

**Curriculum vitæ de Dominique Thouvenin**  
**Professeur à l'Université Paris 7**

**I - Activités d'enseignement, d'administration et de recherche**

***A- Activités d'enseignement***

\* Assistante de droit privé du 1<sup>er</sup> décembre 1970 au 30 novembre 1978, en poste à l'Université Lyon III – Jean Moulin : j'ai assuré des travaux dirigés dans trois disciplines différentes : *droit civil, droit commercial, droit du travail* car il me paraissait important de ne pas cantonner mon apprentissage à un seul domaine.

\* Maître-assistante (stagiaire le 1<sup>er</sup> décembre 1978, titularisée le 1<sup>er</sup> décembre 1979), nommée à l'Université Lyon III – Jean Moulin : j'ai successivement assuré un enseignement de droit commercial (en licence), auquel est venu s'ajouter un cours sur le statut de la profession médicale et sur sa responsabilité dans le cadre du DEA de droit et d'économie de la santé entre 1978 et 1980 ; je n'ai cessé cet enseignement que parce que le DEA n'a pas été réhabilité.

Ce dernier m'avait permis d'entrevoir la richesse d'un travail de recherche sur la responsabilité médicale, notamment par comparaison avec l'accident du travail sur lequel la section « sciences criminelles » de l'Institut d'études judiciaires de Lyon avait entamé une réflexion d'ensemble ; la collaboration qui s'est instaurée avec les chercheurs de cette section, m'a conduit à m'orienter vers le *droit pénal*, la *sociologie criminelle* et la *procédure pénale* :

- droit pénal : de 1980 à 1994 (1<sup>ère</sup> année de DEUG)
- procédure pénale : de 1986 à 1988, puis de 1990 à 1994 (2<sup>o</sup> année de DEUG)
- sociologie criminelle : à partir de 1985 dans le DEA de droit pénal et de sciences criminelles (bien que nommée professeur à l'Université de Chambéry en 1993, puis à l'Université Paris 7 en 1995, j'ai continué, jusqu'en 2000, à assurer ce cours à la demande du Pr Yves Mayaud, directeur du DEA)

\* Professeur des Universités (septembre 1993), nommée à l'Université de Chambéry : j'ai assuré un cours de *droit communautaire de droit des affaires* et un cours *d'introduction au droit communautaire*

\* Mutation en septembre 1995 à l'Université Paris 7- Denis Diderot : cette université ne comporte pas d'UFR de droit, les enseignants juristes affectés à cette dernière assurant la majorité de leurs enseignements dans la filière AES et intervenant dans d'autres UFR en fonction de leurs compétences. Pour ma part, j'assure depuis 1995, les cours suivants :

- enseignements en AES : *cours de droit communautaire de la sécurité sociale et droit interne de la sécurité sociale* (maîtrise AES)

- enseignements en sociologie : *cours d'introduction au droit* (maîtrise de sociologie)

- enseignements dans le domaine du *droit de la santé* : cours relatif à la bioéthique, aux droits des patients et à la responsabilité médicale : (DESS Analyse et gestion des établissements de santé ), cours relatif aux règles juridiques de la responsabilité médicale (maîtrise de sciences biologiques et médicales), cours relatif à la relation médecin-malade et aux droits de la personne malade (maîtrise de sciences biologiques et médicales), cours de droit de la bioéthique (licence et master de biologie)

- séminaires du Centre d'études du vivant : notamment, relatif aux lois bioéthiques, aux recherches sur les OGM, aux droits de la personne malade, aux recherches biomédicales

- enseignements dans d'autres universités : à l'Université Lyon III, un cours consacré aux lois bioéthiques, de 1996 à 1999 dans le DEA « Ethique et droit médical », un cours relatif à l'expérimentation sur l'homme et sur l'animal de 1999 à 2002 dans le DESS droit des biotechnologies (Université de Saint-Quentin-en-Yvelines).

## ***B- Activités d'administration***

### **a- Responsabilités au sein de l'Université**

- membre élu de la commission de spécialités de droit privé de la Faculté de droit de l'Université de Lyon III et vice-présidente de cette commission jusqu'en avril 1992.

- membre (avril 1992 - avril 1994) élu de la section 1 du Conseil national des Universités (sous-section 1) et deuxième vice-président de cette sous-section en tant que Maître de Conférences.

- choisie en 1993 en tant que personnalité extérieure pour faire partie du conseil de la faculté de Médecine Alexis Carrel (Lyon I 1993-1996).

- membre élu du conseil de l'UFR GHSS (Université Paris 7 – Denis-Diderot) de février 1996 à novembre 2003.

- directrice du Centre d'Études du Vivant de mars 1997 à mai 1999 ; réélue à nouveau comme directrice le 11 janvier 2003 et démission en juin 2005.

- membre élu du Conseil d'administration de l'Université Paris7 – Denis Diderot de juillet 2002 à février 2006.

- présidente de la section disciplinaire du Conseil d'administration de l'Université Paris7 – Denis Diderot (nommée en décembre 2003 jusqu'en février 2006).

#### **b- Responsabilités extérieures à l'Université**

- nommée en tant que juriste au *Comité scientifique* de l'appel d'offres pour la *mise en place d'ateliers psychanalyse / sciences sociales* (C.N.R.S./ M.I.R.E.) en décembre 1987 ; à la demande de Mme Claire Salomon-Bayet, à l'époque directeur scientifique adjoint du département « Sciences de l'homme et de la société » du CNRS (d'autres disciplines telles que la philosophie, la psychanalyse, l'ethnologie et la sociologie étaient représentées). Cet appel d'offres visait à instituer des formes souples de collaboration et d'échanges entre les disciplines, en incitant à la mise en place d'« ateliers » qui réunissent, à partir d'un projet élaboré en commun, chercheurs en psychanalyse et chercheurs en sciences sociales, dans leur diversité toute à la fois disciplinaire et théorique. Le droit en tant que science sociale a été sollicité sur des thèmes classiques tels que le corps, l'identité, la loi ainsi que sur des thèmes suggérés

par les évolutions dans la société telles que les nouvelles formes de procréation.

- désignée par *le ministère de la recherche* pour organiser le *colloque « Sciences et droit »* (grand colloque de prospective). J'ai fait partie du comité de pilotage ; avec les autres membres de ce comité, j'ai assumé la mise en place de ce colloque de novembre 1990 à juin 1991. J'ai été chargée plus particulièrement de l'organisation du module consacré au thème « Innovation et création dans le domaine du vivant » en collaboration avec le professeur François Lhoste (médecin).

- proposée par le doyen de la Faculté de droit de l'Université Lyon III comme *candidate au tirage au sort des membres composant un des Comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale*, en tant que personne compétente en matière juridique. Le tirage au sort m'ayant désignée (fin mai 1991), j'ai été membre d'un des sept C.C.P.P.R.B. de la région Rhône-Alpes jusqu'en février 1994.

- désignée en mai 1992 comme *membre du comité de suivi de deux études* relatives à l'application de la loi du 20 décembre 1988 sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales demandées par *le Ministère de l'Industrie et du Commerce Extérieur et le Ministère de la Recherche et de l'Espace* dans le but de vérifier la pertinence du montage des études et de leur conduite (suivi des études jusqu'à fin 1993).

- nommée en mai 1993 sur mes compétences de juriste pour faire partie de la *commission créée par Le Haut Comité de santé publique* lui-même saisi par le Ministre de la Santé sur les « *problèmes de santé publique et d'organisation des soins liés à l'utilisation des produits humains et de leurs produits de substitution* » (rapport rendu en décembre 1994).

- nommée membre de la *Commission de consultation publique sur les règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur une personne décédée en vue de transplantation d'organes* (instituée en janvier 1996 par Monsieur Gaymard, Secrétaire

d'État à la Santé et à la Sécurité Sociale dans l'objectif de dresser un constat des modalités actuelles de répartition, d'en analyser les pratiques et les buts, les perspectives d'évolution et d'évaluation, et d'élaborer des recommandations pour l'avenir ; rapport remis au Ministre le 22 juillet 1996).

- nommée membre de *l'Expertise collective INSERM sur « Les risques héréditaires du cancer du sein et de l'ovaire »* (mission entre 1995 et 1997) chargée d'étudier les modalités de prise en charge de personnes asymptomatiques, mais identifiées comme ayant un risque accru d'origine génétique de développer ce type de maladie (publication du rapport en février 1998).

- nommée par *l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)* en avril 1999 comme *rapporteur et présidente* du Groupe de travail chargé de mettre en place les *Recommandations destinées aux médecins sur l'information à dispenser aux patients* (rapport faisant état des problèmes soulevés et élaboration des recommandations ; soumises à un groupe de lecteurs élargi, présentées au conseil scientifique et approuvées par le conseil d'administration, elles ont été rendues publiques en avril 2000).

- désignée en novembre 2002 par le ministre de la santé, Jean-François Mattei, dans la commission Babusiaux consacrée à « L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques » (remise du rapport définitif au ministre en juin 2003).

- nommée en tant que *membre de la Commission nationale des accidents médicaux* « au titre des personnalités qualifiées en raison de leurs compétences dans le domaine du droit de la réparation des accidents médicaux ou de la responsabilité médicale » (arrêté du 3 juin 2003 portant nomination à la Commission nationale des accidents médicaux instituée par l'article L 1142-10 du code de la santé publique, *JO* 22 juin 2003) ; élue vice-présidente en mars 2005. Cette commission a été instaurée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades ; elle est chargée de veiller à une application homogène de la procédure de règlement amiable en cas d'accidents

médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales.

- nommée au *Conseil national du SIDA* (décret du 19 Novembre 2003, JO 20 novembre 2003) sur désignation du président de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ; démission en janvier 2005, dans la mesure où les réunions étaient fixées le même jour que celles de la Commission nationale des accidents médicaux.

- nommée au *Conseil d'orientation de l'Agence de biomédecine* (arrêté du 21 juin 2005, JO 23 juin 2005) au titre des six personnes qualifiées ayant une expérience dans les domaines de l'agence et des personnes qualifiées dans le domaine des sciences humaines, sociales, morales ou politiques.

- nommée à la *Commission nationale d'agrément des associations de malades* (arrêté du 15 novembre 2005, JO 26 novembre 2005) en tant que personnalité choisie en raison de leur expérience de la vie associative).

### ***C- Activités de recherche***

Elles ont très tôt porté sur la santé :

- *dans un premier temps*, j'ai abordé des questions classiques, telles que le secret médical et la responsabilité médicale ; je l'ai fait dans le souci d'une démarche objective, visant à produire des analyses validées – notamment, en procédant à une étude systématique de tous les arrêts publiés et de tous les textes susceptibles de s'appliquer- afin d'éviter des affirmations non étayées ;

- *dans un second temps*, j'ai été conduite à m'intéresser aux questions liées à l'avancée des technologies biomédicales qui, non seulement, sont de nature scientifique, philosophique, morale, mais concernent aussi l'organisation sociale, et, à ce titre, le droit qui a été fortement sollicité de proposer des règles pour organiser ces nouvelles pratiques.

Dans les deux cas, ma démarche se caractérise par ses choix méthodologiques : rendre compte en m'appuyant sur une analyse systématique des sources de nature juridique –textes applicables aussi bien que jurisprudence- des solutions juridiques

apportées à un certain nombre de questions sociales. Cette démarche permet notamment de mettre en évidence la manière dont elles se posent à un moment donné et de comprendre la portée des modifications apportées par de nouvelles solutions tant jurisprudentielles que légales. Je cherche moins à construire un domaine de compétence particulier et autonomisé que de montrer comment les solutions retenues prennent en considération les systèmes existants ; ainsi peut-on constater que les réponses juridiques apportées le sont souvent grâce à un réaménagement subtil des règles civiles, pénales et administratives conjointement utilisées. Tout en conservant comme point d'appui les règles du droit commun, bon nombre de ces nouvelles règles altèrent la portée initiale de ces dernières ; j'y vois personnellement un grand intérêt, celui de conserver comme base d'analyse le droit commun tout en mesurant les distorsions dont il est l'objet.

Ma production comporte à la fois des articles, commentaires d'arrêts, commentaires de textes législatifs qui s'inscrivent dans une activité doctrinale classique et des travaux menés dans le cadre de réponses à des appels d'offres de recherche. J'en rendrai compte en distinguant quatre grands domaines : le secret professionnel, la responsabilité médicale, les droits de la personne malade, la bioéthique et les pratiques médicales mettant en jeu le physique de la personne.

#### **a- Le secret professionnel**

##### ***\* première recherche : ma thèse***

Soutenue en septembre 1977, elle portait sur «Le secret médical en droit français ». Quel que soit le domaine dans lequel intervient le secret professionnel, l'intérêt de son étude tient à ce que sa protection n'existe pas en soi, mais par le biais de sa révélation constitutive d'une infraction pénale ; aussi est-on en droit d'attendre qu'il soit appréhendé dans le cadre de poursuites pénales. Pourtant la réalité est tout autre : de 0 à 10 condamnations par an et les trois quarts des arrêts publiés à son sujet qui ne sont pas rendus par des tribunaux répressifs.

Le secret médical, quant à lui présente une spécificité par rapport aux autres secrets : il n'est pas l'information confiée par la personne au médecin à qui elle s'adresse, mais l'information que le médecin a la capacité de mettre en évidence en tant que decodeur de la maladie ; aussi, l'étude des décisions publiées depuis le XIX<sup>e</sup> siècle

m'a-t-elle permis de montrer que c'est moins ce que dit le patient au médecin qui est l'enjeu de conflits que ce que sait le médecin de son patient.

Dans la majorité des affaires, l'infraction de violation de secret médical est invoquée *comme obstacle à la circulation de l'information relative au malade*, alors que sont en jeu *des droits nécessitant une preuve médicale*. C'est pour statuer sur la validité de la preuve en cause que les juges civils ou administratifs apprécient les conditions juridiques de l'infraction de violation de secret médical en tant que telle, mais sans se prononcer sur la commission ou non de cette infraction par le médecin qui a certes remis tel certificat médical ou apporté son témoignage, mais n'est pas poursuivi.

J'ai pu montrer que le secret médical était une règle invoquée essentiellement pour empêcher l'obtention d'informations de nature médicale, toute la question étant de savoir quand le secret l'emporte et dans quelles hypothèses l'accès à l'information est au contraire privilégié.

La reconnaissance par la loi du 4 mars 2002 du droit d'être informé et du droit au respect du secret médical a renouvelé cette question ; ce droit constitue la réitération sous une autre figure juridique – celle d'un droit dont est titulaire la personne – de la protection pénale du secret au titre de la sanction de son éventuelle révélation. La vraie nouveauté de cette loi réside dans ce qu'elle fixe pour la première fois des *règles d'accès* et de *circulation de l'information* relative au patient. Jusqu'à présent, c'était toujours de manière négative que le secret médical était invoqué afin d'empêcher l'obtention des informations connues du médecin. Désormais, il existe des règles positives définissant les *catégories de personnes qui peuvent accéder* légitimement à ces informations.

Presque deux siècles séparent le Code pénal de 1810 de la loi relative aux droits des malades ; entre ces deux dates le secret médical aura subi une révolution centrale qui tient au rôles réciproques du médecin et du patient tels qu'ils sont reconnus par la loi. Tant que le médecin a la maîtrise de l'information qu'il produit sur un individu, il est en position de ne pas la communiquer aussi bien aux tiers qu'à la personne elle-même. Il peut donc s'abriter derrière le secret médical pour refuser de la donner, qu'il s'agisse des tiers comme du patient lui-même. En revanche, dès lors que, non seulement la personne malade, mais également certaines personnes de son entourage peuvent

légitimement obtenir les informations collectées sur elle, il n'existe plus d'obstacle légal à l'obtention des preuves médicales nécessaires, on peut augurer que désormais les contentieux porteront moins sur la levée du secret médical que sur les modalités de protection du patient contre tous ceux qui ont intérêt à connaître avec le plus de précision possible son état de santé.

J'ai pu avoir confirmation de cette évolution grâce à l'analyse que j'ai conduite dans la commission Babusiaux consacrée à « L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques » ; désignée par le ministre de la santé, Jean-François Mattei, pour apporter mes compétences juridiques au conseiller maître à la Cour des comptes, M. Christian Babusiaux, j'ai pu procéder à une actualisation des questions mettant en jeu à la fois les règles du secret médical et celles relatives à la protection des données nominatives (ce travail s'est déroulé de novembre 2002 à juin 2003, date de la remise au ministre du rapport définitif). Il s'agissait notamment de vérifier si une solution équivalente à celle édictée par l'article L 161-29 du Code de la sécurité sociale pour les régimes obligatoires de sécurité sociale pouvait être envisagée pour les assureurs complémentaires maladie ; cet article prévoit que les professionnels de santé sont tenus de communiquer aux organismes de sécurité sociale, sans que le patient puisse refuser la transmission des données de santé le concernant, fût-ce en invoquant le droit au respect de sa vie privée. Une fois de plus l'enjeu était l'accès à des données relatives à la personne, censées bénéficier de la plus haute protection car ayant trait à la santé individuelle, mais contrecarrée par des intérêts financiers très importants.

Dans un article publié en janvier 2007 (Revue Laënnec) à la suite d'un colloque consacré au secret médical qui s'est tenu au centre Sèvres en mars 2006, j'ai pu faire un bilan des évolutions en la matière depuis la loi du 4 mars 2002. J'ai à nouveau pu montrer que le secret médical n'est pas protégé en soi, mais par le biais de sa révélation constitutive d'une infraction. Cette caractéristique a ouvert dès l'origine la voie à des dérogations ; cette voie, de modeste sentier en 1810, est progressivement devenue une autoroute, au fur et à mesure que les renseignements de nature médicale constituaient une source d'information précieuse pour des acteurs de plus en plus nombreux. Aussi suffit-il au législateur de prévoir que, dans les cas où ces renseignements doivent être communiqués, aucune violation de secret ne sera reprochée au médecin : l'honneur

paraît sauf, puisque l'infraction demeure, mais les hypothèses où la prise en compte d'autres intérêts l'emporte sur la protection de l'intimité de la personne sont si nombreuses que la protection n'est plus que de façade.

**\* *extension de l'objet de recherche à tous les types de secrets professionnels***

Le professeur Albert Chavanne, longtemps directeur éditorial du Jurisclasseur pénal et membre de mon jury de thèse m'a confié la refonte des deux fascicules du Jurisclasseur pénal relatifs à l'article 378 du code pénal (de 1810, dorénavant articles 223-13 et 223-14 du code pénal de 1992) ; cette étude publiée en 1987 m'a permis de conduire une analyse globale portant sur tous les types de professions. J'ai pu constater qu'à l'instar du secret médical, les décisions relatives au secret professionnel n'étaient pas de nature pénale et concernaient également des questions de preuve.

En outre, pour la deuxième version publiée en 1998, j'ai pu bénéficier de la numérisation des arrêts et des textes juridiques, ce qui m'a permis de procéder à une interrogation par mots-clés dans le but de repérer à la fois l'ensemble des textes en vigueur et des arrêts des cours suprêmes ayant pour objet le secret professionnel. J'ai pu mettre en évidence une tendance qui s'est exprimée à partir des années 1980 aussi bien par voie législative que réglementaire de faire du secret professionnel une *obligation de type statutaire* : les professions et les fonctions les plus diverses se sont vues imposer le respect du secret professionnel. Ces textes ont pour finalité *l'obéissance à la loi* attendue de ceux qui sont susceptibles d'accéder aux informations les plus diverses en raison de leurs fonctions. Et, bien que rattachés mécaniquement à l'article 226-13 du Code pénal pour rappeler que leur divulgation pourrait être sanctionnée par les peines prévues à cet article, leur fonction n'est pas uniquement répressive, mais vise à faire du secret une obligation de type professionnel.

Mais en imposant le secret professionnel dans pratiquement tous les secteurs de la vie sociale, on en a fait une règle à respecter dans l'exercice de ces activités – par exemple, pour refuser ou au contraire transmettre une information demandée par un tiers et cela, en dehors même d'une procédure quelconque – et donc une *règle d'action*, dont l'utilisation permet à ceux qui détiennent les informations d'accepter ou de refuser de les communiquer à ceux qui les leur demandent. Cette règle leur assure la maîtrise de l'information car *ils détiennent la clé de l'interprétation de la règle* : il leur suffit, en

effet, de dire qu'ils pourraient se voir reprocher une révélation punissable pour ne pas fournir l'information demandée. Si l'accès de l'information est primordial, ceux qui se voient opposer cette règle pénale se trouvent dans l'obligation de saisir le juge, afin qu'il se prononce sur la pertinence de cet argument. L'enjeu de l'interprétation de l'article 226-13 du Code pénal est donc fondamentalement celui de la détermination des informations accessibles, donc non secrètes, par rapport à celles qui ne le sont pas (dans un cadre aussi bien non juridictionnel que juridictionnel). Ceci explique que les décisions rendues soient l'objet d'une attention soutenue, puisque les solutions retenues permettent à tous ceux qui sont confrontés aux problèmes de circulation d'informations de prendre position en fonction du caractère secret ou non attribué à tel ou tel type d'information.

En définitive, quel que soit le type de secret professionnel en jeu, l'évolution constatée à partir du début des années 1980, c'est bien l'infléchissement de la protection de la vie privée grâce au secret au bénéfice de l'accès aux informations détenues par un professionnel ; certes les textes ne manquent pas de renvoyer à l'article 226-13 du code pénal, mais au titre d'un automatisme qui ne constitue plus qu'une fragile digue cédant le pas face à plusieurs catégories d'intérêts considérés comme méritant également protection.

## **b- La responsabilité médicale**

### ***\* recherche initiale portant sur les recueils de jurisprudence du XIX<sup>e</sup> et du XX<sup>e</sup> siècle***

C'est dans le cadre d'un cours de DEA dont j'ai été chargée entre 1980 et 1982 (DEA de sciences criminelles à l'Université Lyon III) que j'ai abordé cette question. J'ai procédé à une analyse systématique de la jurisprudence publiée de 1817 (date de la première décision publiée) à 1936 (arrêt Mercier du 20 mai 1936 qui considère la responsabilité médicale comme étant de nature contractuelle). Ce travail m'a permis de démontrer *qu'il n'existe pas d'accident en soi*. Le XIX<sup>e</sup> siècle a dû établir des modèles de règlement d'accidents aussi divers que ceux de l'accident du travail, l'accident de circulation, l'accident médical. Ceux-ci ont été construits en fonction du type de relation existant entre l'auteur de l'accident et celui qui en subit les conséquences, l'accident

étant le *révélateur de cette relation juridique* : d'une relation de production pour l'accident du travail, de la mise en cause de l'activité professionnelle de celui à qui s'est adressé le malade pour l'accident médical; et dans ce cas, la victime n'est pas celle qui fournit le travail, mais celle qui le rémunère.

Dans l'un et l'autre cas, les employeurs comme les médecins ont, au XIX<sup>o</sup> siècle, cherché à échapper à l'application des règles de principe de la responsabilité : les premiers ont proposé un régime spécifique d'indemnisation en mettant en avant la prétendue difficulté pour les salariés d'obtenir réparation devant les tribunaux sur le fondement de l'article 1382 du code civil ; les seconds ont revendiqué leur irresponsabilité en la fondant sur le diplôme présenté comme outil de distinction : le doctorat en médecine est l'attestation de la qualité future de ceux qui l'ont obtenu ; aussi, le contrôle *a priori* excluait qu'ils aient à répondre *a posteriori* des conséquences de leurs actes. S'ils n'ont pas obtenu d'échapper à l'obligation de réparer les conséquences dommageables de leur activité, on constate une continuité historique dans l'argumentation : considéré au XIX<sup>o</sup> siècle comme un art conjectural, l'exercice de la médecine est présenté depuis la fin du XX<sup>o</sup> siècle comme une activité risquée ; l'idée demeure qu'il s'agit d'une activité professionnelle particulièrement difficile en raison de ses spécificités, argument venant à l'appui des revendications tant des médecins eux-mêmes que de leurs assureurs de voir minimisée leur responsabilité.

***\* recherche portant sur les données statistiques disponibles et les arrêts rends par la Cour de cassation et le Conseil d'Etat de 1984 à 1992***

Ce travail de recherche a été conduit (1993-1994) à la demande de l'Agence nationale pour le Développement de l'évaluation médicale (ANDEM) : il a porté à la fois sur les données statistiques relatives aux contentieux et/ou aux transactions et sur l'analyse des règles en tant que telles. L'ANDEM avait fait réaliser une enquête portant sur les pratiques des médecins anesthésistes en matière de prescription d'examens préopératoires, après la publication de références professionnelles. Il en ressortait qu'un certain nombre d'anesthésistes prescrivaient des examens préopératoires de manière systématique pour se prémunir contre le risque d'un procès mettant en jeu leur responsabilité. En vue de l'éviter, ils exprimaient le souhait qu'une réglementation soit établie pour préciser les examens à prescrire. L'ANDEM a souhaité tester la pertinence

de ces affirmations.

L'étude réalisée a élargi le champ de l'analyse à l'ensemble des professions de santé, dans le but de mieux cerner la responsabilité médicale à travers, d'une part les données statistiques, d'autre part l'ensemble des arrêts *rendus* sur cette question –et non pas seulement publiés- de 1984 à 1992 par la Cour de cassation (soit 222 arrêts relevant du champ étudié, 160 arrêts rendus par les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> chambres, 1 arrêt rendu par l'Assemblée plénière et 61 arrêts rendus par la chambre criminelle) et le Conseil d'État (soit 182 arrêts).

Le *travail d'enquête statistique* a mis en évidence la faiblesse des contentieux, contrairement à l'idée reçue selon laquelle la situation française suivrait la pente des pratiques nord-américaines (sans omettre le fait que cette représentation fait l'économie et de l'analyse des règles juridiques nord-américaines et de la réalité des pratiques).

Le *choix de mener une analyse systématique et comparée* des arrêts rendus par la Cour de cassation et le Conseil d'État a été fondé sur deux raisons essentielles :

1°- *les cours suprêmes ont le pouvoir de clore le débat sur les points qui leur sont déférés* et l'autorité hiérarchique nécessaire pour imposer leur interprétation ; en outre l'objet de l'action est de contrôler la manière dont les juridictions du fond interprètent et appliquent le droit. Aussi ces arrêts ont-ils trait à *la règle de droit en tant que telle*, d'où leur intérêt comme règle pour l'action parce que la règle autorise l'anticipation rationnelle d'une solution semblable dans des circonstances équivalentes.

2° Or *la connaissance de ces règles dépend* étroitement de la *diffusion des arrêts* qui les ont adoptées ; jusqu'au début des années 1980, celle-ci a été entièrement liée à *leur publication dans des revues*, et donc soumise à un processus de sélection. La possibilité d'accéder à l'ensemble de la production juridictionnelle des cours suprêmes par le biais de bases de données juridiques numérisées (pour cette recherche LexiLasercassation pour les arrêts de la Cour de cassation, les bases JADE et LEXIS pour le Conseil d'Etat) assure la mise à disposition exhaustive des arrêts rendus.

Cet accès *change les perspectives de connaissance des règles* : le chercheur échappe à la dépendance de tris opérés par d'autres que lui ; en ayant accès à la totalité des arrêts rendus, il peut mettre au jour –en fonction des critères de choix qu'il a retenus- une information inconnue jusqu'alors. La mise à disposition de tous les arrêts rend possible la mise en évidence des types de questions qui se posent effectivement –et non

pas seulement celles qui sont l'objet d'un débat au sein de la doctrine juridique- et partant de vérifier la régularité –ou non- des solutions adoptées. Par exemple, alors que j'ai identifié 192 arrêts rendus par le Conseil d'Etat comme relevant de la recherche, seuls 6 d'entre eux avaient été publiés intégralement au Lebon et 27 cités dans ses Tables.

Cette recherche a pu montrer que *c'est la nature même du contrôle exercé* qui distingue centralement les arrêts de la Cour de cassation de ceux du Conseil d'Etat permis de constater qu'il existe une différence essentielle entre les arrêts de la Cour de cassation et ceux du Conseil d'État. Ainsi, les juges judiciaires ayant à qualifier des *activités individuelles*, la Cour de cassation est saisie du point de savoir si l'inexécution contractuelle a été examinée conformément ou non à la règle de droit applicable. En revanche, les tribunaux administratifs sont saisis de recours *contre une décision* par laquelle *l'administration hospitalière* a refusé au requérant l'indemnité recherchée . Dans ce cadre, on constate que la logique de l'organisation prime celle de l'activité. De ce fait dans un cas, c'est l'activité d'un individu mis en cause dans sa pratique qui est en jeu, tandis que dans le second cas on examine les défaillances éventuelles de fonctionnement d'une *structure*. Aussi, malgré les critiques récurrentes adressées à l'encontre de la dualité de traitement juridictionnel (ordre judiciaire et ordre administratif) qui ont conduit les deux cours suprêmes à adopter des solutions voisines sur certains points, il n'en demeure pas moins que la relation contractuelle et le concept de service public ne sont pas superposables (ainsi ni les personnes responsables, ni la conduite du procès ne sont identiques).

Le rapport de recherche a été remis à l'ANDEM en février 1994, discuté en mai 1994 par son Conseil scientifique ; il a fait l'objet d'une publication chez Flammarion en septembre 1995. Dix ans après, j'ai le projet de reprendre cette recherche, dans la mesure où de nouveaux éléments sont intervenus. En ce qui concerne les arrêts rendus par les cours suprêmes, à la différence des solutions rendues entre 1984 et 1992 qui étaient d'une grande régularité, et garantissaient aux victimes d'accidents médicaux des modalités de règlement sûr, tel n'est plus le cas depuis 1995. En effet, les solutions adoptées n'ont cessé d'être de plus en plus spécifiques, pour permettre aux victimes d'obtenir une réparation leur permettant de faire face aux conséquences souvent graves et pénibles des accidents subis ; cette logique rompt le principe d'égalité de traitement

des personnes pourtant placées dans la même situation. Elle a contribué à durcir les revendications des médecins de ne pas être considérés comme responsables, sauf dans des hypothèses de faute d'une particulière gravité.

Les questions financières de l'indemnisation qui ont toujours été présentes, mais souvent peu étudiées, sont dorénavant centrales : elles sont l'objet d'une stratégie de défense de la part des médecins. L'augmentation sensible effective ou annoncée comme une conséquence de l'alourdissement du montant des dommages-intérêts fixé par les tribunaux, les a conduits à revendiquer clairement la prise en charge des accidents médicaux par la solidarité nationale. Pourtant, au XX<sup>e</sup> siècle, la charge pécuniaire de ces derniers a toujours été répartie entre la victime, la sécurité sociale et les assureurs de la responsabilité médicale. Cette répartition a pu être occultée parce que les discussions ont longtemps porté sur les conditions de la responsabilité des médecins, sans qu'en soient mesurées les conséquences financières. Mais, dans la mesure où celles-ci touchent les intérêts pécuniaires des médecins par le biais de primes d'assurances d'un montant élevé, la contestation porte sur les règles mêmes de la responsabilité, dans le but de faire en sorte qu'elle soit moins souvent retenue.

Pour analyser cette situation déjà complexe, il faut en outre dorénavant prendre en considération le système de règlement amiable des accidents médicaux créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Ce nouveau système d'indemnisation doit être articulé aux procédures juridictionnelles qui sont maintenues, en précisant que la procédure amiable ne concerne que les accidents médicaux (fautifs ou non) entraînant une atteinte supérieure à un certain %.

L'accident médical et sa prise en charge constituent à mes yeux à la fin du XX<sup>e</sup> siècle et au début du XXI<sup>e</sup> siècle une question sociale équivalente à celle que fut l'accident du travail à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. La santé et son maintien ont désormais une telle importance dans nos sociétés que les médecins sont conduits à revendiquer la défense de leurs intérêts, sans pouvoir prétendre comme par le passé qu'ils défendent en même temps ceux de leurs patients. C'est pour cette raison que j'envisage une recherche globale prenant en considération l'ensemble de ces paramètres, dans le but notamment de vérifier si les accidents médicaux faisant l'objet d'une demande de règlement amiable ont ou non des caractéristiques équivalentes à ceux dont la réparation est portée devant les tribunaux.

## **c- Les droits de la personne malade**

### ***\* la mise en place de règles de délivrance de l'information à la personne malade***

C'est par le biais du *droit d'information de la personne malade* que j'ai été amenée à étendre mon champ d'investigation aux droits de la personne malade, dans les circonstances suivantes : l'arrêt *Hédreul* rendu le 25 février 1997 par la 1<sup>ère</sup> chambre civile de la Cour de cassation, en décidant que c'est au médecin qu'incombe la preuve de l'exécution de son obligation d'information, avait remis en cause la solution adoptée depuis cinquante ans selon laquelle il appartient au patient de démontrer qu'en ne l'informant pas, le médecin a manqué à son obligation contractuelle. Ce renversement de la charge de la preuve avait créé une vive émotion dans les milieux médicaux, l'arrêt ayant fait l'objet d'une large et forte médiatisation et de propositions visant à y faire face.

Bien que l'arrêt ait été rendu dans un contexte de responsabilité médicale, au stade du pourvoi en cassation, seule la question de la preuve du défaut d'information a été posée ; la réponse donnée, en affirmant que c'est au contractant professionnel de prouver l'exécution de l'obligation d'information, a entraîné deux conséquences :

1°- une réflexion globale et généralisée dans bon nombre de spécialités médicales sur le contenu adéquat de l'information à donner au patient ainsi que sur les moyens à adopter pour constituer les éléments de preuve nécessaires ;

2°- deux manières d'appréhender l'information au patient : soit l'envisager comme un moyen de constitution de la preuve pour répondre à une action éventuelle en responsabilité, soit la considérer comme un moyen de permettre au patient de faire des choix en connaissance de cause, indépendamment de tout contentieux éventuel.

Le Conseil de l'Ordre, l'Académie de médecine, les revues médicales ont immédiatement rendu compte de la solution et ont pris parti sur la nécessité de créer des documents à remettre au patient. La question du contenu de l'information ainsi que de ses caractéristiques sera présentée comme un objectif essentiel. Mais l'arrêt *Hédreul* concernant une absence d'information sur les risques d'un geste médical, les préconisations limitèrent dans un premier temps l'information aux seuls risques ; aussi dans le but d'éviter une production désordonnée de documents émanant des multiples

sociétés savantes, la décision fut-elle prise, le 3 mars 1999, par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation (ANAES) d'élaborer des « Recommandations professionnelles relativement à l'information des patients sur la conduite des stratégies diagnostiques, thérapeutiques et de soins ». L'ANAES m'a confié la double mission de rédiger un rapport préalable faisant le bilan des solutions en matière d'information du patient (à remettre fin août 1999) et de présider le Groupe de travail chargé de rédiger les Recommandations.

Trois catégories de documents ont été retenus pour être analysés : les revues juridiques, les revues médicales et les fiches rédigées par les sociétés savantes.

- La recherche documentaire des *revues juridiques* a été effectuée par mes soins sur la base Doctrinal ; l'interrogation a porté sur la dernière mise à jour de juillet 1999 : 81 références ont ainsi pu être mises en évidence entre août 1993 et juin 1999 ; mais étant donné le choix de ne retenir que les seules analyses postérieures à l'arrêt *Hédreul* rendu en février 1997, seules 53 références en relevaient.

- La recherche documentaire des *revues médicales* a été réalisée par le service de documentation de l'ANAES selon les critères suivants : les banques de données MEDLINE, EMBASE, Pascal et la BDSP (Banque de Données de Santé Publique) ont été interrogées sur la période 1997 à juin 1999, soit 277 références ; en définitive, après élimination d'articles ne rentrant pas dans l'objet du rapport (par exemple, information gouvernée par des règles spécifiques concernant les pratiques de prélèvement d'éléments du corps humain, accès à l'information colligée sur le dossier médical, information dans le cadre de l'éducation au patient, etc...) 73 articles ont été retenus.

- La recherche des *fiches d'information* s'est faite auprès des sociétés savantes ; 60 d'entre elles ayant envoyé leur fiche.

*Les commentaires des revues juridiques* mettent en évidence le lien opéré entre l'obligation d'information du médecin et la charge de la preuve incombant à ce dernier. Son contenu ainsi que les différentes modalités de preuve sont l'objet d'interrogations qui seront progressivement levées par les arrêts ultérieurs. De plus, alors qu'un arrêt émanant du Conseil d'Etat est attendu, l'espoir est exprimé, au nom du principe d'égalité, que la responsabilité d'un établissement de santé public soit également engagée du fait du défaut d'information du patient et à des conditions équivalentes.

*Les revues médicales* ont le souci de fournir à leurs lecteurs médecins une information fiable sur l'interprétation à donner des arrêts rendus de telle manière qu'ils adaptent leur pratique afin qu'elle ne leur soit pas reprochable. C'est pour cette raison que plusieurs revues ont fait appel au conseiller Pierre Sargos ; rapporteur des arrêts rendus, il fut investi par les milieux professionnels d'une fonction d'interprète légitime du sens et de la portée à leur donner.

*Les fiches d'information* quant à elles se caractérisent par la description des soins – leur fonction, leur déroulement, etc...- correcte d'un point de vue scientifique, mais souvent incompréhensible pour un néophyte. Elles sont en outre trop axées sur les risques et surtout conçues de manière défensive ; elles sont moins un document destiné au patient pour l'aider à se faire une opinion, qu'un moyen à l'usage des médecins leur permettant de prouver qu'ils se sont conformé à leur obligation.

L'ensemble de ces constatations a permis d'envisager la création de Recommandations qui aient un *objectif positif*, et non pas défensif : fixer les manières de dispenser l'information dans le but de permettre à un patient de connaître son état de santé et de lui décrire les soins envisagés (nature, déroulement, utilité et nécessité des soins, risques fréquents ou graves normalement prévisibles) afin qu'il puisse prendre une décision en connaissance de cause. La définition du contenu de l'information et ses modalités ont servi de base au projet de loi relatif aux droits de la personne malade pour rédiger les dispositions relatives au droit pour cette dernière d'être informée.

Ce droit constitue à lui seul –avec son corollaire, l'expression de la volonté- la section relative aux « droits des usagers du système de santé ». Sa reconnaissance a signé le passage d'un modèle à un autre : le professionnel sachant n'est plus celui qui décide à la place de l'autre, compte tenu de ses compétences et de ses connaissances, mais celui qui doit transférer au patient les informations dont il dispose pour permettre à ce dernier d'exercer un choix. Dans ce nouveau modèle de relation, le patient est mis en situation de prendre une décision en fonction de ses intérêts ; c'est lui qui les détermine et apprécie la manière dont il entend qu'ils soient servis.

Cette nouvelle conception s'est traduite par le passage d'un modèle juridique déontologique à un modèle juridique fondé sur les droits subjectifs reconnus à la personne malade. Dans le premier, les règles expriment les conceptions professionnelles des médecins ; ainsi l'obligation du médecin d'informer le patient ne sera imposée que

par le code de déontologie médicale du 6 septembre 1995, mais avec une restriction de taille, puisqu'il peut choisir, en fonction de l'idée qu'il s'en fait, et non pour des motifs objectifs, de ne pas informer le patient. Dans le second, c'est le patient qui est titulaire de droits, lesquels traduisent les revendications exprimées depuis le début des années 1980 par les associations de malades ; c'est lui qui peut en demander l'application, ce qui a pour conséquence qu'il peut notamment refuser les soins qui lui sont proposés.

***\* l'étude du changement de modèle juridique***

Ce changement de paradigme n'a pas échappé aux sénateurs, qui ont imposé un énoncé juridique selon lequel « les droits *des usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose* » ; ce texte est à l'origine d'une théorisation apparue rapidement après le vote de la loi aux termes de laquelle les droits subjectifs imposeraient en contrepartie des obligations au patient. Cette affirmation juridique étant pour le moins originale, j'ai été amenée à faire une analyse globale des droits subjectifs reconnus à la personne malade (Les droits des personnes malades ne peuvent être transformés en obligations, *Revue générale de droit médical* 2004, n° 13, 79-100) ; je l'ai conduite en rappelant en quoi consiste le modèle juridique des droits subjectifs : reconnaissant à son titulaire des prérogatives qui entraînent pour ceux contre qui elles sont exercées des obligations, il n'en impose certainement pas au bénéficiaire du droit. L'admettre reviendrait à nier les droits dont il est titulaire.

Toutefois, la tentative observée d'interpréter de manière restrictive les droits de la personne malade doit être prise au sérieux ; il s'agit d'essayer de maintenir dans toute la mesure du possible les conceptions des professionnels médecins sur un certain nombre de points. Car de même que le code de déontologie s'applique à tout médecin indépendamment de son statut, de même le rattachement des droits à la personne garantit l'identité de son contenu indépendamment de la nature de la relation de soins, privée ou publique ; or il s'agit de règles générales qui traduisent l'évolution progressive de la relation de soins dans le sens d'une participation active du patient. Si la loi l'emporte en principe sur un texte de nature réglementaire – ce qu'est le code de déontologie – il n'en demeure pas moins que la revendication de règles spécifiques a toujours cours chez les médecins.

Ainsi, assiste-t-on à des reprises en mains progressives notamment dans le cadre du vote de la loi relative à la fin de vie qui opère des modifications de la loi du 4 mars 2002 : non seulement le droit de « ...toute personne, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées... » est limité, mais certains des futurs énoncés renvoient expressément au code de déontologie pour leur application. C'est dire combien le choix du cadre juridique de référence pour organiser les relations des malades avec les médecins –question qui se pose dès le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle- demeure un enjeu central à suivre de près (en ce sens « Droit et médecine, un conflit de normativités », in *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de Dominique Lecourt, PUF, 2004, 581-589).

#### **d- L'éthique biomédicale, le corps humain et la personne**

##### **\* *commentaires des lois relevant de ce champ***

Le corps humain et les technologies biomédicales m'ont paru dès 1985 pouvoir susciter des analyses riches d'enseignements d'autant plus qu'elles constituent un enjeu social important. En effet, le discours éthique aborde constamment les mêmes thèmes lesquels ont trait aux activités médicales qui mettent en cause le modèle classique médical. La légitimité de ce dernier est liée au fait que quand les médecins sont amenés à porter atteinte à l'intégrité à l'accès au corps humain, ils le font dans l'intérêt du malade ; il s'agit donc de soigner une *personne* malade. En revanche, quand le geste d'un médecin sur un *corps* humain a pour but l'obtention pour soigner autrui ou pour conduire des recherches, cette légitimité traditionnelle est absente.

Historiquement, *la première loi votée* dans le champ bioéthique est la loi n° 88-1158 du 20 décembre 1988 relative à *la protection des personnes qui se prêtent à une recherche biomédicale* ; j'en ai fait le commentaire intitulé « La loi du 20 décembre 1988 : loi visant à protéger les individus ou loi organisant les expérimentations sur l'homme ? », (Actualité législative Dalloz, 1989, 89-128). J'ai suivi attentivement toutes ses modifications, ce qui m'a conduit à en faire une analyse globale (« L'expérimentation sur l'homme en France : analyse globale du système, points

sensibles » in *Bioéthique, Les enjeux du progrès scientifique* (colloque de Nancy du 7 mars 1998), ed. Bruylant, 2000, 117- 148) puis à accepter la proposition du Pr Frédérique Dreifuss-Netter de faire le commentaire, article par article des dispositions du code de la santé publique relatives à la recherche biomédicale (Juriscode, Code de la santé publique articles L. 1121-1 à L. 1121-10, L. 1122-1 à L. 1122-2, L. 1123-1 à L. 1123-10, L. 1124-1 à L. 1124-7, L. 1125-1 à L. 1125-5, L. 1126-1 à L. 1126-7 ainsi que les articles de nature réglementaire pris en application de ces dispositions légales).

En outre, le corps constituant un *gisement de matières précieuses* que l'on peut prélever, utiliser, modifier, greffer, la question s'est posée de savoir dans quelle mesure et selon quelles modalités il est possible d'y porter atteinte pour obtenir des éléments nécessaires pour soigner d'autres personnes. Le problème fondamental à résoudre aura été le suivant : édicter des règles juridiques précisant à quelles conditions l'intérêt thérapeutique d'autrui (p. ex. ceux qui sont en attente d'une greffe d'organe) peut légitimer une atteinte qui n'a pas de finalité thérapeutique pour la personne qui la subit, de telle façon que le médecin qui la réalise ne soit pas pénalement responsable.

Ceci explique en amont l'intense activité éthique dont une des finalités a été de construire une représentation légitime pour des activités de nature médicale qui ne rentreraient pas strictement dans le champ de la thérapeutique classique. J'ai donc travaillé à la fois sur la discussion du contenu de règles nouvelles en termes éthiques et sur la construction de règles juridiques dans le champ de la bioéthique et leur incessante remise en cause (par exemple, De l'éthique biomédicale aux lois « bioéthiques », Rev. trim. droit civ., 1994, n°4, 717-736). En effet, les milieux médicaux et ceux de la recherche biomédicale après avoir cherché à créer des règles éthiques dans l'objectif de pallier la prétendue insuffisance des règles juridiques, n'ont désormais de cesse de demander la modification de ces dernières dès qu'une nouvelle pratique ne rentre pas dans le cadre initial, afin que soit reconnue sa légitimité.

J'ai consacré plusieurs articles à ces problèmes, notamment le commentaire des trois lois bioéthiques de juillet 1994 (« Les lois n° 94-548 du 1er juillet 1994, n° 94-653 et n° 94-654 du 29 juillet 1994 ou comment construire un droit de la bioéthique », Actualité législative Dalloz 1995, 145-213). J'ai suivi les débats, discussions, évaluations relatives à ces règles qui ont donné lieu à de multiples modifications adoptées par la loi relative à la bioéthique et qui m'ont amenée à publier après son vote

un article visant à mettre en évidence l'architecture juridique propre aux dispositions de cette loi («La loi relative à la bioéthique ou comment accroître l'accès aux éléments biologiques d'origine humaine », D. 2005, chron. 116- 121 et 172-179) et à repérer les revendications actuelles qui seront à l'origine des modifications futures des dispositions de cette loi.

**\* travaux de recherche portant sur des question spécifiques**

J'ai mené à bien deux recherches sur des questions entrant dans ce champ, mais plus ponctuelles : la première relative au diagnostic anténatal résultant d'un appel d'offres émanant du Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur le Handicap et les Inadaptations (CTNERHI) ; la seconde consacrée au « consentement présumé » au prélèvement d'organes sur personne décédée sur appel d'offres de l'Etablissement Français des Greffes.

S'agissant du *diagnostic prénatal*, le CTNERHI souhaitait comprendre comment la détection des anomalies fœtales était devenue un problème social et entendait que la recherche menée soit multidisciplinaire. Elle a associé en l'occurrence sociologie et droit, Anne Dusart comme sociologue et moi même comme juriste. La tâche a été séparée de la manière suivante : Anne Dusart a étudié les discours et les pratiques qui s'agencent autour du diagnostic prénatal en s'intéressant à l'ensemble des agents sociaux pour qui cette question représente un enjeu ; pour ma part j'ai étudié les règles juridiques qui permettent de réguler les pratiques du diagnostic anténatal.

La question centrale posée par le diagnostic prénatal est la suivante : si les maladies susceptibles d'atteindre le fœtus peuvent être diagnostiquées, rares sont celles qui peuvent être soignées ; dans la plupart des cas, l'affection détectée ne comporte aucun traitement, ce qui conduit à envisager une interruption de grossesse pratiquée pour motif thérapeutique (ITG) (désormais pour motif médical). Or celui-ci s'est mis en place en fonction des possibilités d'interruption de grossesse, bien qu'il n'ait été ni organisé, ni structurellement lié à l'ITG ; aussi ai-je procédé à une étude de l'ensemble des travaux parlementaires de la loi du 17 janvier 1975 relative à l'IVG pour vérifier, si et comment, le diagnostic prénatal avait été évoqué ainsi qu'à une analyse systématique des décisions publiées relatives à la responsabilité médicale en cas d'erreur de diagnostic ou d'échec de l'interruption de la grossesse.

Cette étude a permis de comprendre comment une activité médicale ayant pour conséquence de mettre fin à une vie est cependant considérée comme légitime par le législateur parce que les médecins en contrôlent l'appréciation à la différence de l'IVG qui relève du seul choix de la femme. En outre, au travers de la jurisprudence publiée, on voyait se dessiner le débat futur sur la question de la naissance d'un enfant comme préjudice indemnisable.

Ce travail de recherche a été d'autant plus intéressant qu'il s'est situé à une période charnière en ce qui concerne aussi bien l'organisation du diagnostic prénatal que la demande de réparation de couples fondée sur l'erreur de diagnostic : sur le premier plan, on relèvera la proposition de loi émanant de Jean-François Mattei et d'Adrien Zeller présentée en 1990 afin de lier l'ITG et le diagnostic prénatal dont les dispositions seront adoptées par une des lois de bioéthique de 1994 ; sur le second plan, on a vu se développer des discussions extrêmement vives au sujet des actions intentées par les parents demandant réparation, soit pour eux-mêmes, soit pour leur enfant du préjudice résultant de ce handicap, alors que l'erreur a empêché la femme d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse pour éviter la naissance d'un enfant gravement handicapé.

S'agissant du « *consentement présumé* » au *prélèvement d'organes*, l'hypothèse de recherche a été la suivante : vérifier en quoi les dispositions relatives au consentement dans la loi du 22 décembre 1976 dite loi Caillavet ainsi que celles de la loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 ont à voir avec les règles juridiques relatives aux présomptions. Les prélèvements d'organes sont majoritairement effectués sur des personnes décédées, les règles les autorisant prévoyant qu'ils sont possibles quand, de son vivant, la personne n'a pas fait connaître son refus d'un tel prélèvement. Cet énoncé a d'emblée été interprété comme le permettant *parce que* la personne décédée aurait donné son *consentement présumé*. Il a paru intéressant de vérifier si cette affirmation était fondée, d'où le projet d'étudier les règles juridiques générales –Code civil– ayant trait aux présomptions et de les comparer aux dispositions juridiques –Code de la santé publique– régissant le prélèvement d'organes.

Tous les articles du Code civil qui contiennent dans leur énoncé l'un des termes suivants : présomption(s), présumer, être réputé, être censé, tenir pour, considérer, préjuger, supposer (soit quelque deux cents articles du Code civil) ont été sélectionnés et étudiés. Il apparaît qu'il s'agit avant tout d'énoncés affirmant que la situation

juridique décrite par le texte est considérée comme avérée, sachant toutefois que celle-ci peut être remise en cause en étant contestée, ce qui implique un procès.

Or tel n'est absolument pas le cas de la règle posée par le Code de la santé publique qui prévoit que le prélèvement d'organes est possible, quand, de son vivant, la personne n'a pas exprimé de refus, la rédaction de ce texte n'impliquant pas que son silence puisse présumer son accord. Cette règle est une des conditions pour que les médecins qui interviennent sur le corps d'une personne ne tombent pas sous le coup de la loi pénale ; elle constitue une *cause d'irresponsabilité pénale pour le médecin qui pratique un prélèvement* dans la mesure où toutes les exigences fixées par la loi sont respectées.

Elle vise à faciliter l'activité de prélèvement, car *elle n'oblige pas à vérifier si la personne était ou non d'accord pour subir une atteinte à son intégrité corporelle*, mais requiert seulement de rechercher si elle a exprimé un refus. Il semble qu'une confusion se soit opérée, dès l'origine, entre refus et silence. En effet, le refus comme l'accord impliquent l'expression d'une volonté ; aussi, en l'absence de cette dernière, les règles générales du droit sont-elles d'une grande prudence : comme il est impossible de supputer une volonté qui ne s'est pas exprimée, à l'inverse de la formulation populaire, l'adage juridique retient que « qui ne dit mot, ne consent pas ».

Le modèle dont s'inspire la règle qui autorise le prélèvement, faute d'un refus exprimé, est celui *du droit d'opposition* instauré par la loi n° 94-548 du 1<sup>er</sup> juillet 1994, dont les dispositions ont été intégrées sous le chapitre V bis n° 78- 17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel) ; elle prévoit que les données nominatives collectées dans l'intérêt thérapeutique de la personne peuvent être utilisées par les chercheurs sans qu'ils aient à lui demander si elle est ou non d'accord ; mais ils doivent l'informer de son droit de refuser le traitement de données la concernant. Il faut donc qu'elle fasse la démarche de manifester son refus, si elle entend s'opposer à leur utilisation. L'absence d'opposition à un traitement de données nominatives rend possible la pratique sans qu'il soit nécessaire pour le responsable du traitement d'avoir à obtenir l'accord de chaque personne.

C'est ce système qui a été retenu pour les prélèvements d'organes : à l'instar des données médicales collectées dans l'intérêt thérapeutique de malades qui présentent un

intérêt pour la recherche des éléments du corps humain, les organes, les tissus, les cellules obtenus sur des malades entrés dans le système de soins pour y être soignés sont utiles aux malades en attente de greffe. Dans ces deux cas, les lois bioéthiques –la loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal et la loi n° 94-548 du 1<sup>er</sup> juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé– ont fixé des règles dont la fonction est de reconnaître *la légitimité de pratiques médicales centrées sur l'intérêt thérapeutique d'autrui*. Elles ont, pour ce faire, érigé des règles de nature transactionnelle, dont la fonction est de permettre l'obtention des éléments nécessaires à ceux qui en ont besoin, sans paraître se dispenser du point de vue de la personne sur qui ils sont pris ; et, qu'il s'agisse du prélèvement d'organes aussi bien que du transfert de ses données médicales, ils ne sont pas réalisés dans son intérêt.

C'est donc bien le rôle de la volonté et de son expression qui est en jeu, sachant que –et, cette recherche en a fait la démonstration– toutes les règles relatives aux présomptions veillent à permettre la démonstration contraire, alors qu'il s'agit avant tout de questions de nature patrimoniale. En revanche, en ce qui concerne les atteintes à l'intégrité corporelle, la personne ne dispose d'aucune possibilité de contestation, ce qui est cohérent puisque son consentement n'est pas présumé ; elle peut seulement, de son vivant, s'opposer à un prélèvement. Toutefois, ce sont les conditions de l'exercice de ce droit de refus qui sont problématiques : à la différence du traitement des données nominatives où il est lié à la demande faite par le responsable du traitement, le refus d'un prélèvement ne peut s'exercer au moment où il est envisagé, mais du vivant de la personne alors qu'elle ne songe que rarement à l'éventualité de sa mort.

L'adaptation des modèles juridiques disponibles à des questions sociales qui réduisent la personne à un substrat biologique constitue un champ d'investigations d'une grande richesse. De nouvelles questions ont surgi qui sont toutes liées à l'utilisation d'éléments du corps humain comme matériau biologique ; tel est le cas par exemple des tumeurs, l'étude de leur ADN pouvant faire espérer la découverte de nouvelles connaissances en matière génétique (en ce sens, « Les banques de tissus et d'organes : les mots pour le dire, les règles pour les organiser », Petites Affiches, n° spécial relatif à la révision des lois bioéthiques, sous la direction de G.Fauré, 18 févr. 2005, n° 35, 31-

42). Tel est aussi le cas des discussions très vives tant en France qu'en Europe et aux Etats-Unis sur la possibilité de conduire des recherches sur les embryons, et dorénavant du clonage pour obtenir des cellules souches embryonnaires. Dans tous ces cas, ce qui est en jeu, c'est une certaine représentation anthropologique de la personne et de la vie. Personne ne nie l'utilité de telles recherches ; en revanche, leur contestation parfois violente vient à la fois de ce que ces pratiques réduisent la personne à une entité biologique, lui ôtant sa dimension sociale et de ce que bon nombre d'entre elles soient l'enjeu d'intérêts financiers très importants.

## **II- Travaux, ouvrages, articles, réalisations :**

### ***A - Le secret professionnel médical***

#### **\* *ouvrages***

- Le secret médical, thèse Droit Lyon 1977.
- Le secret médical et l'information du malade, Presses Universitaires de Lyon 1982.

#### **\* *rapports***

- L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques, Rapport de M. Christian Babusiaux, M. Louis Breas, Mme Laurence Eslous et Mme Dominique Thouvenin, mai 2003, <http://www.sante-gouv.fr>

#### **\* *fascicules***

- Révélation d'information à caractère secret, Jurisclasseur pénal, 2 fascicules (1- Eléments constitutifs de l'infraction, 2- Causes de non responsabilité), articles 226-13 et 226-14, 1998.
- Le secret professionnel du médecin, in Droit médical et hospitalier, 2 vol. LITEC 1998, 3 fascicules n° 10, 11, 12.

#### **\* *articles***

- Secret médical et assurances, « Acta medicinae legalis et socialis », volume XXIX 1979, n° 2, XI Congrès de l'Académie internationale de médecine légale et de médecine sociale, Masson 1980,197.
- Secret médical, Analyse de systèmes, vol.X, fév-juin 1984 (numéro consacré au secret), 91.

- Fichiers médicaux et information de la personne fichée, Rev. dr. san. et soc. 1984, 263.
- Secret et information en matière de SIDA, Actes, 1990, 28.
- Les paradoxes du droit français in Le PMSI, Questions juridiques et éthiques, Actes du colloque « Information médicale à l'hôpital : secret et droit d'accès des acteurs » (Montpellier 9-10 avril 1991), ENSP éditeur 1992, 51-67.
- Secret médical, pouvoirs d'investigations du juge d'instruction et anonymat des donneurs, La Gazette du sang 1995, 69-74.
- Propriété/propriétés du cas en psychanalyse in *Le cas en controverse*, sous la direction de P. Fédida et F. Villa, PUF, 1999, 12-28.
- Entrée « secret médical » in *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de Dominique Lecourt, PUF, 2004, 1023-1027.
- Secret médical et loi du 4 mars 2002, quels changements ?, Revue Laënnec 2007, p. 23-36.

**\* commentaires d'arrêts**

- Le secret médical : droit ou devoir professionnel ? note sous C.E. Ass. 22 janvier et 12 mars 1982, Rev. dr. san. et soc. 1982, 586.

**B – La responsabilité médicale et les droits des malades**

**\* ouvrages**

- La responsabilité médicale : analyse des données statistiques disponibles et des arrêts rendus par la Cour de cassation et le Conseil d'Etat de 1984 à 1992 (rapport pour l'ANDEM, février 1994) ; ce rapport remanié a été publié chez Flammarion (1995).

**\* rapports**

- L'information du patient, rapport à l'ANAES, dans le but d'élaborer des recommandations destinées aux médecins, mars 2000, disponible sur <http://www.anaes.fr>

**\* articles**

- La responsabilité juridique, le droit face à l'accident, Prospective et santé, n°38 été 1986 (numéro consacré à l'accident), 79-84.
- Les perspectives de la réforme du Code pénal et la situation des personnels de santé, in « *Procès au progrès médical ?* » (Actes du colloque H.C.L. 19 Octobre 1989), Hospices Civils de Lyon 1990, 75-86.

- Les règles juridiques de responsabilité médicale, in Anesthésie du patient ambulatoire, Arnette, 1991, 165-196.
- Dépistage du cancer colique : règles juridiques d'organisation et de responsabilité, Conférences de consensus, textes des experts, Gastroentérel Clin Biol, 1998, 22, S63-S71.
- L'information du patient sur les risques, in Soigner sans risques?, PUF coll. Forum Diderot, 2002, 89-117.
- Pourquoi une loi relative aux droits des malades a-t-elle paru nécessaire ?, Revue hospitalière de France, juillet-août 2002, 2-5.
- Les droits des personnes malades ne peuvent être transformés en obligations, Revue générale de droit médical 2004, n° 13, 79-100.
- Entrée « droit à l'information du malade » in *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de Dominique Lecourt, PUF, 2004, 368-373.
- Entrée « responsabilité médicale » in *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de Dominique Lecourt, PUF, 2004, 976-981.
- Entrée « Droit et médecine » in *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de Dominique Lecourt, PUF, 2004, 581-589.
- Responsabilité médicale : demande individuelle de réparation, production collective de savoirs, in *Évaluation médico-économique du médicament : bénéfice pour le patient et intérêt pour la santé publique*, John Libbey Eurotext, 2005, p. 43-58.
- Événement indésirable, accident médical : un même fait relevant de logiques différentes, in *L'erreur médicale*, sous la direction de C.Sureau, D. Lecourt, G. David, L'erreur médicale, PUF, coll. Quadrige Essais, Débats, 2006, p. 75-104.

**\* commentaires d'arrêts**

- Note sous C. Cass. 7 janv. 1997, D. 1997, 189 (rapport P. Sargos)
- Les arrêts de la Cour de cassation du 29 juin 1999 ou les masques de la faute, D 1999, 559-566.
- La portée d'un revirement de jurisprudence au sujet de l'obligation d'information du médecin, note sous Cass. 1<sup>ère</sup> civ., 9 octobre 2001, D., 3474-3477.
- La portée d'un avis favorable de CRCI, note sous T.A. (réf. Adm.) 28 juil. 2005, D., 2005, 2364-2368.
- Le lien entre un avis de CRCi et la proposition d'indemnisation, note sous CAA Versailles, 12 janvier 2006 et TGI Bobigny, 16 février 2006, D., 2006, 2140-2145.

## ***C – L'éthique biomédicale et le droit***

### **\* *articles***

- Ethique et droit en matière biomédicale, Dalloz 1985, chron. 21.
- A propos de quelques métaphores et expressions : vide juridique, bornes, gardes-fous, consensus etc..., Lettre A, 1990,53.
- Comités d'éthique et société civile, Informations sociales 1991, n°1, 30-39.
- Les Comités d'éthique dans le cadre du droit français, Actes du Colloque « *Bioéthique et Droits de l'homme* » (Université de Sarre, Sarrebrück, 2-3 février 1990), Annales Universitatis Saraviensis, 1993, 101-124.
- De l'éthique biomédicale aux lois « bioéthiques », Rev. trim. droit civ., 1994, n°4 , 717-736.
- La personne et son corps : un sujet humain, pas un individu biologique, Les Petites Affiches, (numéro spécial consacré à la bioéthique : les lois du 29 juillet 1994),14 déc. 1994, 25-28.
- Les filiations ne sont ni vraies, ni fausses, mais dépendent des choix des parents, Les Petites Affiches, 3 mai 1995, 93-96.
- Les lois n° 94-548 du 1er juillet 1994, n° 94-653 et n° 94-654 du 29 juillet 1994 ou comment construire un droit de la bioéthique, Actualité législative Dalloz 1995, 145-213.
- Les lois organisent les relations sociales, elles ne sont calquées ni sur la science, ni sur la technique, in Le Savant et le politique aujourd'hui (*Colloque de la Villette*, juin 1996), Albin Michel, 1996, 181-192.
- Les lois bioéthiques ou comment masquer les intérêts contradictoires ? in La bioéthique est-elle de mauvaise foi ?, PUF, coll. Forum Diderot, 1999, 50-78.
- Les avatars de l'article 16-3 alinéa 1<sup>er</sup> du Code civil, D.2000 chron. 485-490.
- La loi relative à la bioéthique ou comment accroître l'accès aux éléments biologiques d'origine humaine, D. 2005, chron. 116- 121 et 172-179.

## ***D - Le corps humain et la personne juridique***

### **\* *articles généraux***

- Le rôle du consentement dans la pratique médicale, Médecine et droit, 1994 n°6, 57-59.
- Le transsexualisme, une question d'état méconnue, Rev. dr. san. et soc. 1979,291.

- Les principes juridiques impliqués par l'utilisation des tissus fœtaux, L'hôpital à Paris, juil. Août 1985, n°88,35.
  - La disponibilité du corps humain : corps sujet ou corps objet, Actes, 1985, n° 49-50,35.
  - Le suicide dans l'ordre du droit, Psychologie médicale, 1986,18,6,887-892.
  - L'esclave et les idéaux de la Révolution française, Milieux, 1987,30.
  - De la qualification de l'acte thérapeutique à son contrôle (commentaire de l'arrêt du 25 avril 1990 relatif à des coups et blessures volontaires reprochés à des médecins qui avaient opéré un transsexuel), Dalloz 1991, chron. 221-228.
  - Consentement et assujettissement, in Vers un anti-destin ? , Actes du colloque « Patrimoine génétique et droits de l'humanité », éd. O. Jacob, 1992, 471-478.
  - Les projets de loi sur le corps humain : des principes généraux pour une législation spéciale, Prévenir 1992, 2, 71-91 (n° spécial consacré à L'éthique, l'homme, la santé).
  - De la notion de personne handicapée à la notion de handicap : l'absence de définition juridique in L'heure du doute, insémination artificielle : enjeux et problèmes éthiques, John Libbey Eurotext 1994, 119-131.
  - L'embryon au regard du droit, in L'embryon humain est-il humain, PUF, coll. Forum Diderot, 1996, 27-46.
  - La construction juridique d'une atteinte légitime au corps humain, Dalloz, Hors série Justices, mai 2001, 113- 126.
  - Entrée « statut juridique du corps » in *Dictionnaire du corps*, sous la direction de Michela Marzano, PUF, 2007, p. 896-900.
  - Le corps à corps, in Autour de Pierre Fedida, Regards, savoirs, pratiques, sous la direction de Monique David-Ménard, PUF, 2007, p. 151-175.
- \* **recherche biomédicale**
- Les expérimentations sur l'homme : sur le sens du « consentement éclairé », Culture technique, n°15 (consacré à la médecine), nov. 1985,109.
  - La référence au contrat de soins dans les expérimentations sur l'homme in Ethique médicale et droits de l'Homme, Actes Sud/INSERM, coll. La fabrique du corps humain, 1988,123-146.
  - La loi du 20 décembre 1988 : loi visant à protéger les individus ou loi organisant les expérimentations sur l'homme ? Actualité législative Dalloz, 1989, 89-128.

- La notion de recherche bio-médicale au sens de la loi nouvelle, in La recherche bio-médicale (Colloque Aix-en-Provence 22 sept. 1989), Presses universitaires d'Aix-Marseille, 1989, 7-27

- Contrat de soins et contrat de recherche, La lettre du pharmacologue 1991, 11-15.

- Les règles applicables aux recherches biomédicales sur l'être humain, in Répertoire des essais thérapeutiques, Arcat-Sida 1992, 33-46.

- L'influence de la loi Huriet sur l'organisation de la recherche, Gestions hospitalières, nov.1992, 697-703.

- La place des CCPPRB dans la « comitologie » administrative, Journal International de Bioéthique, septembre 1994, n° Hors Série , volume 5, 13-15.

- L'expérimentation sur l'homme en France : analyse globale du système, points sensibles in Bioéthique, Les enjeux du progrès scientifique (colloque de Nancy du 7 mars 1998), ed. Bruylant, 2000, 117- 148.

- L'expérimentation sur l'homme et sur l'embryon : des règles visant à ne pas les réduire à des matériaux biologiques, in L'humain est-il expérimentable ?, PUF, coll. Forum Diderot, 2000, 65-92.

- La situation de personne malade et de personne qui se prête à une recherche biomédicale, in « 6° Colloque de médecine et de psychanalyse », Etudes freudiennes, 2004, 67-87.

- Juriscode, Code de la santé publique (sous la direction du Pr Frédérique Dreifuss-Netter), novembre 2006 :

Commentaire des articles L. 1121-1 à L. 1121-10, L. 1122-1 à L. 1122-2, L. 1123-1 à L. 1123-10, L. 1124-1 à L. 1124-7, L. 1125-1 à L. 1125-5, L. 1126-1 à L. 1126-7 du code de la santé publique ( et articles de nature réglementaire pris en application de ces dispositions légales) : règles relatives aux recherches biomédicales.

- Entrée « recherche biomédicale» in *Dictionnaire du corps*, sous la direction de Michela Marzano, PUF, 2007, p. 805-810.

#### **\* *prélèvement et utilisation des éléments du corps humain***

- Les règles juridiques organisant l'activité de transplantation d'organes, Revue Administration 1997 (n° spécial consacré à la transplantation, greffes d'organes et de tissus), 29-36.

- Don et/ou prélèvement d'organes, Revue Sciences sociales et santé, vol. 15, n° 1, mars 1997, 75-97.

Les prélèvements d'organes sur une personne vivante ou l'inconscient biologique d'un texte juridique, Club de la transplantation, 10 ème Séminaire, 8 et 9 octobre 1998, document ronéoté.

- L'obtention des organes : le don comme finalité et le prélèvement comme modalité, in *Les lois « bioéthique » à l'épreuve des faits : réalités et perspectives*, sous la direction de B.Feuillet-Le Mintier, PUF, 1999, 77-131.

- Etre soigné et fournir des éléments pour l'activité médicale, *Entreprise santé*, juillet-août 1999, 25-27.

-L'organisation de l'activité de transplantation d'organes par les règles juridiques in *La greffe humaine, (In)certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'autre*, PUF, coll. Science, histoire et société, 2000, 643-665.

- Autour du don et de la gratuité, *Premières rencontres internationales André Demichel*, Rev. gén. de dr. méd., n° spécial, 2002, p. 99-108.

- Consentement présumé ou droit d'opposition au prélèvement d'organes sur personne décédée : un exemple de conflit entre représentations communes et règles juridiques (rapport ronéoté, mars 2004, 147 pages).

- Les banques de tissus et d'organes : les mots pour le dire, les règles pour les organiser, *Petites Affiches*, n° spécial relatif à la révision des lois bioéthiques (sous la direction de G.Fauré), 18 févr. 2005, n° 35, 31-42.

- Juriscode, Code de la santé publique (sous la direction du Pr Frédérique Dreifuss-Netter), novembre 2006 :

Commentaire des articles L. 1221-1 à L. 1221-13, L. 1222-1 à L. 1222-9, L. 1223-1 à L. 1223-6, L. 1224-1 à L. 1224-3, L. 1271-1 à L.1271-8 du code de la santé publique (et articles de nature réglementaire pris en application de ces dispositions légales) : règles relatives au sang

- Retour sur l'affaire du sang contaminé : quels enseignements ? , *Revue Drôle d'époque*, 2006, p. 125-142.

- Entrée « sang » in *Dictionnaire du corps*, sous la direction de Michela Marzano, PUF, 2007, p. 834-839.

#### \* *diagnostic prénatal*

- Les questions juridiques soulevées par le diagnostic anténatal d'une malformation, *Chirurgie. Pédiatrique.*, 1985, 26, 67-75.

- Diagnostic prénatal : les présupposés normatifs, in *Diagnostic prénatal, procréations médicalement assistées, sciences de la vie, droits de l'homme, Des parlementaires à l'écoute*, ed. Lacassagne 1990, 33-39.

- La détection des anomalies fœtales, analyse sociologique et juridique, *Rapport définitif remis au CTNERHI juin 1993*, en collaboration avec A. Dusart ; ce rapport est paru aux Editions du CTNERHI (1995).

- La loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'IVG : la structure de sa construction juridique, *Revue générale de droit médical*, n°19, 2006, p. 67-78 (Colloque « Les trente ans de la loi sur l'IVG, Amiens, 25 janvier 2005).

\* ***procréations médicalement assistées***

- Le droit aussi a ses limites, in *Le magasin des enfants*, sous la direction de J. Testart, éd. Fr. Bourin, 1990, 219-237.

- L'illicéité de l'adoption plénière de l'enfant d'une « mère porteuse », note sous Cass. Ass. plén. 31 mai 1991, *Dalloz* 1991, 424-428.

- Quelques mises au point à propos des procréations médicalement assistées, *Actions et Recherches sociales*, juin 1992, n°2, 67-80.

\* ***génétique***

- L'activité de conseil génétique en oncologie : organisation et conséquences au regard du droit in *Oncogénétique, vers une médecine de présomption/prédiction* sous la direction de Y.J. Bignon, Lavoisier 1997, 343-361.

- Les règles juridiques applicables à l'activité de conseil génétique in *Risques héréditaires de cancers du sein et de l'ovaire, quelle prise en charge ?*, éd. INSERM 1998, 207-243.

- Identifier les personnes , identifier les maladies, Université franco-allemande, nov. 2002, 32-54 et [http// www. dfh-ufa.org/franz.bioethik.org](http://www.dfh-ufa.org/franz.bioethik.org)

- Entrée « test génétique » in *Dictionnaire du corps*, sous la direction de Michela Marzano, PUF, 2007, p. 917-921.