

COMPTE-RENDU

SEMINAIRE du RISES du 26 février 2004

Responsable du Réseau Interdisciplinaire « Santé, éthique et société » :
Monsieur J-J. WUNENBURGER

« LA RELATION MEDECIN –PATIENT »

Intervenants :

M. GIRER, ATER IFROSS Lyon 3 :
« Le contrat médical : la fin d'un concept »

B. CAMHI, IFROSS Lyon 3:
« Le contrat médical : vers le renouveau d'un concept »

N. MOUMJID, Economiste, Lyon 1 :
« La relation médecin-patient : quelle place pour le partage de la décision médicale ? »

O. FAURE , Historien, Lyon 3 :
« Les relations médecin-malade à l'époque moderne et contemporaine (XVIIe /XVIIIes.) : questions, sources, méthodes et hypothèses des historiens ».

Liste des membres présents :

BANTERLA-DADON I., Directeur d'hôpital, DU Philosophie du vivant Lyon 3.
CALLU M-F., IFROSS Lyon 3.
B. CAMHI, IFROSS Lyon 3, et CIFRE GRESAC Centre Léon Bérard.
CARRERE M-O., Professeur Lyon 1, Economie, et Responsable de l'équipe «Economie de la santé » au Centre L. Bérard (GRESAC/CNRS).
COMMERCON N., Directeur de recherche CNRS, UMR 5600 « Environnement, ville et société », Lyon 3.
DELANOE C., Responsable culturel Ferme du Vinatier.
DESSERTINE D., Ingénieur recherche CNRS, LARHA (RESA EMIS).
DUEZ B., Professeur Lyon 2, Psychopathologie et psychologie clinique.
DUMONTET C., CS Lyon 1.
FAURE O., Professeur Lyon 3, Histoire, UMR 5190 "Exclusion, médecine et intégration sociale".
FIERS-DIDELOT M-M., Ingénieur INSERM.
GAUCHER J., Professeur Lyon 2, Psychologie de la santé et du développement.
M. GIRER, ATER IFROSS en Droit Privé, Lyon 3.
GROS G., Chirurgien-dentiste conseil en MSA Orne-Sarthe, Référent santé publique (caisse centrale du MSA), DU Philosophie du vivant Lyon 3.
LANNE J-C., Professeur Responsable section de Russe, Lyon 3.
MARCEL O., Professeur Philosophie Lyon 3.
MATTIUSSI L., Professeur Littérature comparée Lyon 3, attaché au groupe MARGE (Recherche en littérature).
MOUMJID-FERDJAOUI N., Economiste Lyon 1 (GRESAC Centre Léon Bérard).
MVONE-NDONG S-P., Doctorant Philosophie Lyon 3 (ss dir. J-J. Wunenburger).
PARROCHIA D., Professeur Philosophie des sciences Lyon 3, Directeur centre de recherche philosophique Lyon 3.
PERROTIN C., Responsable du Centre Interdisciplinaire d'Ethique, université Catholique Lyon.
SEGERIE R., Doctorante en linguistique et études arabes Lyon 3 CRITIC (ss dir. G. Gobillot).

**VON BUELTZINGSLOEWEN I., Maître de conférence Histoire contemporaine Lyon 2,
LARHRA.**

WUNENBURGER J-J., Vice Président recherche Lyon 3, Philosophie.

Après un tour de table pour les présentations d'usage et le rappel de la fonction du RISES, à savoir former un réseau dynamique de transfert et de confrontation des diverses rationalités portant sur l'objet santé, dans le but de permettre une approche pluridisciplinaire et constructive de l'ensemble des systèmes organisationnels de la santé par l'interface des disciplines convoquées, le séminaire a débuté directement avec l'intervention de Marion GIRER.

Marion GIRER, ATER IFROSS Droit privé Lyon 3
« Le contrat médical : la fin d'un concept ».

1) Problématique générale

Depuis le célèbre arrêt Mercier du 20 mai 1936, le médecin est lié à son patient par un contrat médical, qui comporte une obligation de soins de moyens. En cas de non-respect de cette obligation, le médecin engage sa responsabilité contractuelle. Depuis près de 50 ans, les juges ont fait naître de nouvelles obligations en « forçant » le contenu du contrat et ainsi en le dénaturant. D'où l'idée que le modèle contractuel n'est pas forcément adapté à la relation de soins.

L'examen de la relation médecin-patient nous permet de mettre en avant l'existence de dérogations de plus en plus fortes au régime contractuel pour adapter les règles du contrat au domaine médical, notamment par l'intermédiaire d'un gonflement du contenu contractuel par le juge et par l'adoption de règles définies légalement. Ces dérogations vont-elles jusqu'à une remise en cause de la place du contrat dans le domaine médical ? Ce qui conduit à se demander quelle est la véritable nature de la relation médecin-patient.

De plus, si la nature contractuelle de la relation médecin-patient est remise en cause, la nature de la responsabilité qui en découle peut également faire l'objet d'interrogations. Il y a en effet un enchevêtrement des responsabilités : la reconnaissance d'une responsabilité contractuelle est venue compliquer inutilement le régime et n'a rien changé à l'action des victimes. Elle a même freiné le règlement de certaines questions comme l'indemnisation des accidents médicaux. Il est donc possible de se demander si la nature contractuelle de la responsabilité médicale est réellement adaptée à une protection efficace des victimes.

2) Question de recherche

La qualification contractuelle de la relation médecin-patient et de la responsabilité qui en découle est-elle juridiquement justifiée ?

3) Méthode suivie

L'idée est de démontrer une accumulation d'éléments dérogatoires au régime du contrat. Chaque élément pris de manière isolée ne suffit pas à remettre en cause le concept de « contrat médical » mais c'est la somme de ces arguments qui montre que le régime appliqué est tellement dérogatoire que l'on peut se demander si ce concept de « contrat médical » est juridiquement valide.

4) Présentation de quelques étapes essentielles

- Éléments historiques :

- . la responsabilité du médecin a été retenue pour la 1^{ère} fois par un arrêt de la Cour de cassation du 18 juin 1835 (il bénéficiait auparavant d'une immunité).
- . jusqu'en 1936, on appliquait à cette responsabilité les règles délictuelles : il n'existait pas de contrat entre le médecin et le patient, sauf pour le domaine de l'organisation matérielle de la relation de soins (paiement des honoraires, déplacement du médecin auprès du malade).
- . puis le 20 mai 1936, la Cour de cassation consacre l'existence d'un contrat liant le médecin au patient. Cette décision a été dictée par des éléments d'opportunité (contournement d'un obstacle de prescription, refus d'appliquer au médecin la responsabilité générale du fait des choses découverte par la jurisprudence en 1930) et constitue une consécration de la doctrine dominante (lien avec la distinction des obligations de moyens et de résultat).
- . actuellement, certaines relations de soins sont dépourvues de lien contractuel, en cas d'urgence ou d'impossibilité de recueillir le consentement et dans le secteur hospitalier public. Or les obligations du médecin sont les mêmes... Quelle est l'utilité du contrat ?

- Partie I : la remise en cause de la nature contractuelle de la relation médecin-patient

- . Idée générale : montrer que le rôle de la volonté des parties au contrat est très faible, tant dans la formation du contrat que dans la définition des obligations respectives des parties.
- . 1^{er} axe : recherche du rôle de la volonté dans la formation du contrat : après avoir montré le fort particularisme du contrat médical (sources / classification), l'étude du consentement montre qu'il y a eu aussi « forçage » (caractères libre et éclairé, problème de l'obligation d'information, révocabilité et refus de soins...).
- . 2^{ème} axe : recherche du rôle de la volonté dans la définition des obligations des parties : il y a un important « forçage » du contenu du contrat, influencé par la distinction des obligations de moyens et de résultat (qui entraîne une paralysie du droit médical), et une inadaptation des règles contractuelles générales (déséquilibre de l'objet, effets du contrat, clauses relatives à la responsabilité).

- Partie II : la remise en cause de la nature contractuelle de la responsabilité médicale

- . Idée générale : face à une grande diversité des régimes utilisés en droit médical, la responsabilité contractuelle se révèle sans intérêt car elle n'apporte aucun élément supplémentaire permettant de faciliter le règlement des conflits.
- . 1^{er} axe : montrer qu'il existe un enchevêtrement des responsabilités, accentué par la mise en œuvre de la responsabilité contractuelle, alors que cela n'a pas de véritable opportunité pratique (indifférence quant à l'appréciation de la faute et à l'octroi d'une réparation). Cela

entraîne une complication des régimes de responsabilité (principe de non-cumul des responsabilités délictuelle et contractuelle, problèmes liés aux responsabilités du fait d'autrui...).

. 2^{ème} axe : montrer la nécessité de clarifier le système en instaurant un régime légal unique, applicable à tous les « incidents » médicaux. Le système de responsabilité cherche de plus en plus à offrir une protection accrue et égalitaire aux victimes (mise en place d'une responsabilité de garantie liée à la révolution thérapeutique ?) et pour cela, il faudra passer par une fusion des ordres de responsabilité (la loi du 4 mars 2002 est trop timide et doit être étendue = instauration d'un régime spécifique d'indemnisation des dommages corporels liés aux « incidents » médicaux).

- Conclusion

Notre thèse consiste à affirmer que le contrat médical n'est plus qu'un « mythe » et que la responsabilité qui en découle est inadaptée aux préoccupations actuelles de la responsabilité civile. La relation médecin-patient n'a plus vocation à être régie par un cadre contractuel auquel elle s'adapte très mal. L'idée d'un regroupement de la responsabilité médicale autour d'un système spécifique d'indemnisation semble répondre de manière plus adéquate à l'enjeu d'indemnisation des victimes.

L'intervention de Marion GIRER a directement été suivie par celle de Bérénice CAMHI car ces deux interventions sont à mettre en regard l'une de l'autre. En effet, M. GIRER affirme que le contrat médical n'est qu'un mythe, une faible partie du droit médical – en droit, le contrat médical est hors classification, c'est-à-dire qu'il n'est ni synallagmatique, ni unilatéral... - et n'apporte pas d'obligation supplémentaire : les obligations sont préexistantes au contrat. De plus, la relation médecin-patient revêt un caractère d'inéluctabilité lorsque la maladie émerge, et donne à l'homme la perception de sa finitude et de sa vulnérabilité. La volonté de contracter est donc faible, dans la mesure où l'appel au médecin devient une nécessité. La thèse défendue par B. CAMHI porte au contraire sur l'affirmation de l'existence du contrat médical, voire même sur son renforcement.

Introduction

La relation médecin-patient présente un fort particularisme du fait de la diversité des sources juridiques qui permettent de la définir. La relation médecin-patient qui s'instaure dans le cadre privé (exercice libéral ou en établissement privé de soins à but lucratif ou non) se construit dans le cadre d'un contrat, contrat médical depuis le célèbre arrêt Mercier de 1936.

La loi du 4 mars 2002 relative à la qualité du système de santé et aux droits des malades s'est efforcée d'unifier les jurisprudences civiles et administratives et les textes légaux et réglementaires en la matière, et a le mérite de traiter indistinctement les systèmes de santé public et privé. A l'instar de Mesdames Bellivier et Rochefeld, ou encore du Pr Mémeteau, nous voyons dans cette loi du 4 mars 2002 une confirmation de la théorie contractuelle de la relation médecin-patient et paradoxalement une ouverture vers un partage des responsabilités. Mais, contrairement à l'ensemble de la doctrine, du moins à ma connaissance, nous ne voyons qu'une ébauche, et encore aux couleurs pastel, d'un partage de la décision médicale et qu'un simple rappel de principe du droit, certes fondamental, au consentement libre et éclairé.

Sensibilisée à la notion de décision partagée par la lecture de la littérature internationale majoritairement anglo-saxonne en la matière et par l'adaptation aux pratiques médicales françaises opérée par l'équipe du GRESAC dont Nora Moumjid nous a présenté les travaux tant conceptuels qu'empiriques, nous avons décidé de nous interroger sur le statut juridique de cette notion.

Objectifs

En pratique, notre objectif premier est de rechercher si la décision partagée en ce qu'elle conduit à la révélation des préférences du patient, notamment par le biais d'un outil tel le tableau de décision, n'aboutirait pas à la formulation du seul véritable consentement éclairé aux soins et donc à un échange de volonté fondant un contrat synallagmatique parfait entre le patient et le médecin ?

Problématique

Plus généralement, notre question de recherche peut s'énoncer comme suit : La décision partagée permet-elle de faire évoluer la qualification contractuelle de la relation médecin-patient et la responsabilité qui en découle ?

Méthode

L'idée est de démontrer qu'une clarification voire redéfinition des concepts fondamentaux du contrat médical que sont le consentement et l'échange de volontés est nécessaire à la mise en adéquation de la relation médecin-patient avec les récentes évolutions idéologiques, éthiques, sociologiques et juridiques de cette relation.

Discussion

I. Renouveau dans le contrat médical

- *Démontrer d'abord que la nature contractuelle de la relation médecin-patient est en effet discutable eu égard au faible rôle de la volonté des parties au contrat tant dans la formation de celui-ci que dans la définition des obligations des parties.*
- *Démontrer ensuite que la décision partagée nous permet de donner une nouvelle dimension aux volontés et aux obligations des parties et donc de réaffirmer, avec plus de force, la nature contractuelle de la relation médecin-patient*

➤

II. Renouveau dans la responsabilité médicale

- *Démontrer d'abord que cette traduction juridique de la décision partagée entraînerait pour deux raisons essentielles une clarification de la responsabilité médicale.*
- *Démontrer ensuite que cette traduction juridique la décision partagée permet d'envisager l'unification du contentieux de la responsabilité médicale entre les mains d'un seul juge*

Conclusion

Finalemment nos questionnements sont donc pour certains les mêmes que ceux de Melle Marion Girer mais notre réponse diverge de la sienne puisque nous n'y voyons pas la fin du contrat médical mais un renforcement de celui-ci, allant chercher pour ce faire - certes Outre-Atlantique - ce qui pourrait devenir une sorte de « principe nécessaire à notre temps » dans la relation médicale : la décision partagée !

Il nous semble que c'est à ce prix, et dans ces conditions, que la démocratie sanitaire annoncée par la loi du 4 mars 2002 serait alors atteinte dans la mesure où toute liberté implique une responsabilité. La relation médecin-patient ne saurait se résoudre dès lors à un colloque singulier caractérisé, d'après les mots du Pr Portes, par « la rencontre d'une conscience et d'une confiance », mais elle tendrait plutôt en faveur de la rencontre confiante de deux consciences.

Il semble au vu de ces deux interventions que le contrat médical, tel qu'il est traditionnellement admis dans sa dimension juridique nécessite en effet une évaluation et une reconstruction. En revanche, ce qui apparaît dans la thèse de B. CAMHI, c'est l'émergence d'un nouveau concept (la décision partagée) et d'une nouvelle nature du contrat médical qui souhaite

prendre en compte la reconfiguration actuelle de la relation médecin-patient. Le patient devient ainsi acteur de la relation médecin-patient, en prenant part aux décisions de soins, et ce thème est l'objet de l'intervention de Nora MOUMJID.

Nora MOUMJID, Economiste Lyon 1, GRESAC Centre Léon Bérard

« La relation médecin-patient : quelle place pour le partage de la décision médicale ? »

N. MOUMJID (1) (2), MO. CARRERE (1) (2) (3), A. BREMOND (1) (2) (3), M.MORELLE (1) (2)

(1) GRESAC (LASS, CNRS)

(2) Centre Léon Bérard

(3) Université Claude Bernard Lyon 1

N. MOUMJID a débuté son intervention en présentant le groupe de travail et ses thèmes de recherche dont elle fait partie .

La théorie normative de l'agence a été largement mobilisée pour l'étude de la relation médecin-patient. Dans le cadre de la décision thérapeutique, la théorie de l'agence conduit le plus souvent à considérer le patient comme le Principal et le médecin comme l'Agent. Sur le plan empirique, notre analyse se situe dans le cadre des travaux qui visent à améliorer le transfert de la connaissance du médecin au patient et qui relèvent par conséquent des modèles de la prise de décision de traitement informée et de la décision partagée. Au début des années 90, les premiers outils destinés à améliorer la communication entre le médecin et le patient sont apparus. C'est ainsi que le tableau de décision, qui constitue notre objet d'analyse, se propose de fournir au patient une information claire et objective, mais aussi de l'impliquer dans le processus de prise de décision. Nous avons développé un tableau de décision destiné aux femmes atteintes d'un cancer du sein sans envahissement ganglionnaire afin de leur permettre d'établir un choix entre deux options dont l'une fait intervenir la chimiothérapie. La cancérologie constitue un champ d'investigation particulier, propice à l'analyse de la relation médecin-patient et pour lequel une approche multidisciplinaire et une confrontation de la théorie aux faits peuvent s'avérer pertinentes et faisables.

1997 : constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire (cancérologues, psychosociologue, économistes) au GRESAC (Centre Léon Bérard).

2000 : collaboration avec un groupe de travail multidisciplinaire (oncologues, sociologue, économiste) du CHEPA (Center for Health Economics and Policy Analysis), Université McMaster (Hamilton, Canada).

Après avoir présenté les trois modèles de la relation médecin-patient, N. Momjid a présenté les travaux de recherche empiriques réalisés par le GRESAC sur la relation médecin-patient.

Les trois modèles de la relation médecin-patient sont les suivants:

Modèle du médecin décideur :

Le patient exprime une préférence thérapeutique mais c'est le médecin qui, par ses connaissances, prend la décision qu'il juge être la plus adaptée (modèle paternaliste).

Modèle du patient décideur :

Le médecin exprime une préférence thérapeutique pour son patient mais c'est celui-ci, une fois que la connaissance lui a été transférée, qui prend la décision finale du type de soin.

Modèle de la décision partagée (shared decision making model):

Le médecin et le patient, après un échange de connaissances et de préférences bilatéral, prennent ensemble la décision la plus adaptée au vu de la pathologie et des préférences du patient.

Dans le cadre de « L'analyse de la relation médecin-patient et prise en compte des préférences des patients » en oncologie (cancer du sein), les travaux de recherche empirique se présentent ainsi :

1. Expérimentation du « modèle du patient décideur »

2. Expérimentation du « modèle de la décision partagée »

3. Elaboration avec des patientes atteintes d'un cancer du sein de documents d'information qui leurs sont destinés.

4. Projet collaboratif canado-français : Analyse de la relation médecin-patient par le biais d'une enquête auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein et des médecins qui les traitent (chirurgiens, radiothérapeutes et chimiothérapeutes).

(1) Expérimentation du modèle du patient décideur

A. Les objectifs de la recherche

- Informer les femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein de stade précoce et les aider à prendre une décision de traitement.

- Développer un outil d'aide à la décision : le tableau de décision « decision board » présentant le choix entre deux traitements : Radiothérapie et Hormonothérapie OU Radiothérapie et Hormonothérapie **plus Chimiothérapie.**

B. Le protocole de recherche

- Première étape : Définition du contenu et de la forme de l'information à transférer :
 - . Elaboration du protocole d'entretien
 - . Pré-tests du protocole d'entretien auprès des soignants (médecins et infirmières), d'anciennes patientes et de volontaires saines.

- Deuxième étape : Test du tableau de décision auprès de patientes réelles (approche qualitative) :
 - . Acceptabilité
 - . Analyse du processus décisionnel.

C. Les conclusions

« **Modèle du patient-décideur** » :
Modèle accepté dans sa dimension informative **mais** rejeté dans sa dimension décisionnelle

« **Modèle de la décision partagée** » :
Modèle non appréhendé

(2) Expérimentation du modèle de la décision partagée

A. Les objectifs de la recherche

Elaborer et évaluer un protocole d'aide au partage de la décision thérapeutique pour **toutes** les femmes atteintes d'un cancer du sein (décision de chirurgie et décision de chimiothérapie)

B. Le protocole de recherche (étude en cours)

- Première étape : Définition du contenu et de la forme de l'information à transférer :
Idem étapes protocole précédente + formation des cliniciens à la passation du protocole

 - Deuxième étape : Test des tableaux de décision auprès de patientes réelles (100 patientes)
- Passation de questionnaires par une enquêtrice entraînée :
- Avis sur les documents d'information
 - Compréhension de l'information transmise par le chirurgien
 - Information et participation au choix
 - Craintes

(3) Elaboration avec des patientes atteintes d'un cancer du sein de documents d'information qui leur sont destinés

A. Objectif de la recherche

Connaître les besoins d'information d'anciennes patientes atteintes d'un cancer du sein de stade précoce et de volontaires saines afin d'améliorer l'information transmise aux patientes nouvellement atteintes d'un cancer du sein

B. Méthode

Création d'un groupe de discussion conformément aux recommandations méthodologiques internationales (Coulter et al. 1998, Barbour et Kitzinger 1999) discutant de documents initialement élaborés par des cliniciens sur les traitements possibles du cancer du sein.

C. Les enseignements

- La participation de patients à l'élaboration de documents d'information qui leur sont destinés est nécessaire : le groupe de discussion a proposé de nombreuses modifications liées à des besoins d'informations complémentaires, une plus grande clarté.

- Important d'inclure des volontaires saines

- Différence considérable entre les réactions initiales du groupe de discussion et l'ampleur des modifications apportées

(4) *Projet collaboratif canado-français : analyse de la relation médecin-patient (étude en cours)*

A. Objectifs de la recherche

Préciser les rôles joués par le médecin et par le patient dans la relation médecin-patient; Clarifier la signification du concept de décision partagée du point de vue des médecins et des patients.

B. Méthode

Depuis l'été 2002, une enquête transversale auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein et des médecins qui les traitent (chirurgiens, radiothérapeutes et chimiothérapeutes) est en cours.

Présentation des travaux de recherche conceptuels

1. Réflexions concernant les attitudes des patients et des médecins

- Interrogation sur la façon dont une référence à la théorie normative de l'agence peut (ou non) éclairer l'interprétation d'une expérience clinique limitée d'information et d'aide à la participation des patients à la décision médicale.

- Recherche d'un second avis initiée par le patient face à la médecine scientifique (Evidence-Based Medicine): une recherche toujours nécessaire?

2. Le modèle de la décision partagée

Etat des lieux des définitions du terme décision partagée proposées dans la littérature internationale, mise en perspective, étude des enjeux pour les différentes parties prenantes.

3. Perspectives de recherche

- Dans le cadre du projet collaboratif franco-canadien : comparaison dans les 2 pays de la définition de la décision partagée telle que perçue par les patientes et les médecins.

- Analyse du processus de décision partagée telle que vécue par les patientes en France.

- Implémentation en routine de la décision partagée dans le cancer du sein et dans d'autres pathologies (outils d'information et d'aide à la décision).

La relation médecin-patient ne se résume donc pas à deux rationalités qui s'entrechoquent, mais, bien au contraire, demande la prise en compte de la dimension psychologique du patient, atteint dans son intégrité et vulnérabilisé par la maladie, ainsi que le montre très clairement l'étude effectuée par N. Moumjid, ainsi que l'équipe du GRESAC. La difficulté du processus décisionnel réside alors en ceci que le patient ne semble plus vouloir, d'une manière générale, se plier sans discussion à l'avis du médecin décideur: il veut comprendre la problématique du soin, ses enjeux, ses risques, ses potentialités. En revanche, il refuse très souvent d'être laissé totalement libre, et donc responsable de la décision de soin, d'être un patient-décideur, dans la mesure où il ne perçoit pas nécessairement tous les enjeux de la thérapie. Ce qui est aujourd'hui attendu de la relation médecin-patient, c'est un transfert de connaissances du médecin au patient, et un échange d'information bilatérale, à savoir que le patient exprime lui aussi ses préférences : c'est la décision partagée. L'éthique communicationnelle du soin sera alors de permettre au patient, suite à une information claire et une discussion engageant le médecin et le patient dans une évaluation des préférences de ce dernier, de choisir une thérapie adaptée à sa pathologie (dans la mesure où une pathologie offre plusieurs types de thérapies). La conception du corps-machine s'estompe de plus en plus et tend à laisser place au vécu émotionnel de la maladie, et permet à chacun d'appréhender, au-delà du schéma corporel, l'image de son propre corps.

O. Marcel, philosophe, réagit à « la rationalisation chez les médecins » qui, selon elle, oublie qu'au sein de la relation médecin-patient, « l'asymétrie est toujours présente » du fait de la souffrance du malade et de sa vulnérabilité. M-O. Carrère, économiste et membre du GRESAC, rétorque que l'évolution de la relation médecin-patient tend à effacer cette asymétrie initiale, du fait de l'implication

du patient dans le processus décisionnel, et que l'on aboutit à une redistribution des asymétries en quelque sorte : le médecin n'est en effet plus seul décideur, et se trouve confronté aux préférences du patient. Cette reconfiguration de la relation médecin-patient amène une double asymétrie : « asymétrie sur les connaissances, et asymétrie sur les préférences ». Il y a en effet d'un côté de la relation, la connaissance, et de l'autre, l'affectivité du patient qui veut exprimer sa parole dans la prise de décision du soin. N. Moumjid approfondit les enjeux de la décision partagée en expliquant que « la discussion s'avère d'autant plus nécessaire que parfois, le médecin lui-même ne sait pas de quelle manière agir » : il atteint alors les limites non pas de son savoir, mais de son pouvoir décisionnel, dans la mesure où il ne peut plus décider pour autrui de ce qui est bon pour lui ; ce serait nier l'individualité du patient. Il devient alors nécessaire que le patient intervienne dans le choix de sa thérapie et devienne ainsi acteur du soin.

Olivier FAURE, Historien Lyon 3
« Les relations médecin-malade à l'époque moderne et contemporaine (XVIIe /XVIIIes.) : questions, sources, méthodes et hypothèses des historiens ».

O. Faure a débuté son intervention en précisant que l'histoire de la relation médecin-patient a évolué, mais aussi le regard que les historiens ont posé sur cette question. Son analyse se divise en trois points :

1. Le rapport de soumission ou de résistance du malade à la médecine.
2. L'autonomie du malade dans ses savoirs et ses comportements
3. Le phénomène actuel d'interaction, de co-construction de cette relation.

Relations médecins /malades : les approches des historiens

Dans ce bref exposé, il ne s'agit pas de proposer une histoire de la façon dont ses relations se sont passées dans le temps mais plutôt de présenter les méthodes, les sources et les hypothèses qu'ont utilisés les spécialistes de l'histoire sociale et culturelle de la santé pour analyser ce problème.

1) Résistance et soumission du malade.

Dans les années 1970, dans le prolongement de l'histoire sociale et démographique, les historiens généralistes qui investissent le champ de la santé s'intéressent en priorité à

l'histoire des médecins, des hôpitaux et des campagnes contre les grandes maladies (variole, tuberculose, choléra) dans le but implicite de mesurer le rôle du progrès médical dans la révolution démographique et l'abaissement de la mortalité. Cette hypothèse optimiste ne les amène pas à prendre beaucoup de distance avec les écrits des médecins qui constituent la source privilégiée des premières études. Or, le discours médical est rempli d'accusations contre les malades et surtout le peuple qui serait largement responsable de ses maladies à cause de ses habitudes malsaines, de ses préjugés et de son refus d'obéir aux injonctions des médecins. Certains historiens acceptent cette version et décrivent donc les relations entre malades et médecins comme un combat difficile mais finalement victorieux des Lumières médicales contre l'obscurantisme populaire.

Pourtant dans un contexte idéologique et intellectuel très marqué par la contestation du pouvoir médical (Ivan Illitch) et le « Surveiller et punir » de Michel Foucault, la plupart des historiens, sans remettre en cause le schéma de l'affrontement, le lisent d'une manière diamétralement opposée à celle des médecins. La médicalisation (i.e l'encadrement croissant de la population par le réseau médical et sa conversion aux normes médicales) est plus volontiers représentée (en particulier celle de l'accouchement) comme un épisode du processus « disciplinaire » qui tend à surveiller la population et une phase de la destruction de la culture populaire, parfois parée de vertus excessives. Selon le sociologue Jewson, le malade disparaîtrait de la scène médicale à la fin du XVIIIe siècle, le médecin imposant désormais sa seule volonté malgré des résistances de plus en plus sporadiques.

2) Autonomie et pouvoir du malade

Avec la multiplication des enquêtes sur le terrain, le regain d'intérêt pour l'individu et la méfiance croissante pour les grandes théories, la théorie de la conversion forcée et de la dictature médicale est de plus en plus remise en cause.

La découverte et l'exploitation de nombreuses correspondances privées et de consultations médicales par correspondance démentent les assertions précédentes et mettent en évidence quatre points. 1) Au moins dans les milieux lettrés, le souci de la santé, la peur de la maladie et de la souffrance sont omniprésents aussi loin que l'on puisse remonter et le thème de la prétendue indifférence à la douleur est battu en brèche. 2) Les correspondances font apparaître chez les malades l'existence de solides connaissances anatomiques et physiologiques élaborées au sein des réseaux familiaux et de sociabilité 3° Aussi loin que l'on puisse remonter dans le temps, la pluralité des recours thérapeutiques est la règle. Automédication, recours aux remèdes de bonne femme, aux rebouteux, aux médecins non seulement se succèdent mais cohabitent. Dans ces stratégies thérapeutiques, la recherche du médicament, très vite vanté par les journaux est immédiatement centrale 4) Dès le XVIIIe siècle émerge une interprétation de la maladie qui privilégie l'histoire personnelle ou collective au détriment de la fatalité et des causes surnaturelles. La disparition des proches, les revers de fortune, tout ce que les correspondants désignent comme des « chagrins » sont tenus pour responsables de la dégradation de l'état de santé. La Révolution et les bouleversements qu'elle suscite introduisent une dimension collective dans ce genre d'interprétation de type psychologique.

Au delà de cette clientèle privilégiée, l'analyse des populations hospitalisées et des comportements de soins dans le cadre des premiers systèmes de médecine sociale (mutualité, assistance) infirme l'idée d'une résistance de la population à la médecine et y substitue l'hypothèse d'une demande croissante de santé. Les hôpitaux passent plus de temps à essayer de chasser les malades qui s'incrument qu'à convaincre des individus réticents à y entrer. Les sociétés de secours mutuels, les services d'assistance médicale sont surpris par le succès qu'ils rencontrent et dénoncent les abus dans l'utilisation des services qu'ils proposent. La

demande de soins privilégie les soins curatifs par rapport à la prévention et se porte essentiellement sur le médicament qui bénéficie sans doute d'un transfert des comportements de type conjuratoire, favorise l'automédication et protège de l'intrusion du médecin dans la vie privée. Pas plus que les gens aisés, les malades modestes ne font de distinction entre les médecins officiels et les autres. Leur prétendu refus du médecin ne s'explique pas par leur hostilité à la médecine mais bien par son inaccessibilité (rareté, coût)

2) Dialogues et interactions

Dans le prolongement de ces conclusions, les travaux récents présentent les relations entre médecins et malades en termes de marché, de négociation et de compromis.

Les conditions du dialogue ont été et sont peut être plus égalitaires qu'on ne le dit, au moins lorsqu'il s'agit de maladies relativement bénignes. Jusqu'au début du XIXe siècle, le fossé scientifique entre le médecin et la malade aisé qui se pique de médecine n'existe guère. Au temps où la consultation se fait à domicile, c'est le malade, entouré de sa famille, qui intervient volontiers, qui reçoit le médecin et non l'inverse. Le médecin apparaît même dans la position du client au sein d'une relation qui s'apparente à celle du patronage.

Si ces facteurs de la dépendance médicale s'estompent avec la démocratisation de la clientèle et la technicisation de la médecine, les conditions économiques de l'exercice médical empêchent la totale domination du médecin. Ayant imposé la libre concurrence dans l'exercice de la médecine, les praticiens se trouvent de fait placés sous la coupe de leurs malades dont ils doivent satisfaire les exigences sous peine de les voir partir chez des concurrents particulièrement nombreux par rapport à la clientèle solvable. Ainsi s'expliquerait l'évolution de la consultation qui se résume très souvent à la prescription par le médecin du médicament souhaité ou réclamé par le malade. Avec l'introduction rapide du libre choix du médecin par le malade mutualiste ou assisté, ce type de relation s'étend aux secteurs de la médecine socialisée dès la fin du XIXe siècle.

Dans ce dialogue permanent où chacun a des armes, les conflits ne manquent pas mais ils ne se résument pas à une opposition frontale entre la raison et le préjugé. Les malentendus sont nombreux en matière de lutte contre les maladies contagieuses. Plus qu'un refus systématique de la médecine, les refus et les méfiances sont en partie dus aux maladresses (vaccination antivariolique) ou aux erreurs manifestes des médecins (théorie de la non-contagion du choléra) et surtout à leur refus de faire une place à l'analyse des conditions sociales dans lesquelles se développent les fléaux sociaux (alcoolisme, tuberculose). Le discours culpabilisant mettant en cause les seuls comportements individuels est à l'origine de la méfiance et de la résistance face aux campagnes sanitaires.

Plus récemment, les historiens sont devenus sensibles aux dynamiques qui peuvent naître du dialogue entre médecins et patients. A bien lire les correspondances de patients, la croyance dans les effets maléfiques de la masturbation, la hantise de l'hérédosyphilis, la vogue des maladies nerveuses ne résultent pas de la simple adoption par le public d'un schéma d'analyse médical mais d'un processus plus complexe. Ainsi, la lecture du traité de Tissot (1760) sur l'Onanisme suscite l'adhésion de ses lecteurs qui voient dans cette pratique la cause unique mais finalement rassurante de tous leurs maux. Ils font part de leurs témoignages à l'auteur. Celui-ci les intègre dans les éditions ultérieures au cours desquels les méfaits de la masturbation sont sans cesse accrus. Dans ce cas, les malades contribuent activement à la construction d'une entité nosologique. Le cas du diagnostic de maladie nerveuse offre un autre exemple de cette co-construction de la maladie au sein de l'échange entre médecins et patients. Au XVIIIe siècle, les malades attribuent de plus en plus souvent à

une cause unique, la fragilité de leurs nerfs toute une série de maux liés au développement d'une vie sociale plus intense mais plus anxiogène (perte d'appétit, vertiges, ennui, hypocondrie). Ils s'emparent là d'une notion médicale nouvelle qu'ils contribuent à développer et à transformer. Les correspondances suggèrent aussi que la naissance et le développement de la psychanalyse ont pu être favorisés par la croissance du discours psychologique omniprésent et sans cesse plus élaboré dans les correspondances des malades du XIXe siècle. Plus que des révélateurs d'une quelconque culture médicale, les correspondances, et plus largement les échanges entre médecins et malades, seraient bien des laboratoires dans lesquels se construirait en partie la notion de maladie.

Ces trois approches en termes de conflit, de négociation puis de collaboration ne s'excluent pas l'une l'autre pas plus qu'elle ne correspondent à des périodes bien tranchées de la recherche historique. Pourtant, le glissement de l'un à l'autre dit bien que les questions des historiens sont avant tout dépendantes de l'époque dans laquelle ils vivent plus que de celles qu'ils étudient

Ainsi, à la fin du 18^e siècle, on trouve une vision des malades comme étant du côté de l'obscurantisme, des préjugés, du manque d'hygiène : la relation médecin-malade est alors représentée comme une opposition de l'individu malade aux Lumières, comme une lutte des Lumières contre l'obscurantisme. L'interprétation de la relation médecin-malade se joue donc dans les rapports qu'entretiennent le peuple et les médecins ; elle consiste à décrire la médicalisation comme étant une opération de déculturation de la culture populaire (voir M ; Foucault, Surveiller et Punir). Puis on assiste à l'émergence de l'autonomie du malade, surtout par l'étude des correspondances qui démontrent une véritable obsession pour la maladie ; on n'est pas passé directement de l'indifférence à l'attention. Par le recours des malades à des intermédiaires, la maladie se vit de manière collective. On assiste à une laïcisation de l'analyse de la maladie et à une interprétation de la maladie par l'analyse de la somatisation due aux éléments du changement social et culturel. Aujourd'hui, on insiste sur le dialogue et l'interaction malade-médecin. Les conditions du dialogue sont assez égalitaires. Le développement des conditions libérales de l'exercice de la médecine donnent au malade le choix du médecin, et renversent ainsi le rapport de dépendance du malade au médecin.

Du fait de contraintes horaires, une discussion générale concernant ces interventions ne put avoir lieu.

Rappel des colloques à venir :

Le 01/04/04 : « Le vieillissement » avec intervention de Mme C. PERROTIN, Mr J. GAUCHET, Mr Y. MATILLON.

Le 29/04/04 : « La représentation des risques en santé » avec intervention de Mr M. BANENS, Mr Ch. DUMONTET, Mr LAMURE.

ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE SUR LE THEME : « LA RELATION MEDECIN-PATIENT »

Bibliographie élaborée à l'aide de données aimablement fournies par M-F. CALLU, IFROSS, et N. MOUMJID, GRESAC.

Bibliographie relation médecin-patient.

Ouvrages

Sciences humaines et soins : manuel à l'usage des professions de santé, Ali Aït Abdelmalek, Jean-Louis Gérard, 2e éd., Paris, Masson, 2001.

Droit de la santé : textes juridiques, François Alla, Bruno Py, Paris, Presses universitaires de France, Coll. Que sais-je? 3215, 1997

Accompagner un enfant en fin de vie : hôpital ou domicile ? Fondation de France, Association François-Xavier Bagnoud en coll. Alain Bercovitz, Marie-Pascale Limagne, Angélique Sentilhes, Rennes, Ed. de l'Ecole nationale de la santé publique, 2001.

Économie de la santé, Ariel Beresniak, Gérard Duru, coll. de Jean-Paul Auray, Robert Fonteneau, Michel Lamure, 5e éd., Paris, Masson, 2001.

La communication entre soignant-soigné : repères et pratiques, Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre, Rosny-ss-Bois, Bréal, 2003.

Les critères de qualité de la relation médecin-patient définis et perçus par les médecins généralistes à l'aide de la méthode focus group, Bornet-Sarassat Laetitia, Moreau Alain, Université Claude Bernard Lyon, Coll. Thèses médecins Lyon1, 2002.

Responsabilité médicale : droits des malades 2002, Angelo Castelletta, Paris, Dalloz, Coll. Dalloz référence, 2002. "Droits des patients, obligation de donner des soins, secret professionnel, devoir d'information, responsabilité fondée sur la faute, données acquises de la science, obligation de moyens, de résultat, aléa thérapeutique, responsabilité des établissements de santé, indemnisation des victimes, préjudice, perte de chance, recours des tiers payeurs"

Relation médecin-patient, accès aux soins et CMU: enjeux éthiques, juridiques et économiques, C. Célinain, A. Bouteille, G. Moutel, J-P. Pichon, C. Hervé, Février 2000.

La relation médecin patient : l'énigme de la relation au coeur de la médecine Auteur(s) Léon Chertok Éditeur Le Plessis-Robinson : Institut d'édition Sanofi-Synthélabo, Paris, Collection Les empêcheurs de penser en rond, 2000.

La relation entre le patient et le médecin: évolution de la communication des informations médicales du cancer au Sida, Combe Escard, Sylvie Combe, Coll. Thèses Médecine Lyon1, 1998.

L'enfant malade et le monde médical : dialogue entre familles et soignants, ss dir. Jon Cook et Jean-Paul Dommergues, Paris, Syros, Cool. Enfance et sociétés, 1993.

Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins, ss dir. de Jacques Cosnier, Michèle Grosjean et Michèle Lacoste, Lyon, Presses universitaires de Lyon, Coll. Ethologie et psychologie des communications, 1993.

Le droit de la santé, Jean-Michel De Forges, 5e éd. Refondue, Paris, Presses universitaires de France, Coll. Que sais-je? 2308, 2004.

L'instant de dire : le mythe individuel du malade dans la médecine moderne, Marie-José Del Volgo, préf. de Roland Gori, Ramonville-Saint-Agne, Érès, Coll. Actualité de la psychanalyse, 1997.

La douleur du malade : clinique, psychanalyse et médecine, Marie-José Del Volgo, Ramonville Saint-Agne, Coll. Actualité de la psychanalyse, Érès, 2003.

Dire la vérité au malade, Delaporte Christine, Ed. Odile Jacob, 2001.

Le droit de la santé, André Demichel, Bordeaux, Les Études hospitalières, 1998.

Le secret médical, André Demichel, préf. de Jean-Marie Clément, Bordeaux, les Études hospitalières , 2001

Pratique de la responsabilité médicale, Gilles Devers, Eska, 1999.

L'hôpital a oublié l'homme, Jean-Michel Dubernard, Paris, Plon, 1997.

Entendre les mots qui disent les maux : les sources oubliées de notre langage, Christian Dufour, médecin généraliste, préf. de Jacques Salomé, Paris : Ed. du Dauphin , 2000.

La faute médicale à l'hôpital: analyse commentée de la jurisprudence par un médecin, Duguet Anne-Marie, Berger-Levrault, 2000.

L'information aux patients-les tensions éthiques entre la déontologie, le droit et la pratique, C. Dumontier, J-P. Méningaud, C. Hervé, Novembre 2000.

L'information médicale du patient: règles et recommandations, Dupont Marc, Fourcade Alexandra, Ed. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Doin, 2000.

L'information médicale: information du patient et information sur le patient, Dupuy Olivier, Sureau Claude, Les études hospitalières, coll. Tout savoir sur, 2002.

L'information du patient: du consentement éclairé à la décision partagée, Durand-Zaleski Isabelle, Institut d'études des politiques de santé, Ed. Flammarion Médecine-sciences, Coll. Les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé, 1999.

- Le médecin, le patient et le droit*, Rennes, Ed. de l'école nationale de la santé publique, 1999.
- Les droits des usagers du système de santé*, Claude Evin, Paris, Berger-Levrault, Coll. Santé, méthodes et pratiques, 2002.
- Médicament et société: le patient, le médecin et l'ordonnance*, Fainzang Sylvie, PUF, Coll. Ethnologies-controverses, 2001.
- Médecine scientifique, médecine soignante*, Froment Alain, Edition des archives contemporaines, Coll. Une pensée d'avance, 2001.
- Urgence, médecine et droit*, Actes du colloque Paris, 3 décembre 1999, Garay Alain, Pellaux Patrick, Edition de L' Ecole Nationale de Santé Publique, 2001.
- L'espace thérapeutique : cadres et contextes*, ss dir. Michèle Grossen et Anne-Nelly Perret, Clermont Éditeur Lausanne, Delachaux, 2001.
- Médecine et éthique : le devoir d'humanité*, Emmanuel Hirsch, Paris, Éd. du Cerf, Collection Recherches morales, 1990.
- Le droit médical: aspects juridiques de la relation médecin-patient*, Leleu Yves-Henri, De Boeck Université, 2001.
- Le médecin et sa rencontre avec le patient VIH: une relation qui questionne l'identité professionnelle.*
Nathalie Mechin ss dir. Jacqueline Barus Michel, These : Psychologie clinique. Paris VII, 1997.
- La relation d'agence médecin-patient : expérimentation d'un outil de révélation des préférences des patients*
Nora Moumjid-Ferdjaoui, ss. dir. Pierre Garrouste, Thèse doctorat : Sciences économiques Lyon 2, 2000.
- Les droits des patients: enjeux et limites. Analyse de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Incidences médicales et conséquences sur la relation médecin-patient*; Moutel G., Lièvre A., Hervé C., 2002.
- La communication médicale*, Michel Ogrizek, Jean-Michel Guillery, Christiane Mirabaud, Paris, Presses universitaires de France, Coll. Que sais-je? 3094, 1996.
- La sécurité des patients à l'hôpital : recueil des principaux textes*, François Ponchon, Paris, Berger-Levrault, 2000.
- Le médecin, le patient et sa douleur*, P. Queneau, G. Ostermann, coll. P. Grandmottet, J.-M. Mantz, J. Paccalin, F. Paille, Paris, Masson, 1993.
- Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse : angoisse, culpabilité, souffrances, régressions*, Michel Renault, Paris, l'Harmattan, 2002.

Formation à la relation soignant-soigné ss. dir. de Michel Sapir Éditeur Grenoble : Ed. La Pensée sauvage, Collection Corps et psychisme, 1989.

Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité, Claude Schneider-Bunner, Paris, Économica, Coll. Approfondissement de la connaissance économique, 1997.

Pratique de la responsabilité hospitalière publique: les responsabilités dans les établissements publics hospitaliers, Thouroude J-J., l'Harmattan, 2000.

Introduction aux sciences humaines en médecine, Bertrand de Toffol et Philippe Bagros, coll. de A. Bargès, Cl. Bensaïah, Ph. Bertrand, 2^e ed. Paris, Ellipses, Coll. Sciences humaines en médecine, 2001.

Le risque annoncé de la pratique chirurgicale: complications, dommages, responsabilités, indemnisation, Vayre Pierre, Springer, 2003

Responsabilité du médecin, Welsch Sylvie, Litec, Ed. Juris-Classeur, 2003.

Les relations juridiques entre les praticiens de santé, les cliniques privées et les patients, Michel-Xiste Barbara, Les Etudes hospitalières, 2001.

Le nouveau droit des malades: droits des malades et indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques, loi du 4 mars 2002: actes de la journée d'études des Editions du Juris-Classeur, Litec, 2002.

Loi du 4 mars 2002: continuité ou nouveauté en droit médical? Ed. CEPRISCA, diff. PUF, 2003.

Indications bibliographiques concernant l'intervention de N. MOUMJID (GRESAC) :

Blomqvist A. "The doctor as a double agent : Information asymmetry, health insurance, and medical care". *Journal of Health Economics* ; 1991, 10 : 411-432.

Charles C., Gafni A., Whelan T. "Shared decision-making in the medical encounter : what does it mean? (or it takes at least two to tango)". *Social Science and Medicine*. Mar. 1997 ; 44(5) : 681-92.

Charles C., Gafni A., Whelan T. "Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared treatment decision-making model". *Social Science and Medicine*. Sep. 1999 (a) ; 49(5) : 651-61.

Coulter A. *Partnerships with patients : the pros and cons of shared clinical decision-making*. *J Health Serv Res Policy* 1997;2: 112-21.

Elwyn GJ, Edwards AGK, Kinnersley P. *Shared decision-making in primary care : the neglected second half of the consultation*. Br J Gen Pract 1999;49: 477-82.

Emanuel E, Emanuel LL. *Four models of the physician-patient relationship*. JAMA 1992; 267: 2221-26.

Gafni A., Charles C., Whelan T. "The physician-patient encounter : the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model". *Social Science and Medicine*. Aug. 1998 ; 47(3) : 347-354.

Rochaix L. "Asymétries informationnelles et comportement médical". *Doctorat de Sciences Economiques*. Déc. 1986.

Ryan M. "Theory of Agency in health care : lessons from non-economists for economists". *Discussion paper*, Health Economics Research Unit, University of Aberdeen. Mar. 1992.

Whelan T, Sawka C, Levine M, Gafni A, Reyno L, Willan A et al. "Helping patients make informed choices: a randomized trial of a decision aid for adjuvant chemotherapy in lymph node-negative breast cancer". *J Natl Cancer Inst*. 2003 Apr 16;95(8):581-7.

Indications bibliographiques concernant les interventions de B. CAMHI et M. GIRER (IFROSS) :

Ouvrages

Casteletta Angelo, Responsabilité médicale, droits des malades , *Dalloz*, 2002.

Clement J-C., Droit des malades. Les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier , *Les études hospitalières*, mai 2002 .

Lemaire F., Rameix S., Nouveaux droits des patients , *Flammarion, Médecine-sciences*, août 2002.

Ponchon F., Les droits des patients, *MB Formation*, Collection Droit : mode d'emploi, octobre 2002.

Articles

Andre S., « De nouveaux droits pour les malades », *ASH* 2002, n° 2262-2263 et n° 2264 p. 37 et p. 23.

Bellivier F., Rochefeld J., « Droits des malades, qualité du système de santé , loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 », *RTD Civ* 2002, p. 574.

Catz J., « Vers une médecine plus humaine », *Responsabilité*, juin 2002, n° 6, p. 24.

Cormier M ;, « Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002 », *ADSP* n° 40, septembre 2002, p. 6.

De Cesseau J ;, « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ou la paralysie programmée de l'activité médicale au grand dommage des patients », *GP 9/11* mai 2002, libre propos, p. 12 .

Deguergue M ;, « Droits des malades et qualité du système de santé », *AJDA* 2002, p. 508.

Dorsner-Dolivet A., « La divulgation des tests génétiques », *Revue générale de droit médical*, 2002, n°8, pp. 47-53.

Dorsner-Dolivet A., « Le consentement au traitement médical : une liberté fondamentale en demi-teinte », *RFDA*, mai-juin 2003, pp. 528-535

Dreifuss-Netter F ;, « Feue la responsabilité civile contractuelle du médecin ? », *Responsabilité civile et assurances*, octobre 2002, p. 4.

Esper C., « la loi du 4 mars 2002 affirme une nouvelle relation médecin-malade », Regards de la FHP, *Revue de la Fédération de l'Hospitalisation Privée*, n° 6, mai 2002, p. 36.

Floury Y ;, « Rapport de synthèse du colloque 'Sommes-nous propriétaires de notre santé ?' », *Colloque de l'association nationale des droits des patients*, Palais du Sénat, Paris, 12 avril 2002, GP 15/17 octobre 2002, numéro spécial droit de la santé, colloque, p. 47.

Garay A ;, « La sauvegarde judiciaire de la liberté du malade : nouveau paradigme des relations médecin-malade en France ? », *Gazette du Palais*, 2003, 14-15 février, Doct., pp. 20-24.

Garay A., « Volontés et libertés dans la relation médecin-malade : la mise à l'épreuve des articles 16-3 du Code Civil et L. 1111-4 du Code de la santé publique », *Revue générale de droit médical*, 2003, n010, pp. 143-165.

Genot-Pok I., « Minorité, hospitalisation et soins », *Actualités JuriSanté*, décembre 2001-janvier 2002, n° 34-36, p. 17.

Gombaud N., « L'indemnisation des accidents médicaux », *Responsabilité*, juin 2002, n° 6, p. 33.

Hauser J., « Le consentement aux soins des majeurs protégés », *Petites affiches*, 19 mars 2002, n° 56, p. 4.

Hoerny B., « Evolution de la pratique des médecins et de leurs relations avec les patients », *Regards de la FHP*, juin-juillet 2002, n°7, p. 19.

Jacotot David, « Vers des actes conformes aux données incertaines de la science », *La lettre*, novembre 2003.

Jonas C. « La loi du 4 mars 2002 et la pratique médicale quotidienne : apports et incertitudes », *Médecine et droit*, 2002, n°56, p. 1.

Kolf Ph., « Médecine fœtale, échographie, obstétricale et la loi du 4 mars 2002 », *Regards de la FHP*, n° 6, mai 2002, p. 46.

Lachaud Y., « Le droit au refus de soins après la loi du 4 mars 2002 : premières décisions de la juridiction administrative », *GP 15/17* décembre 2002, n° spécial loi du 4 mars 2002, p. 19.

Lamar M-J., « Aléa thérapeutique : vers une meilleure réparation », *Médecine et droit* 2002, n° 54, p. 7.

Lambert-Faivre Y. ;, « La loi n) 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. I- La solidarité envers les personnes handicapées », *Dalloz* 2002, Doctrine, p. 1217.

Laude A., « Le consommateur de soins », *Dalloz*, 2000, Chron., pp. 415-419.

Le Baut-Ferrarese, « La Cour européenne des droits de l'homme et les droits du malade : la consécration par l'arrêt Pretty du droit au refus de soin », *CEDH*, 29/04/2002, Pretty/Royaume-Uni, *AJDA*, 28 juillet 2003, pp. 1383-1388.

Leca A., « L'indemnisation de l'aléa thérapeutique dans le système mis en place par la loi du 4 mars 2002 et ses premières applications : de la mise en œuvre de la responsabilité civile au droit à l'indemnisation », *RRJ* 2002, p. 1289.

Malaurie Ph., « Handicap de l'enfant : un droit désemparé. A propos de l'avis du Conseil d'Etat du 6 décembre 2002 », *JCP ed G* 2003, I, 110.

Mathieu B., « Les droits des personnes malades », *Petites affiches*, n° spécial loi du 4 mars 2002, juin 2002, n° 122, p. 10.

May-Levin F., « Une participation accentuée des patients aux soins », *Actualité JuriSanté*, décembre 2001- janvier 2002, n° 34-36, p. 9.

Memeteau G., « La jurisprudence dite « Perruche » : fallait-il légiférer ? », *GP 16/17* octobre 2002, n° spécial droit de la santé, doctrine, p. 3.

Mistretta P. ;, « La loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale. Premiers correctifs de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 », *JCP ed. G* 2003, actualité n° 57, p. 165.

Moquet-Anger M-L., « Le droit des personnes hospitalisées », *RDSS* 2002, n° 4, p. 657.

Pariante A., « Le refus de soins : réflexions sur un droit en construction », *Revue de droit public*, 2003, n05, Chronique administrative, pp. 1419-1447.

Pedrot Ph., Nicolas G., « Les personnes malades- Actualité juridique », *RDSS* 2002, p. 351.

Rameix S ; « Information et consentement des patients : du paternalisme à l'autonomie ? », *Actualités JuriSanté*, juin 2002, n° 37, p. 11.

Sabek Marc, Les responsabilités du chirurgien-Dentiste, Les études Hospitalières, 2003.

Segui S., « La difficile conciliation du secret médical et des intérêts de l'assureur », *Gestions hospitalières*, mars 2002, p. 211.

Thouvenin D ; « pourquoi une loi relative aux droits des malades a-t-elle paru nécessaire ? », *Revue hospitalière de France*, juillet-août 2002, p. 2.

Vayre P., « Incidences pratiques de la loi du 4 mars 2002 sur l'expertise technique concernant les accidents médicaux, les affections iatrogènes et les infections nosocomiales », *Petites Affiches*, n° spécial loi du 4 mars 2002, juin 2002, n° 122, p. 87.

Vialla F., « Responsabilité du fait des infections nosocomiales. Bilan et perspective après la loi du 4 mars 2002 », *Regards de la FHP*, Revue de la fédération de l'hospitalisation privée, n° 7, juin-juillet 2002, p. 27.

Textes

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, JO du 5 mars 2002, n° 54, p. 4118.

- Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, JO du 31 décembre 2002, n° 304, p. 22100.

-Ordonnance n° 2003-166 du 27 février 2003 prise pour l'application outre-mer de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO du 1^{er} mars 2003, n° 51, p ; 3653.

- Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L ;1142-1 du code de la santé publique, JO n° 81 du 5 avril 2003, p. 6114.

- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.111-7 et L.112-1 CSP, JO du 30 avril 2002, n° 101, p. 7790.

- Décret n° 2002-3639 du 29 avril 2002 relatif à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et du Comité technique national de prévention institué par les articles L.1417-3 et L.1417-4 CSP, JO du 30 avril 2002, n° 101, p. 7795.

- Décret n° 2002-886 du 3 mai 2002 relatif aux Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévues à l'article L.1142-5 CSP, JO du 7 mai 2002, n° 106, p. 9025.

- Décret n° 2002-1387 du 27 novembre 2002, relatif au Conseil national consultatif des personnes handicapées, JO du 28 novembre 2002, n° 277, p. 19605

ADRESSES MAIL DES PARTICIPANTS

BANTERLA-DADON I., Directeur d'hôpital, DU Philosophie du vivant Lyon 3.
isabelle.banterla@chu-lyon.fr

CALLU M-F., IFROSS Lyon 3.
Marie-France.callu@univ-lyon3.fr

C. CAMHI, IFROSS Lyon 3, et CIFRE GRESAC Centre Léon Bérard.
bbcamlh@free.fr et camhi@lyon.fnclcc.fr

CARRERE M-O., Professeur Lyon 1, Economie, et Responsable de l'équipe «Economie de la santé » au Centre L. Bérard (GRESAC/CNRS).
carrere@lyon.fnclcc.fr

COMMERCON N., Directeur de recherche CNRS, UMR 5600 « Environnement, ville et société », Lyon 3.
nicole.commercon@ish-lyon.cnrs.fr

DELANOE C., Responsable culturel Ferme du Vinatier.
carine.delanoe@ch-le-vinatier.fr

DESSERTINE D., Ingénieur recherche CNRS, LARHA (RESA EMIS).
Dominique.dessertine@ish-lyon.cnrs.fr

DUEZ B., Professeur Lyon 2, Psychopathologie et psychologie clinique.
bernard.duez@univ-lyon2.fr

DUMONTET C., CS Lyon 1.
charles.dumontet@chu-lyon.fr

FAURE O., Professeur Lyon 3, Histoire, UMR 5190 "Exclusion, médecine et intégration sociale".
faureoliv@univ-lyon3.fr

FIERS-DIDELLOT M-M., Ingénieur INSERM.
fiers@cervi-lyon.inserm.fr

GAUCHER J., Professeur Lyon 2, Psychologie de la santé et du développement.
jacques.gaucher@univ-lyon2.fr

M. GIRER, ATER IFROSS en Droit Privé, Lyon 3.
marion@girer.com

GROS G., Chirurgien-dentiste conseil en MSA Orne-Sarthe, Référent santé publique (caisse centrale du MSA), DU Philosophie du vivant Lyon 3.
gros.gilles@orne-sarthe.msa.fr

LANNE J-C., Professeur Responsable section de Russe, Lyon 3.
jeanclaude.lanne@9online.fr

MARCEL O., Professeur Philosophie Lyon 3.

Odile.marcel@wanadoo.fr

MATTIUSSI L., Professeur Littérature comparée Lyon 3, attaché au groupe MARGE (Recherche en littérature).

Laurent.mattiussi@wanadoo.fr

MOUMJID-FERDJAOUI N., Economiste Lyon 1 (GRESAC Centre Léon Bérard).

ferdjaou@lyon.fnclcc.fr

MVONE-NDONG S-P., Doctorant Philosophie Lyon 3 (ss dir. J-J. Wunenburger).

simon.mvone@voilà.fr

PARROCHIA D., Professeur Philosophie des sciences Lyon 3, Directeur centre de recherche philosophique Lyon 3.

daniel.parrochia@wanadoo.fr

PERROTIN C., Responsable du Centre Interdisciplinaire d’Ethique, université Catholique Lyon.

cie@univ-catholyon.fr

SEGERIE R., Doctorante en linguistique et études arabes Lyon 3 CRITIC (ss dir. G. Gobillot).

nicolas.segerie@wanadoo.fr

VON BUELTZINGSLOEWEN I., Maître de conférence Histoire contemporaine Lyon 2, LARHRA.

isavonb@club-internet.fr

WUNENBURGER J-J., Vice Président recherche Lyon 3, Philosophie.

jean-jacques.wunenburger@wanadoo.fr