



Synthèse

La judiciarisation de la santé

Anne Laude
Jessica Pariente
Didier Tabuteau

Décembre 2011

Institut Droit et Santé
Université Paris Descartes

Le présent document constitue la synthèse du rapport scientifique d'une recherche financée par le GIP Mission de recherche Droit & Justice. Son contenu n'engage que la responsabilité de ses auteurs. Toute reproduction, même partielle, est subordonnée à l'accord de la Mission.

Compte tenu des enjeux de société liés au phénomène de « *judiciarisation* », l'Institut droit et santé (IDS) a souhaité contribuer au débat actuel et analyser plus spécifiquement le phénomène de judiciarisation de la santé. Le sens conféré par les auteurs de la recherche au terme de judiciarisation renvoie à deux mouvements. D'une part, il se réfère à une « *pression juridictionnelle* », exprimant l'idée d'une tension éprouvée par les professionnels de santé à l'égard des décisions de justice. D'autre part, le terme de judiciarisation se réfère à l'idée d'une « *pression conflictuelle* », qui renvoie à la tension globale qui pèse sur les professionnels de santé, qu'elle soit résolue à l'amiable ou au contentieux. En effet, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a institué un mode de règlement amiable des litiges, *via* les CRCI, couplé à l'indemnisation des accidents médicaux, infections nosocomiales et affections iatrogènes au titre de la solidarité nationale par l'ONIAM.¹ Les dispositions résultant de la loi du 4 mars 2002 imposent pour l'analyse des conflits entre professionnel de santé et patient de ne pas adopter le seul prisme du contentieux. La période de référence choisie, et qui s'étend sur la décennie 1999-2009, permet de disposer de données récentes et vise à qualifier les évolutions respectives des pressions conflictuelles et juridictionnelles, en mesurant l'impact des dispositions issues de la loi du 4 mars 2002. Les conclusions de l'analyse des bases de données ne se restreignent toutefois pas à l'appréciation de la répartition entre mode de règlement amiable et mode de règlement juridictionnel, mais apportent également un éclairage sur les évolutions internes à chaque contentieux.

L'approche statistique menée dans le cadre de cette recherche a pour objet de servir quatre axes prioritaires de recherche, à savoir :

- L'évolution du nombre de demandes en réparation contentieuses ou amiables, de décisions rendues et de condamnations dirigées contre des professionnels et établissements de santé.
- L'évolution de la « *pression conflictuelle* » à laquelle sont exposées les professions et équipes techniques au regard des autres professions.
- La nature des spécialités, des actes et des causes de dommages donnant lieu à une indemnisation.
- L'évolution du montant des indemnités allouées au titre de la réparation des accidents médicaux.

¹ Article L. 1142-1 II du Code de la santé publique.

Si une abondante doctrine pose le constat de la judiciarisation de la santé, l'analyse souffrait du manque de statistiques objectives sur des données relatives au nombre de requêtes déposées devant les juridictions, au nombre de décisions et de condamnations, comme aux professions les plus exposées, ou au montant indemnitaire alloué. Cette recherche se propose de répondre à cette attente statistique en menant l'analyse du cadre de la judiciarisation à partir de bases de données construites à dessein.

La recherche menée présente des statistiques globales et objectives en vue de quantifier la pression conflictuelle des professionnels de santé. Pour cette raison, elle a été réalisée à partir de l'analyse des décisions de justice recueillies auprès des juridictions administratives, des cours d'appel et de la Cour de cassation, de données globales transmises par le Ministère de la justice et relatives à l'activité des TGI et des juridictions disciplinaires². L'analyse de l'activité des juridictions en matière de responsabilité des professionnels de santé est couplée à l'analyse des données de l'ONIAM, des assureurs des professionnels et établissements de santé³, de l'AP-HP et du Médiateur de la République. Les bases de données constituées par l'IDS à cet effet ont été croisées entre elles et à d'autres sources pour enrichir l'analyse (INSEE⁴, DREES⁵ notamment).

La méthodologie employée afin de construire les bases de données s'est essentiellement appuyée sur le recueil des données concernées. A cette fin, des membres de l'IDS se sont en premier lieu déplacés au Centre de recherches et de diffusion juridiques du Conseil d'Etat. Un travail de recueil de décisions de justice a été réalisé à partir de la base Ariane, qui regroupe toutes les décisions rendues par les tribunaux administratifs (TA), cours administratives d'appel (CAA) et le Conseil d'Etat (CE) pour la période 1999-2009. La méthode de recherche est une méthode plein texte, par mots-clés : « responsabilité » + « nature de l'acte/spécialiste », d'abord pour tous les TA, puis pour toutes les CAA et enfin pour le CE. Cette méthode a permis de recueillir et d'examiner 21 483 décisions administratives rendues entre 1999 et 2009. Toutes n'ont pas été considérées comme pertinentes et enregistrées dans les bases de données : entre doublons, hors-sujet et hors période d'étude, ce sont au final plus

² Juridictions relatives aux médecins (CNOM) et aux chirurgiens-dentistes (CNOCD).

³ Sou médical-Groupe MACSF, SHAM, ORM.

⁴ Institut national de la statistique et des études économiques.

⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

de 7 000 décisions qui ont été retenues pour figurer dans les bases IDS relatives au contentieux administratif.

En deuxième lieu, des membres de l'IDS se sont rendus au Service de documentation et d'études de la Cour de cassation. Un travail de recueil des décisions de justice a été réalisé à partir des bases Jurica et Jurinet. La base Jurica regroupe les décisions des cours d'appel (CA) pour la période 2006-2009. Il convient de noter que l'alimentation de la base Jurica relève de l'initiative des juridictions et que son degré d'exhaustivité s'est amélioré entre 2006 et 2009. Une méthode similaire à celle employée pour effectuer les recherches au Conseil d'Etat a été utilisée. Elle a permis de recueillir 26 789 décisions de cours d'appel rendues entre 2006 et 2009. Après extraction des doublons par un logiciel spécifique, 13 135 décisions ont été examinées. Après exclusion des décisions hors champ de la responsabilité des professionnels de santé et hors période d'étude, ce sont près de 1 000 décisions qui ont été retenues pour figurer dans les bases IDS relatives au contentieux des cours d'appel. Enfin, s'agissant de la Cour de cassation, les décisions recueillies couvrent la période 1999-2009 et ont été collectées selon une méthodologie similaire. Après exclusion des décisions hors champ et hors période retenus, près de 300 décisions de la Haute juridiction ont été retenues pour figurer dans les bases IDS.

En troisième lieu, des déplacements ont également été effectués à l'ONIAM afin de consulter les dossiers clos et indemnisés à plus de 15 000 euros⁶ entre 2003 et 2005. La liste des dossiers pertinents pour la recherche a été identifiée grâce au logiciel LegalSuite. 248 numéros de dossiers sont apparus : parmi ceux-ci ont été recensés des doublons, des dossiers hors champ (inférieur à 15 000 euros et/ou non clos au 31 décembre 2005), et un certain nombre de dossiers auxquels il n'a pas été possible d'avoir accès, notamment parce qu'ils étaient détenus par les CRCI. Ce sont donc près de 100 dossiers qui constituent la base IDS ONIAM, pour la période 2004-2005 (aucune indemnisation en 2003).

Enfin, un travail a été réalisé à l'AP-HP, sur la base interne de l'établissement, à partir des dossiers clos entre 1999 et 2005 et indemnisés à plus de 15 000 euros⁷. Pour la période, près de 200 indemnisations ont été retenues. Pour l'AP-HP, l'ONIAM et les assureurs, les données

⁶ Ce seuil est retenu dans un souci d'harmonisation avec la base ORM, qui regroupe les dossiers clos entre 2006 et 2009 dont l'indemnisation est supérieure ou égale à 15 000 euros.

⁷ Ce seuil est retenu dans un souci d'harmonisation avec la base ORM, qui regroupe les dossiers clos entre 2006 et 2009 dont l'indemnisation est supérieure ou égale à 15 000 euros.

relatives aux indemnisations définitives sur la période 2006-2009 sont disponibles auprès de l'Observatoire des risques médicaux (ORM).

Dans le contexte d'une année 2011 placée sous le signe du patient et de ses droits, et près de dix ans après l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, il a semblé opportun de dresser un état des lieux de l'évolution des litiges en la matière, en s'intéressant aux litiges contentieux et aux litiges amiables depuis 1999. Alors que des bilans et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 voient le jour, il a semblé particulièrement pertinent de se demander si et comment la loi avait pu influencer sur les comportements des requérants au regard des voies d'action possibles. Comment s'équilibre le rapport entre les procédures amiables et judiciaires depuis 1999 ? La judiciarisation de la santé est-elle un phénomène avéré ?

Dans une *première partie*, une approche statistique des litiges liés aux activités des professionnels de santé a été menée. Les données recueillies près les juridictions ont été utilisées aux fins de pouvoir apprécier dans la mesure du possible l'évolution du nombre de requêtes, de décisions et de condamnations sur la période de référence, et de les confronter à l'ensemble de l'activité de soins (admissions en établissement public et privé, actes réalisés par des professionnels libéraux). Dans cette perspective, quatre bases ont été analysées : les bases relatives au contentieux administratif, les bases relatives au contentieux judiciaire (civil et pénal), les bases relatives au contentieux disciplinaire des médecins et des chirurgiens-dentistes, et les bases des acteurs de l'indemnisation (Sou médical-Groupe MACSF, SHAM, ONIAM, ORM). L'étude de ces bases a permis de dresser un état des lieux des litiges liés aux activités des professionnels de santé. Elles ont ensuite été croisées entre elles afin notamment de pouvoir mesurer l'évolution des rapports entre voie amiable et voie contentieuse.

Nombre de requêtes, nombre de décisions et nombre de condamnations

L'approche la plus directe du contentieux des établissements publics de santé a été faite tout d'abord par le nombre de requêtes enregistrées auprès des greffes. Les tribunaux sont saisis de demandes au fond mais aussi fréquemment, et concurremment, de demandes en référé. Pour la base IDS TA, les contentieux analysés dans le cadre de la recherche correspondent à des litiges jugés sur la période 1999-2009. De ce fait, la base de données ne comprend pas la

totalité des requêtes enregistrées jusqu'en 2009, mais uniquement celles qui ont donné lieu à une décision avant le 31 décembre 2009. Toutefois, s'agissant des référés, le délai moyen s'écoulant entre la date d'enregistrement de la requête et l'ordonnance de référé ordonnant une expertise, accordant une provision ou rejetant la demande, est, au vu de la base IDS TA, de trois mois, alors qu'elle s'élève en moyenne à deux ans et demi pour les demandes au fond. On peut donc supposer que la base de données IDS recense toutes les demandes en référé déposées jusqu'en 2008, puisqu'au vu du bref délai de justice entre la demande en référé et l'ordonnance de référé, il aura été statué sur ces demandes avant le 31 décembre 2009.

En matière civile, les données transmises par le Pôle d'évaluation de la justice civile du Ministère de la Justice font état du nombre d'affaires nouvelles introduites pour des dommages causés par l'activité médicale ou paramédicale, indépendamment de la date de décision. Les données sont donc exhaustives jusqu'en 2009. Pour les deux juridictions, le nombre de demandes en référé a constitué le point de départ de l'analyse en ce qu'il est un indicateur pertinent de la pression à laquelle sont soumis les professionnels de santé. Il a ensuite été complété par l'analyse du nombre de décisions rendues, puis par le nombre de condamnations prononcées par les juges civil et administratif. Des courbes de tendance ont été réalisées, en prenant comme référence pour la mesure d'un taux d'évolution le nombre de demandes en référé, l'année 1999, puis l'année 2003 afin de pouvoir identifier d'éventuels effets des dispositions de la loi du 4 mars 2002 sur le taux d'évolution du nombre de demandes contentieuses. Les mêmes références ont été retenues à propos du nombre de décisions rendues au fond.

Les données contentieuses ne peuvent être appréciées sans être rapprochées des évolutions de l'activité de soins. Cette activité ne se mesure pas aisément. L'indicateur le plus synthétique paraît être, pour le contentieux hospitalier, le nombre d'admissions au sein des établissements. Les bases Eco-santé, disponibles en libre accès, ont permis de disposer de données relatives à la consommation de soins. Pour la base IDS TA, qui regroupe le contentieux des établissements publics de santé, le choix a été fait de mettre en rapport le nombre global d'admissions en hôpital public, avec l'ensemble des contentieux, puis de tenter d'affiner l'analyse par activité médicale. Cette approche s'appuie sur les données d'Eco-Santé qui enregistre le nombre d'admissions des établissements de santé, en identifiant les grandes catégories d'activités, le champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation, et les soins de longue durée. La même comparaison a été

réalisée avec les données des TGI, en prenant pour donnée référente le nombre d'admissions en établissements de santé privés. Toutefois, compte tenu du fait que les seules données dont l'IDS disposait étaient des données globales de l'évolution du contentieux des TGI, il a été impossible de procéder à l'analyse de cette évolution par type de service hospitalier. Une autre comparaison a pu être faite en prenant en référence non les admissions en établissements mais l'activité en cabinet, appréciée par le cumul du nombre de consultations (en cabinet), et du nombre de visites (à domicile), sous la catégorie « Actes » (par opposition au terme « Admissions » qui renvoie exclusivement aux admissions en établissement).

L'analyse des données issues du contentieux pénal résulte de cinq bases de données : la base ORM, qui regroupe l'ensemble des acteurs de l'indemnisation entre 2006 et 2009, la base SHAM⁸, la base Sou médical-Groupe MACSF, la base IDS CA pénal (2006-2009) la base IDS Cassation pénal (1999-2009). L'absence de données des tribunaux correctionnels vient de la difficulté à isoler les affaires de responsabilité des professionnels de santé de l'ensemble des affaires liées au grief d'homicides et blessures involontaires. Au vu de la faiblesse du contentieux pénal, il n'a pas paru opportun de le mettre en perspective avec l'activité de soins, d'autant plus qu'il aurait été nécessaire de prendre en compte le nombre d'admissions en établissement public, en établissement privé, et le nombre d'actes de médecine de ville.

La dernière source de contentieux retenue dans cette recherche est celle des juridictions disciplinaires des médecins et des chirurgiens-dentistes. Plus précisément, le Conseil national de l'ordre des médecins a transmis à l'IDS des données relatives au nombre de plaintes sur la période 1999-2009 et au nombre de décisions rendues en matière disciplinaire (excluant donc les décisions rendues par les sections des assurances sociales) en première instance et en appel. Les données relatives au contentieux des chirurgiens-dentistes ne portent pas sur le nombre de plaintes mais précisément sur le nombre de faits de nature à justifier une sanction du juge disciplinaire, sans précision du stade de la procédure à laquelle la sanction a été prononcée (première instance ou appel). Disponibles au travers de publications du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, ces données couvrent la période 1999-2005. Dans un deuxième temps, les résultats des bases relatives aux médecins comme aux

⁸ Société hospitalière d'assurances mutuelles.

chirurgiens-dentistes ont été confrontés à la démographie professionnelle⁹ afin d'établir des taux d'exposition au risque contentieux.

Parallèlement à ces évolutions juridictionnelles, l'analyse a été menée sur la période 2003-2009, sur le nombre de demandes d'indemnisation et de conciliation adressées aux CRCI. Couplée à l'analyse de la base ONIAM, les données obtenues ont permis de mesurer l'intérêt suscité par le dispositif CRCI-ONIAM, créé par la loi du 4 mars 2002. S'agissant plus précisément de l'évolution entre procédures contentieuses et amiables, le constat a été fait d'évolutions notables au cours de la période de référence. Enfin, la répartition entre voie amiable et voie contentieuse a été analysée sous l'angle de la médiation, au travers de l'étude de l'action du Médiateur de la République entre 2006 et 2009.

Nature des spécialités/actes et causes de dommages donnant lieu à condamnation

Les spécialités/actes mis en cause constituent un des nœuds du débat sur la judiciarisation dans la mesure où les plaintes et condamnations dont font l'objet certaines spécialités peuvent infléchir directement la pratique de l'art et le comportement des acteurs du champ sanitaire. Les bases de données utilisées à cet effet sont les bases de données des contentieux administratif, civil, pénal, ainsi que la base ONIAM, la base AP-HP, la base ORM et la base Sou médical-Groupe MACSF.

La recherche a démontré certaines constantes vis-à-vis des spécialités/actes ayant fait l'objet d'une condamnation, indifféremment de la nature de la base. Parallèlement à la polarisation des condamnations autour de certaines activités, la récurrence de certaines causes de dommages a pu être observée. Par ailleurs, le lien entre certaines spécialités/actes et certaines causes de dommages a été mis en avant.

Evolution du montant indemnitaire

L'étude du montant indemnitaire pour le contentieux de première instance n'a été possible que pour les TA. Les bases ONIAM et ORM ont également pu être exploitées à ces fins. L'évolution du montant indemnitaire a été analysée en premier lieu dans sa globalité avant

⁹ Source : INSEE.

d'être abordée selon les spécialités/actes et les causes de dommages. Pour le contentieux d'appel, une étude comparée des montants indemnitaires alloués par les CAA et les cours d'appel statuant au civil a été menée.

Afin de pouvoir bénéficier d'un aperçu d'éventuelles disparités du montant alloué selon le mode de règlement des litiges, les indemnités issues des condamnations prononcées par les TA ont été confrontées aux indemnités issues de procédures exclusivement amiables (CRCI et hors CRCI) pour lesquelles l'ONIAM, l'AP-HP ou une compagnie d'assurance avaient eu à indemniser la victime.¹⁰ A ce titre, deux focales ont été réalisées, l'une sur le contentieux au sein de l'AP-HP, l'autre sur l'indemnisation des infections nosocomiales par les TA et par l'ONIAM.

Etude comparative

Le phénomène de « judiciarisation » ne peut être apprécié sans une démarche comparative. D'abord, sur un plan international. C'est en effet sur le terrain d'une « *dérive à l'américaine* » que s'étaient nombre de débats visant à dénoncer la pente dangereuse que semblait prendre la pratique de la médecine en France. Une comparaison avec le contentieux de la responsabilité médicale aux Etats-Unis est ainsi apparue intéressante, malgré les limites de l'analyse liées aux particularités processuelles que présente chacun des systèmes juridiques. Outre les complexités juridiques que sous-tend la composition fédérale de l'Etat, les difficultés logistiques sont nombreuses pour rassembler les données. C'est au *National Practitioner Data Bank* (ci-après NPDB), sous l'égide de l'administration fédérale compétente en matière sanitaire et sociale (*Department of health and human services*), qu'il revient de centraliser les données en la matière.¹¹ Les données disponibles sont donc celles afférentes aux dossiers/rapports parvenus au NPDB après un règlement amiable ou judiciaire. Plus précisément, ce sont les bilans transmis au NPDB par les organismes chargés de la réparation de l'accident médical qui constituent l'essentiel de la base de données utilisée dans le cadre de la recherche. Les rapports ont trait aux paiements à la suite de fautes médicales (*medical malpractice*), mais ils incluent également les actions contre des autorisations

¹⁰ L'échantillon de dossiers est relatif aux litiges survenus en établissement public et indemnisé à un seuil minimal de 15 000 €, afin de pouvoir comparer des données similaires.

¹¹ Le NPDB a été créé par le *Health care quality improvement Act* de 1986, lequel dispose que toute information relative aux événements indésirables en milieu de soins, et aux indemnisations qui en découlent, doivent être reportées dans le NPDB. En retour, l'administration doit mettre ces données à disposition des établissements de santé et des professionnels notamment.

d'exercice (*adverse licensure actions*), contre les membres de l'organisation professionnelle (*adverse professional society membership actions*), ou contre des autorisations de mise sur le marché (*adverse actions against DEA certification*), notamment. La base NPDB regroupe près de 200 000 règlements à la suite de fautes médicales, conclus entre 1999 et 2008 aux Etats-Unis.

En second lieu, l'étude comparative apporte un éclairage susceptible d'inscrire l'analyse de la « judiciarisation » de la santé dans une réflexion plus large sur la « judiciarisation » de la société française. Les données disponibles sur le contentieux civil des avocats ont permis de rechercher pour une profession présentant des points communs avec la médecine, si le phénomène de judiciarisation s'inscrit dans un mouvement plus large. Les données relatives au contentieux civil de la responsabilité professionnelle des avocats ont été obtenues auprès des deux principaux assureurs de la profession, soit AON France pour le Barreau de Paris et la Société de Courtage des Barreaux qui assure environ 20 000 professionnels en exercice auprès de 127 barreaux de province.

La *deuxième partie* de la recherche vise à présenter le cadre de la judiciarisation. En replaçant dans son contexte historique le phénomène de judiciarisation, le rapport permet de suivre d'une part l'évolution du droit depuis l'émergence de la responsabilité médicale en 1835, les relations entre jurisprudences et législations, et d'autre part les changements de paradigme ayant affecté la relation de soins.

La loi du 4 mars 2002 a consacré certaines jurisprudences issues des juridictions civiles et administratives, dont le trait commun a été de renforcer les droits des personnes en matière de santé. La Haute juridiction administrative a successivement accepté d'admettre le principe de la présomption de faute pour les infections nosocomiales survenues en établissement public¹², de décider d'abandonner la faute lourde¹³, ou d'admettre l'engagement de la responsabilité sans faute pour les aléas médicaux les plus graves¹⁴. De son côté, la Cour de cassation a assoupli les conditions de mise en œuvre de la responsabilité contractuelle en reconnaissant la

¹² CE, 9 décembre 1988, *Cohen*, Rec. CE, p.431 ; *AJDA* 1989, p.405, note Moreau J.

¹³ CE, 10 avril 1992, *Epoux V.*, *JCP* 1992.II.21881, note Moreau J.

¹⁴ CE Ass., 9 avril 1993, n°138652, n°138653, n°138663, p.110, concl. Legal ; *AJDA*, 1993, p.344, chron. Maugué C. et Touvet L. ; *JCP* éd. G.1993.ii.22110, note Debouy ; *JCP* éd. G.1993.IV.1537, obs. Rouault M.-C., *D.*, 1994, somm. p.63, obs. Bon P. et Terneyre P.

présomption de faute¹⁵, et surtout en renversant la charge de la preuve en matière d'information.¹⁶ Ces jurisprudences ont considérablement facilité l'indemnisation des patients ayant subi un dommage.

A côté de ces évolutions jurisprudentielles, des exigences inédites de la part de l'utilisateur du système de santé ont trouvé écho dans la loi du 4 mars 2002. Parmi les plus emblématiques, l'accès direct au dossier médical¹⁷, le droit à l'information¹⁸, l'affirmation du principe de codécision entre le malade et le professionnel de santé¹⁹, et la création d'un statut pour les associations d'utilisateurs du système de santé.²⁰ L'ensemble de ces dispositions, et de nombreuses autres de la loi, ont ainsi posé les bases d'une « *démocratie sanitaire* », selon l'expression retenue par le législateur.

Parallèlement à l'étude des jurisprudences civiles et administratives, la pénalisation du droit de la santé est également étudiée. Cet encadrement de l'activité de soins par le droit pénal s'est renforcé au fil des années. La pénalisation de la santé doit être comprise dans une double acception. Du point de vue de l'action publique, elle se traduit par une inflation législative et une intensification de la responsabilité pénale des professionnels de santé, et du même fait du risque pénal qu'ils encourent. Du point de vue de l'action civile du patient victime, la pénalisation se traduit par l'augmentation des constitutions de partie civile devant les juges répressifs. Les plaignants choisiraient alors davantage la voie pénale pour la réparation de leur préjudice, soit par préférence pour la procédure pénale, soit dans une finalité vindicative, souhaitant la condamnation du professionnel.

Une réflexion a enfin été menée, compte tenu des débats actuels, sur l'opportunité d'introduire en droit français une procédure de recours collectif proche de la *class action*. Devant le constat de l'insuffisance des recours collectifs préexistants appliqués au contentieux en santé, et face aux attentes croissantes des associations de patients, la question de l'introduction d'un recours collectif réellement protecteur des usagers du système de santé et de son impact sur la variation du contentieux se pose avec une acuité particulière.

¹⁵ Cass. Civ.1, 25 mai 1983, pourvoi n°82-14.453, *Bull. civ. I*, n°155.

¹⁶ Cass. Civ.1, 25 février 1997, pourvoi n°94-19.685, *Bull. civ. I*, n°75.

¹⁷ Article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

¹⁸ Article L. 1111-2 du Code de la santé publique.

¹⁹ Article L. 1111-4 du Code de la santé publique.

²⁰ Article L. 1114-1 du Code de la santé publique.

L'étude du cadre de la judiciarisation vise donc à mettre en relation cet ensemble de circonstances, interdépendantes, qui nourrissent le débat sur le phénomène de judiciarisation de la santé.

Enfin, une *troisième partie* présente des regards variés sur le phénomène de judiciarisation. Les contributions proposées permettent de compléter le tableau de l'analyse du cadre au sein duquel s'épanouit, si ce n'est le phénomène, à tout le moins le débat sur la judiciarisation. L'intervention de spécialistes de la matière fournit un éclairage particulièrement pertinent des enjeux dont la recherche s'est fait l'écho. Les sujets sont aussi variés que riches et abordent les thèmes suivants:

- « Droits des usagers du système de santé et judiciarisation: réflexion autour des appels reçus par Santé info droits », Marc Morel, Directeur du CISS-Collectif interassociatif sur la santé.
- « L'intervention de la solidarité nationale: un remède à la judiciarisation ? », Dominique Martin, ancien directeur de l'ONIAM.
- « La judiciarisation va-t-elle croissant ? », Michel Dumont, Directeur à la Médicale de France, président du Comité RC Médicale FFSA.
- « Analyse économique de la base de données ORM », Thomas Rapp, Maître de conférences en économie, Université Paris Descartes, Directeur-adjoint du LIRAES.
- « Le risque et la judiciarisation de la santé en matière de responsabilité administrative », Julien Martin, Maître de conférences en droit, Université Paris Descartes, Centre Maurice Hauriou pour la recherche en droit public.
- « La judiciarisation de la santé, résultat des transformations de la société. Considérations au-delà du droit », Xavier Cabannes, Professeur à l'Université d'Amiens.
- « Les données du contentieux médical en Italie. Actualité et tendances », Amalia Diurni, Professeur de droit privé comparé à l'Université Luiss de Rome et à l'Université Carlo Bo de Urbino.