002), «Les critères de droit utilisés par les juristes pour évaluer l'adéquation de l'information au patient sont-ils médicalement valides?», *Bulletin des médecins suisses*, 83 (50), 2778-2780.
- Weber J.-Ch. (2003), «Evolutions de la relation médecin-malade», in Thiel M.-J. (ss dir), *Où va la médecine? Sens des représentations et pratiques médicales*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 23-38.
- Weber M. (1986), *Sociologie du droit*, Paris, PUF.
- Wolpe P.R. (1998), «The Triumph of Autonomy in American Bioethics: A Sociological View», in DeVries R. et Sudeb J. (eds), *Bioethics and Society*, Upper Saddle River, Prentice Hall, 38-59.