

Judiciarisation et juridicisation de la santé : entre mythe et réalité

Les rapports entre droit et santé ne sont pas toujours sereins. Le droit est souvent perçu par les soignants comme un élément négatif, assimilé à une source de contrainte ou de contentieux. Pourtant la norme juridique régit le secteur de la santé de deux manières : les règles régulent les pratiques médicales, le juge intervenant lorsque ces normes sont violées. Ces deux phénomènes sont tout à fait classiques mais une dérive est parfois dénoncée dans leur mise en œuvre. Les règles juridiques applicables au système de santé seraient beaucoup trop nombreuses et parfois inutiles (notion de juridicisation), tandis que le nombre de recours et de condamnations de soignants prononcées par le juge serait en plein accroissement (phénomène de judiciarisation). L'existence de ces deux concepts est très fréquemment affirmée par les médias et certains auteurs. Il semble dès lors intéressant de mener quelques réflexions sur le domaine, la réalité et le sens de ces deux mouvements afin de déterminer si ce constat est fondé.

La perception du droit par les professionnels de santé n'est pas toujours très favorable. La norme juridique est souvent analysée par les soignants comme une source de contrainte et de responsabilité, assimilée de manière automatique à un élément négatif (Mémeteau, 2001). Sur cette base, un certain nombre d'idées se développe : depuis quelques années, les professionnels de santé, plus spécialement les médecins, verraient leurs pratiques gravement contraintes par des règles toujours plus nombreuses et incohérentes (Jalma, 2003 : 75). Ils seraient également la cible de patients procéduriers les attaquant régulièrement en justice pour les faire condamner. La France subirait ainsi une « dérive judiciaire » intense et hautement problématique, inspirée du modèle américain, lieu de tous les extrêmes (Drucker, Faessel-Kahn 2004 ; Laurent, 2006).

Face à cela, que penser ? Cette évolution est-elle réelle ou n'est-ce qu'une projection réalisée par des médias parfois avides de conclusions hâtives ? A moins que la réalité ne soit intermédiaire entre ces deux pistes ? L'objet de cette courte étude est de tenter de répondre à ces questions en précisant la nature des rapports que les professionnels de santé entretiennent avec le droit. Dans ce cadre, il est utile d'envisager deux dimensions complémentaires : le droit appréhende bien évidemment la santé pour organiser les rapports entre soignants et soignés (application de la règle juridique), mais il est aussi sollicité lorsqu'un contentieux survient dans le cadre de ces relations (intervention du juge). La première réalité renvoie à ce qui est couramment appelé la « juridicisation » et permet de s'interroger sur la place et l'utilité des normes juridiques dans la pratique médicale. La seconde réalité peut être rattachée au phénomène de « judiciarisation » de la santé qui permet d'envisager le rôle du juge face à ces mêmes pratiques. Les deux sont distinctes mais elles sont étroitement liées car elles participent à une interrogation commune sur l'évolution actuelle du système de santé, présentant des enjeux multiples. Des enjeux juridiques bien sûr, mais aussi et surtout des enjeux humains (Bergeron, 2007), sociaux et économiques (De Pourville, 2007), probablement encore plus importants : dénaturation de la relation de soins, crise « assurantielle », augmentation des honoraires, baisse du nombre de médecins choisissant certaines spécialités médicales dites à risque...

Cette idée de rapports difficiles entre le droit et le système de santé traduite par la juridicisation et la judiciarisation s'est développée à la faveur de grandes affaires et de grandes évolutions : le sang contaminé, la « vache folle », l'amiante, l'indemnisation d'un enfant handicapé du fait de sa naissance pour la judiciarisation ; la loi du mars 2002 et d'importants revirements jurisprudentiels pour la juridicisation (par exemple sur la charge de la preuve du défaut d'information ou l'intégration des risques exceptionnels dans le domaine de cette même information...). Dès lors, il est utile de déterminer si ces grands mouvements sont révélateurs d'une évolution de fond du secteur de la santé ou s'ils sont isolés. C'est dans ce

contexte qu'il paraît intéressant d'envisager les rapports que peuvent entretenir la santé et le droit tant à travers l'application des normes juridiques que par l'analyse du rôle du juge dans ce secteur, permettant d'étudier successivement la juridicisation et la judiciarisation.

Santé et normes juridiques, une juridicisation utile

Il est courant d'entendre parler de «l'inflation normative» que subirait le secteur de santé (Sauvé, 2008 : 7). Si l'ensemble des types de normes semble concerné (règles déontologiques, éthiques ou de bonnes pratiques...), la règle juridique semble cristalliser une forte attention. L'augmentation du nombre de règles juridiques n'est pas problématique par nature, mais elle subit très fréquemment une connotation négative. Ainsi, le système de santé subirait une forme d'impérialisme juridique par lequel le droit tenterait d'investir ses différentes dimensions alors que cela est inutile parfois et contreproductif dans certains cas isolés (Jalma, 2003 : 75 ; Mémeteau, 2001). Cela traduirait une sorte de bureaucratie et de rigidité réglementant de manière excessive les pratiques et tuant les initiatives et le pragmatisme des professionnels de santé (Cassiers, 1998). Malgré le caractère démesuré de ces affirmations, il n'est pas possible d'affirmer que, à l'inverse, la place du droit en santé n'a pas évolué. Il semble donc fondamental d'analyser plus précisément l'évolution de la norme en santé afin de déterminer si cette juridicisation est réelle et, si tel est le cas, comment elle doit être interprétée.

Avant toute chose, il faut réaliser un constat objectif. Depuis un certain nombre d'années, il est indéniable que le nombre de normes dans le secteur de la santé en France a augmenté de manière importante à travers des réformes multiples, traitant notamment de l'organisation des établissements de santé, des rapports entre soignants et soignés, de la prise en charge financière des soins ou des questions éthiques. Pêle-mêle et pour ne citer que quelques exemples, il faut noter les lois du 31 décembre 1970 puis du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les lois du 29 juillet 1994 dites «lois bioéthiques», les ordonnances du 24 avril 1996 en matière d'organisation hospitalière et d'assurance maladie, la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les lois du 6, du 9 et du 13 août 2004 respectivement sur la bioéthique, la santé publique et l'assurance-maladie, les ordonnances du 2 mai et du 1^{er} septembre 2005 sur la nouvelle gouvernance hospitalière... La liste pourrait être étoffée, et elle le sera probablement sous peu puisque le projet de loi «Hôpital, patient, santé, territoire» est en préparation. Que penser de cette profusion ? Est-elle utile pour prendre en compte ou orienter l'évolution du système de santé ?

Pour répondre à ces questions, il faut d'abord réaliser que la place des normes n'est pas nouvelle en matière de santé. Comme toute activité humaine, ce domaine voit la

règle juridique s'appliquer afin d'organiser et de réguler les rapports entre ses protagonistes. Le particularisme de la santé et l'importance de ses enjeux (le corps, l'intégrité physique et parfois même la vie) nécessitent en effet qu'un cadre soit clairement posé afin d'encadrer les pratiques et de répondre à certaines questions essentielles. Par exemple, il est important de déterminer quels actes médicaux sont autorisés par le corps social et peuvent être réalisés par le médecin sur le corps du patient : les actes à finalité thérapeutique sont-ils les seuls à pouvoir être pratiqués ou une finalité purement esthétique est-elle également admise ? De la même manière, les conditions, les modalités et les limites de cette intervention doivent être précisées de manière essentielle : dans quelle mesure et surtout jusqu'où le patient doit-il être informé et consentir à l'acte de santé qui lui est proposé ? Aussi simples que puissent paraître ces questions, les problématiques actuelles de fin de vie, de refus de soins ou de rétention d'information permettent d'insister sur le rôle de la règle face à la vulnérabilité de la personne soignée et à la responsabilité de la personne soignante.

Ces éléments poussent à s'interroger sur la finalité et l'utilité du droit dans ce cadre. Sans aborder des questions de philosophie ou de sociologie du droit, il est nécessaire de réaliser que le droit est avant tout un outil, outil dont l'une des nombreuses fonctions est de protéger les individus. Le droit ne doit pas être vu d'abord comme une source de contrainte – même s'il passe forcément par elle – mais avant tout comme un moyen de réguler les rapports sociaux et d'organiser la vie en collectivité, indépendamment des enjeux politiques qu'il peut représenter par ailleurs. Le plus souvent, les soignants ne prennent conscience de l'existence de la norme juridique que lorsqu'elle est source d'obligations ou de contentieux alors qu'elle intervient avant tout, et de manière très majoritaire, lorsqu'aucun conflit n'existe, justement pour empêcher leur survenance et organiser la bonne marche de la vie collective. Ces idées sont parfaitement synthétisées par la citation de Lacordaire selon laquelle «Entre le fort et le faible, c'est la liberté qui opprime et la loi qui libère». Cette approche permet de rendre la norme juridique essentielle dans de très nombreux secteurs de la société au rang desquels la santé occupe une place importante. Ainsi, lorsqu'une règle régit le système de santé, c'est avant tout pour organiser les rapports entre soignants et soignés ou entre soignants. Elle permet de fixer un cadre permettant à tous de connaître précisément ce que le corps social l'autorise à faire et à ne pas faire. C'est en quelque sorte une clarification par laquelle chacun sait comment il peut, sur la base de la règle commune, organiser au mieux ses pratiques sans que sa responsabilité ne soit pas mise en cause. Le droit est alors un allié du soignant qui peut le percevoir comme un indicateur permettant d'orienter son activité (Devers, 2003 ; 2005 ; 2007).

Si l'on veut affiner cette idée, il est intéressant de se pencher sur le cas probablement le plus emblématique en France et qui peut constituer un révélateur des rapports

que la santé entretient avec les normes juridiques : la loi du 4 mars 2002. Ce texte est perçu, à juste titre, comme une loi clef, puisqu'il consacre, renforce et étend les droits des patients dans un esprit d'amélioration de la qualité du système de santé. Mais aussi importante qu'elle soit, cette loi est aussi présentée parfois comme la cause de bouleversements problématiques pour les pratiques médicales, faisant douter certains de l'opportunité d'une réglementation juridique de la santé (multiplication forte des contraintes subies par les professionnels de santé, responsabilités accrues notamment...) (Jalma, 2003 : 75). En réalité, cette loi est souvent mal perçue par les soignants alors qu'elle est bénéfique pour les patients bien sûr mais aussi pour les professionnels de santé. Elle opère en effet une clarification pour le moins nécessaire au sein des droits des patients puisque ces prérogatives souffraient auparavant d'un certain éclatement dans des textes « dispersés » et « fragmentaires » (Prieur, 2002), bénéficiant de sources de type et de force variables (code de déontologie médicale, décrets anciens, lois spécifiques sur les recherches biomédicales ou la bioéthique...). Cette dilution de la protection était source d'incertitudes tant pour les patients que pour les professionnels de santé puisque ceux-ci pouvaient difficilement avoir une idée claire de leurs droits et obligations. Il est donc apparu nécessaire de mettre en ordre ces prérogatives, ne serait-ce que pour déterminer avec précision l'état de la protection des patients et permettre aux professionnels de santé d'adapter leurs pratiques professionnelles. Cette loi est donc intervenue pour clarifier la réalité et l'étendue de ces prérogatives, ce qui est utile tant pour leurs titulaires que pour les soignants.

Cette loi mérite également d'être remarquée du fait de son esprit. En effet, contrairement à ce qui est souvent pensé, ce texte ne fait pas qu'attribuer ou confirmer des droits aux patients mais il leur confère aussi des devoirs, laissant penser qu'un équilibre avec les obligations des professionnels de santé est possible. Une disposition doit ainsi être remarquée, c'est l'article L. 1111-1 du code de la santé publique selon lequel « les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ». Certes, la formulation de cet article est vague et l'on peut douter de l'effectivité de cette proclamation (Porchy-Simon, 2002 : 51; Thouvenin, 2004 : 94), mais cette disposition est essentielle car elle attribue des responsabilités à l'utilisateur du système de santé, responsabilités qui sont liées de manière explicite aux droits déjà conférés, manifestant une volonté claire du législateur de ne pas appréhender l'utilisateur comme le simple bénéficiaire des soins mais comme un acteur à part entière du système de santé qui doit être conscient de son rôle et de l'importance d'une gestion responsable du système auquel il participe. Cela correspond à ce que la loi du 4 mars 2002 appelle la notion de démocratie sanitaire. Bien sûr, cette notion n'est pas exempte de critiques et elle constitue probablement davantage un slogan politique qu'une notion juridique (Got, 2002; Cadeau, 2004; Rchet-Darfeuille, 2004;

Lascoumes, 2007) mais son but théorique est louable : il ne faut pas assurer uniquement la promotion des intérêts et des droits des patients (même si c'est un élément primordial) mais aussi l'associer à la gestion et au fonctionnement des institutions, c'est-à-dire de le faire participer comme co-gestionnaire, afin d'assurer la pérennité du système de santé. Dans une certaine mesure, le patient est alors co-responsable, co-décideur de l'évolution et de l'action des organes auxquels il participe, sur la base d'une idée de responsabilisation vis-à-vis du fonctionnement global du système.

Pour toutes ces raisons et malgré ces nuances quant à son effectivité, la loi du 4 mars 2002 est utile tant pour les patients que pour les professionnels de santé et le système de santé de manière générale. Elle permet de saisir que l'application et l'augmentation de normes juridiques en matière de santé n'est pas problématique de manière automatique car, si parfois les règles peuvent être inadaptées, elles peuvent aussi avoir pour effet de clarifier et d'organiser les rapports entre soignants et soignés avec un but commun à tous les acteurs visés. En est-il de même lorsque la règle qui s'applique est violée et que le juge en vérifie la bonne application dans le cadre d'un contentieux ?

Santé et juge, une judiciarisation supposée

Pour analyser au mieux la perception de la santé par le juge et ainsi traiter de la judiciarisation, il est utile de traiter deux questions complémentaires : ce phénomène existe-t-il ? Si tel est le cas, même de manière relative, comment peut-on interpréter cette évolution ?

La réalité de la judiciarisation

La judiciarisation est un phénomène intéressant à analyser car la crainte forte qu'il constitue pour les professionnels de santé n'est pas récente et revient de manière cyclique. Ainsi, si cette question est aujourd'hui d'actualité, dès la fin du XIX^e siècle elle a fait l'objet de nombreuses interrogations. Ainsi, dès 1898, certains auteurs déclarent que « autrefois, le malade mécontent à tort ou à raison se plaignait à sa famille, à ses voisins ; au contraire aujourd'hui, le moindre petit fait de ce genre est aussitôt enregistré par la gazette locale, reproduit par d'autres journaux et le parquet est mis en demeure de poursuivre l'affaire qui lui est indiquée, par les malades, les familles, ou parfois même par un compétiteur peu scrupuleux » (Brouardel, 1898 : 44). Dans le même esprit, d'autres affirment que « la responsabilité médicale est entrée dans une nouvelle voie, c'est la multiplicité actuelle des procès entre malades et médecins et qui à eux seuls forment une abondante matière de la jurisprudence » (Camerman, 1932 : 5), poussant certains à penser que « si le médecin est déclaré souvent responsable, il hésitera à employer les nouvelles méthodes de traitement », ne soignant finalement pas le malade comme il le souhaiterait (Guénot, 1904 : 27).

Aussi ancienne qu'elle puisse être, la crainte de cette judiciarisation est aujourd'hui un enjeu de société qui commande d'en déterminer la réalité. Or, il est malheureux de constater qu'aucune étude globale n'a encore été réalisée sur ce sujet alors qu'elle permettrait une analyse de fond sur la base de résultats objectifs. Si un tel travail est fondamental, il pose cependant le problème de l'identification des indicateurs pertinents au sein des statistiques officielles pour mesurer son étendue. Or, comme le souligne une magistrate, si l'on prend le cas de la responsabilité pénale, il est très difficile d'obtenir des statistiques pertinentes en responsabilité médicale puisque le Ministère de la Justice ne fait pas de distinction entre les causes des homicides involontaires, mélangeant ceux dont l'origine est médicale, avec ceux qui ont leur cause dans un accident de travail ou un accident de la route par exemple (Bertella-Geffroy, 2008).

Les seuls éléments de réflexion actuellement disponibles sont partiels et épars mais ils tendent globalement à relativiser la réalité de la judiciarisation. Ainsi, par exemple, de manière globale, c'est-à-dire tous contentieux confondus, depuis 2002, le nombre de procès médicaux est présenté comme quasiment stable (Laurent, 2006), les chiffres n'accréditant pas la thèse d'une inflation contentieuse (Cour de cassation, 2008: 48). Si l'on étudie les statistiques de manière plus précise, les données du Conseil d'Etat nous apprennent que, depuis 2005, le contentieux en responsabilité hospitalière est en baisse significative (Martin, 2007: 75). C'est également le cas en matière pénale, certains magistrats constatant une diminution du nombre d'affaires (Bertella-Geffroy, 2008: 10). En matière d'assurance, il y a bien une augmentation du montant des indemnités mais celle-ci est décrite comme étant sans lien avec le nombre de sinistres qui est stable ou en légère augmentation (Conseil de la concurrence, 2006; Bras, D'Autume, Roussille et Saintoyant, 2007: 8). Malgré tout, les perceptions de la réalité de ce phénomène sont partagées, certains relativisant son existence (Sage, 2001; Hemlinger et Martin, 2004), tandis que d'autres le considèrent comme acquis et en analysent les conséquences qu'ils estiment néfastes (Lansac et Sabouraud, 2004).

Quels que soient ces constats, c'est-à-dire même si les données statistiques permettent un jour de constater une augmentation forte du nombre de procès, il est nécessaire d'affiner l'analyse en distinguant deux notions fondamentalement différentes: à supposer qu'elle soit établie, une éventuelle augmentation du nombre de *recours* formés ne signifie en rien qu'existe de manière corrélative une croissance du nombre de *condamnations*. Ce n'est pas parce que les tentatives d'engagement d'une responsabilité sont éventuellement plus fréquentes que celles-ci sont pour autant fondées et qu'elles réunissent les conditions légales pour permettre une condamnation. Vouloir engager une responsabilité ne signifie pas forcément que cette responsabilité sera retenue par les juges. Ainsi, même si une augmentation du nombre de recours peut un jour être établie, cela n'aura qu'un impact limité

sur la réalité du contentieux et sur sa dimension sociale et financière puisque l'élément réellement important est au contraire le nombre de condamnations effectives.

Au-delà de cette nuance, il est aussi intéressant de constater un autre phénomène qui, quant à lui, est indéniable alors qu'il s'inscrit dans une tendance tout à fait contraire à la judiciarisation. C'est la mise en place de modes alternatifs de règlements des litiges qui entendent résoudre les conflits sans avoir recours au juge. Cette courte étude n'est pas le lieu pour réaliser un historique du développement de cette notion en santé mais son existence n'est pas récente et elle renvoie aux organes actuellement très sollicités que sont les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation créées en 2002. Ces structures peuvent être perçues comme une forme d'«anti-judiciarisation» ou de «déjudiciarisation», concrétisant une évolution souvent jugée positive par les pouvoirs publics (Bras, D'Autume, Roussille et Saintoyant, 2007: 36; Bertella-Geffroy, 2008: 11).

En réalité, quelle que soit la réalité de la judiciarisation, ce phénomène est très souvent interprété comme une évolution fortement négative pour les professions de santé et le système de santé plus généralement (Lansac, Sabouraud, 2004), alors qu'il peut être expliqué par différents facteurs plus neutres. Ainsi, si le contentieux ne paraît pas s'être accru comme il est parfois dit, il est probable que l'idée d'un recours en justice n'est plus perçue de la même manière par les patients.

La portée de la judiciarisation

A supposer qu'une étude à venir puisse attester d'une inflation du nombre de recours et de condamnations, ce phénomène doit à notre sens être relativisé pour plusieurs raisons.

D'abord, il faut réaliser que l'évolution du système de santé s'insère dans un contexte social plus général puisque la société dans sa globalité semble subir un tel accroissement du recours au juge (Rouvillois, 2008). Ainsi, même si le secteur de la santé semble être épargné par ce mouvement, ce phénomène ne doit pas être analysé de manière isolée mais au contraire être replacé dans un ensemble. Sur cette base, si un jour le contentieux en santé vient à augmenter de façon significative, il ne faudra pas analyser uniquement la transformation des rapports entre soignants et soignés mais aussi l'interpréter comme l'une des conséquences d'une mutation sociale plus générale permettant de ne pas la percevoir comme une évolution spécifique de la médecine.

Ensuite, il est probable que le recours au juge ne soit plus perçu de la même manière par le justiciable de façon générale et potentiellement par le patient de manière spécifique. Sur une période d'environ vingt-cinq ans, le développement de l'accès au droit, la mise en place de l'aide juridictionnelle et la simplification des procédures

ont pu, en effet, contribuer à une démythification du recours au juge pour les citoyens. Il ne serait ainsi plus aussi complexe de faire le choix de porter un contentieux en justice, le système judiciaire paraissant plus accessible. Dans ce contexte, une possible augmentation du nombre de recours s'expliquerait non pas par un accroissement d'une volonté des patients de faire condamner les soignants, mais par une diminution des obstacles permettant cette forme de contestation initiale. En complément, une certaine baisse de l'aura sociale du médecin peut être également un facteur d'explication. Alors que cette profession disposait auparavant d'un caractère quasi religieux et d'un prestige social très fort, elle ne bénéficie plus aujourd'hui de la même conception. Le médecin n'est plus dans la position sociale dominante qui le caractérisait par le passé. Le développement des moyens de communication et d'information très étendus comme internet permettent en effet à certains citoyens malades d'accéder à des renseignements importants pour tenter de comprendre leur état et les soins reçus ou disponibles. Le propos n'est pas d'affirmer que ce phénomène est une source fiable de connaissances ou que les patients acquièrent par ce biais des connaissances réelles, mais cet élément a pu contribuer à faire perdre au médecin sa position sociale de seul « sachant », l'asymétrie informationnelle s'atténuant potentiellement à défaut de pouvoir disparaître, facilitant ainsi l'engagement de la responsabilité de ce professionnel. Une citation pourrait synthétiser de manière plus générale l'évolution de la perception du médecin par la société : « Ignares nous étions sacrés. Savant mais inefficaces, nous étions respectés. Devenus efficaces, nous devenons suspects. » (Professeur Guiraud-Chaumeil, ancien président du Conseil de l'Ordre des médecins, cité par Bertella-Geffroy, 2008 : 9).

Par ailleurs, il est probable que l'évolution du rôle social du corps et de la santé (Sfez, 1997 ; Juvin, 2005 ; Le Breton, 2008) produise des conséquences sur la conception que les individus ont de la médecine. Face au développement de demandes tendant à obtenir un corps toujours plus jeune et bien portant, l'individu attend plus de la société, du progrès et de la médecine et exige des résultats. Cela se traduit naturellement dans les rapports entre patient et professionnel de santé mais aussi hors du colloque singulier avec le développement des aliments, de la parapharmacie, de la diététique, des fortifiants pour ne citer que ces exemples. Dans ce contexte, lorsque cette exigence n'est pas satisfaite, il devient presque naturel pour ce nouveau type de patient de se tourner vers le juge pour compenser les espoirs déçus d'une obligation de résultat insatisfaite.

Aboutissant au même résultat, une autre explication peut être avancée. Il est probable que la démocratisation de la santé, la confirmation des droits des patients et surtout le développement de l'autonomie de ces derniers aient une influence sur la perception du rôle du juge en santé. Si les patients disposent de davantage de droits, qu'ils sont libres d'exercer par eux-mêmes, former un recours en

justice devient alors une possibilité comme une autre, à laquelle les soignés peuvent accéder tout aussi facilement que les autres prérogatives. Cela ne signifie évidemment pas que la reconnaissance de droits aux patients doit être regrettée, mais ils peuvent constituer un facteur involontaire d'explication.

Enfin, de manière générale, il faut réaliser que si la violation d'une règle juridique par un professionnel de santé doit être constatée, il est tout à fait cohérent que celui-ci en assume les conséquences, au besoin devant le juge. Une norme juridique dont l'irrespect ne serait pas sanctionné perdrait en effet sa nature de règle, son caractère obligatoire n'étant finalement qu'apparent.

Au regard de tous ces éléments, une certaine frustration ressort finalement de l'analyse. Alors que la question des rapports que peuvent entretenir droit et santé se pose de manière essentielle, la réalité scientifique actuelle ne permet pas encore d'établir de manière certaine la réalité de l'évolution que certains auteurs et les médias ont consacrée depuis quelques années déjà, en tout cas pour la judiciarisation. Finalement, tout reste à écrire...

Guillaume Rousset
guillaume.rousset@iut-tlse3.fr

Bibliographie

Bergeron H. (2007), « Les transformations du colloque singulier médecin-patient : quelques perspectives sociologiques », in Tabuteau D. (dir.), *Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard*, Paris, éditions de Santé/Presses de Sciences Po, 39-51.

Bertella-Geffroy O. (2008), « Justice pénale, santé individuelle et santé publique », *Gazette du Palais*, n° spécial Droit de la santé n° 2, 8-17.

Bras P.-L., D'Autume C., Roussille B. et Saintoyant V. (2007), *L'assurance en responsabilité civile médicale*, Rapport de l'IGAS, Paris.

Brouardel P. (1898), *La responsabilité médicale*, Paris, éd. J.-B. Baillièrre et Fils.

Cadeau E. (2004), « La « démocratie sanitaire » : « erreur », « commodité » ou « écart » de langage ? Propos introductifs aux actes du XVIII^e Atelier du CERDES », (La démocratie sanitaire : Aspects théoriques et pratiques hospitalières – Colloque CERDES du vendredi 19 sept. 2003), *Revue générale de droit médical*, n° 12, p. 9.

Camerman M. (1932), *La responsabilité civile du médecin*, Paris, thèse de droit.

Cassiers L. (1998), Secret médical et santé publique ou de l'intrusion des pouvoirs publics dans le colloque singulier, *Louvain Médical*, 117 (2), 13-19.

- Conseil de la concurrence, *Décision n° 06-D-34 du 9 novembre 2006 relative à des saisines concernant le domaine de l'assurance de la responsabilité civile médicale*, disponible sur le site officiel du Conseil de la concurrence.
- Cour de cassation (2008), *La santé dans la jurisprudence de la cour de cassation, Rapport annuel 2007*, Paris, La Documentation française.
- Devers G. (2003), *Lettre d'un avocat à une amie infirmière*, Paris, Lamarre.
- Devers G. (2005), *Mémento de droit hospitalier à l'usage des soignants*, Paris, Lamarre.
- Devers G. (2007), *Soignants : tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le droit*, Paris, Lamarre.
- Drucker J. et Faessel-Kahn M. (2004), « Justice et santé, l'exemple américain », *Sève-Les Tribunes de la santé*, n° 5, 31-38.
- Got C. (2002), « La représentation institutionnelle des usagers à l'hôpital: introduction ou intrusion? », *Actualités JuriSanté*, n° 38, 4.
- Guénot J. (1904), *Du consentement nécessaire au médecin pour pratiquer une opération chirurgicale*, Paris, Thèse de droit.
- Guerrier L., Rotureau L., Roger G. et Brouardel P. (1890), *Manuel pratique de jurisprudence médicale*, Paris.
- Helmlinger L. et Martin D. (2004), « La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité », *Sève-Les Tribunes de la santé*, n° 5, 39-46.
- Jalma Cabinet conseil (2003), *Le panorama de l'assurance santé*, Paris, éd. Jalma.
- Juvin H. (2005), *L'avènement du corps*, Paris, Gallimard.
- Kysar D.A., McGarity T.O. et Sokol K. (2008), « Mythes et réalités des erreurs médicales: pourquoi la crise des assurances n'est pas une crise de la judiciarisation », *Sève-Les Tribunes de la santé*, n° 19, 59-81.
- Lansac J. et Sabouraud S. (2004), « Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale », *Sève-Les Tribunes de la santé*, n° 5, 47-56.
- Lascoumes P. (2007), « L'usager dans le système de santé: réformateur social ou fiction utile? », *Politiques et Management public*, vol. 25 (2), 129-144.
- Laurent V. (2006), « Procès médicaux en France: vers une dérive à l'américaine? », *Médecine et Culture*, n° 4, 23.
- Le Breton D. (2008), *Anthropologie du corps et modernité*, (5^e éd.), Paris, PUF.
- Martin D. (2007), « Le nouveau droit de l'indemnisation des risques sanitaires: entre procédure amiable et contentieux », in Tabuteau D. (dir.), *Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*, Paris, éditions de Santé/Presses de Sciences Po, 73-77.
- Mémeteau G. (2001), « Des médecins qui avaient peur du droit... », *Gazette du Palais*, 1346.
- Porchy-Simon S. (2002), « L'information des usagers du système de santé et l'expression de leur volonté », in Jourdain P., Laude A., Penneau J. et Porchy-Simon S., *Le nouveau droit des malades*, Paris, Litec, coll. Carré droit, 52.
- Pouvoirville (de) G. (2007), « Les conséquences économiques des droits des malades », in Tabuteau D. (dir.), *Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*, Paris, éditions de Santé/Presses de Sciences Po, 53-58.
- Prieur S. (2002), « Les droits du patient dans la loi du 4 mars 2002 », *Revue générale de droit médical*, n° 8, 119.
- Rouvillois R. (2008), *La société au risque de la judiciarisation*, Paris, Litec.
- Sage W.M. (2001), « The Lawyerization of Medicine », *Journal of Health Politics*, Vol. 26, n° 5, 1179-1195.
- Sauvé J.-M. (2008), « Les évolutions du code de la santé publique », in Laude A., Tabuteau D. (dir.), *Le code de la santé publique, un demi-siècle après sa légalisation*, Paris, éditions de Santé/Presses de Sciences Po, 5-13.
- Sfez L. (1997), *La santé parfaite, Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil.
- Thouvenin D. (2004), « Les droits des malades ne peuvent être transformés en obligations », (Les droits et les obligations des patients. XVI^e entretiens du Centre Jacques-Cartier. Lundi 1^{er} et mardi 2 déc. 2003), *Revue générale de droit médical*, n° 13, 79.
- Rachet-Darfeuille V. (2004), « La démocratie sanitaire... ou quand la forme l'emporte sur la fond », (La démocratie sanitaire: Aspects théoriques et pratiques hospitalières – Colloque CERDES du vendredi 19 sept. 2003), *Revue générale de droit médical*, n° 12, 17.