

Autopsie d'une plainte. Les leçons à en tirer

P. POLES

Points essentiels

- L'analyse de toutes les plaintes et réclamations est utile à la compréhension des inadéquations systémiques.
- L'analyse d'un événement spécifique de type plainte judiciaire (pénale, civile, administrative ou ordinale) concourt à repérer les adaptations utiles à mettre en œuvre pour accroître notre qualité de soins.
- L'analyse de la jurisprudence permet l'appréhension des limites sociales à notre exercice.
- Les plaintes doivent être analysées au même titre que tous les incidents ou accidents dans les procédures de soins.
- L'analyse peut venir en complément de rédaction d'une modification de protocole ou en adaptation de nos pratiques à la réalité sociale.
- Il convient de s'appuyer sur les praticiens ayant une double compétence (médecine et droit) pour aborder utilement cette analyse.
- Les enseignements de cette analyse doivent absolument être diffusés dans nos communautés soignantes.

Correspondance : SAMU 74, Centre hospitalier de la région d'Annecy, 1, avenue de l'hôpital - Metz-Tessy, BP 90074, 74374 Pringy cedex. Tél. : 04 50 63 66 00. E-mail : ppoles@ch-annecy.fr

1. Introduction

Confronté à un décès sans cause évidente le médecin est parfois amené à demander une recherche post mortem d'étiologie. Ceci parce que les conditions du décès sont suspectes (autopsie « médico-légale »), ou alors car il semble important de comprendre la cause de la mort pour le bénéfice des proches (autopsie « préventive ou de santé publique ») ou enfin parce que le contexte médical rends l'autopsie utile dans un but de compréhension physiopathologique (autopsie « recherche médicale »).

Pour chacun d'entre nous, comprendre ce qui se passe, ce qui s'est passé, faire des liens entre ce que nous avons pu voir, ce que nous avons suspecté, ce dont nous nous sommes douté et une réalité objective est indispensable tant pour valider nos raisonnements et nos conduites que pour obtenir le feed-back indispensable à notre formation continue.

Lorsque la mort interrompt brutalement un projet thérapeutique ou une histoire de vie sans que son origine réelle soit bien comprise, il existe alors une incertitude qui perturbe tous les processus de confortation. Pourtant, ce sont ces processus qui déterminent la qualité des apprentissages et qui progressivement vont devenir l'expérience.

Il en va de même de tous les événements que peut rencontrer un praticien.

Parmi tous ces événements dont il s'agit de tirer le plus de profit possible, les plaintes occupent un espace particulier. Il s'agit là d'une agression directe sur le praticien, ou son équipe, ou son institution. Souvent très lourdement ressenties, elles interfèrent directement avec l'estime de soi, avec la considération des équipes et avec le regard des pairs. Une plainte est avant tout un événement traumatisant pour le praticien mis en cause.

Pourtant l'ensemble de ces plaintes nous renseigne sur notre exercice, et sur notre rôle social. Considérées sous cet angle, les plaintes qui nous sont adressées deviennent des indications dont nous devons tenir compte, à nous de trouver la méthodologie qui convient.

2. Pourquoi analyser une plainte

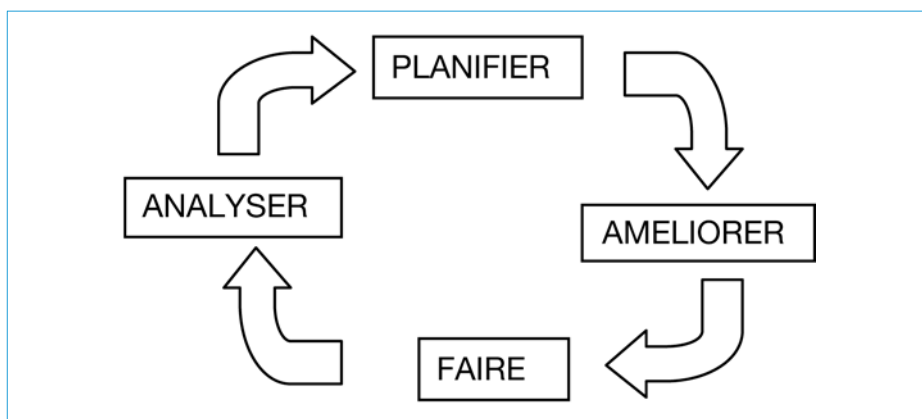
2.1. L'analyse des plaintes est l'équivalent d'une analyse d'événement indésirable

Dans la plupart des services de soins, une démarche formalisée d'analyse des événements indésirables liés aux soins (EILAS) existe. Cette démarche, quel que soit le nom qu'on lui donne « autopsie », « relecture », « débriefing », « defusing », « analyse rétrospective », « revue de cas », « revue de morbi-mortalité »... est essentielle d'une part à la construction permanente du savoir et d'autre part à la démarche qualité à laquelle chacun de nous doit s'honorer de participer.

Il s'agit là d'un des moteurs de progression pour chacun des membres d'une équipe et également pour chaque équipe.

W. Edwards Deming dans les années 60 proposait un modèle, souvent appelé « roue de Deming » ou roue de la qualité, comprenant 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment, Planifier, Faire, Analyser, Améliorer.

Ces quatre étapes constituant la base d'une démarche qualité, sont figurées ci-dessous :



Cette méthode est adoptée dans la plupart des services qui mène une démarche d'évaluation/amélioration de leur pratique. Elle est courante, dès qu'un incident ou un accident survient au décours des soins apportés au patient.

Pourtant, dans l'histoire d'un service, d'un pôle ou d'un praticien, certains événements sont rarement analysés. Et lorsqu'ils le sont, la charge émotionnelle vient souvent parasiter les raisonnements et rend difficile une exploitation utile. Il s'agit de l'analyse des plaintes et des prononcés de justice.

Lorsque la Justice s'introduit avec toute sa pompe dans l'histoire d'un service ou d'un praticien, nos analyses deviennent fragmentaires, éludant souvent certains aspects de l'information. Pourtant, de manière générale, l'introduction d'une logique alterne, d'une autre vision, est source de richesse. Les dires des juges procèdent d'une analyse éclairée par des confrères. Le rôle des experts est souvent crucial, en cela qu'ils expriment de la manière la plus claire possible l'enchaînement des faits et les anomalies apparentes. Malgré tout, une plainte est souvent vécue comme une agression pénible. Si, malgré l'émotion et la remise en question qu'elle provoque, on accepte de l'envisager comme un regard extérieur sur nos pratiques, une plainte peut devenir l'une des sources d'amélioration de nos pratiques.

Le ministère de la Santé français à récemment publié un guide d'exploitation des plaintes et réclamations dans les établissements de santé dans le but d'améliorer la qualité des soins (1). L'intention qui sous-tend ce guide est de faciliter la

réclamation par les usagers, quelle que soit son expression (spontanée ou non, écrite ou verbale). Cette communication particulière devant permettre à terme d'analyser de façon complète et quasi exhaustive tous les motifs de mécontentements des patients. La plainte change alors de nature. D'accusation elle se transforme pour devenir un outil nécessaire et efficace de l'amélioration du soin dans sa globalité. Ce guide encourage la valorisation de la gestion des plaintes, comme expression singulière des usagers. Il permet la création d'interfaces de communication entre les soignés et les soignants. Il recommande un recueil le plus exhaustif possible des réclamations afin d'engager un processus d'analyse de l'organisation de la chaîne de la prise en charge pour chacun des événements signalés. L'analyse systémique de ces événements aura pour but d'améliorer le soin à toutes ses étapes, pour un meilleur confort des usagers et une meilleure efficacité du soin dans sa globalité.

De la même façon qu'un événement indésirable, qu'un incident ou un accident, une plainte portée devant une juridiction doit pouvoir être analysée selon une méthodologie précise.

2.2. Les plaintes judiciaires ont un caractère spécifique, différent de l'ensemble des réclamations

S'il est intéressant de tenir compte de toutes les réclamations des patients, lorsqu'une insatisfaction va jusqu'au dépôt d'une plainte devant un magistrat, on doit pouvoir en tirer des enseignements supplémentaires. Outre la gravité, ressentie ou réelle des faits rapportés, une plainte est structurée par nécessité pour être défendue devant un juge. Cette structuration, souvent codifiée par la pratique judiciaire amène à dégager plus aisément des axes de travail pour la démarche qualité.

2.3. La jurisprudence qui s'établit à propos des plaintes constitue les bornes sociales de notre exercice

Dans notre pays, c'est le législateur qui crée le droit et donc qui détermine les limites de nos pratiques. Cependant, confrontés à un problème particulier, les magistrats élaborent des solutions qui, lorsqu'elles s'avèrent reproductibles constituent une précision de la loi, la jurisprudence.

La jurisprudence peut être définie comme « l'habitude de juger des tribunaux », qui, bien que dépourvue de tout pouvoir normatif, n'en constitue pas moins, en pratique, une autre source du droit à l'instar de la doctrine par exemple.

On pourrait énoncer trois critères théoriques, à l'origine de la formation de la jurisprudence. On dit alors qu'une décision « fait jurisprudence ».

– Formulation de la décision : une décision peut faire jurisprudence grâce :

1) à la fermeté du principe : si la formulation de la décision se voit être abstraite, générale et brève ;

2) à la nature de la juridiction ayant rendu la décision : par exemple, une décision émanant d'un Tribunal d'Instance sera beaucoup moins importante que celle émanant de la Cour de Cassation,

3) au nombre de décisions similaires rendues par la ou les Cours supérieures (tels la Cour de Cassation, le Conseil d'État, le Conseil National de l'Ordre des Médecin).

– Constance de la décision : la répétition d'une décision.

– Publicité de la décision : la publication de la décision. En effet, la jurisprudence n'aurait pas sa valeur sans la reconnaissance de la communauté des juristes.

En matière de plainte à caractère médical, l'analyse de ces différents prononcés de justice permet de préciser les limites de l'exercice médical et surtout les garanties, obligations et droits de l'ensemble des acteurs : droits, obligations et garanties des praticiens, droits, obligations et garanties des institutions, droits, obligations et garanties des patients.

Ainsi notre exercice est d'abord défini par une pratique scientifique, puis par des recommandations professionnelles, l'une et l'autre bornées par la Loi, par nos éthiques professionnelles et par ce droit « moins dur » que constituent la doctrine et la jurisprudence. La Jurisprudence constitue le regard de la société civile sur les pratiques.

Ainsi, on le voit bien, l'analyse de toutes les plaintes et réclamation est utile dans une perspective de travail sur la qualité du service rendu, l'analyse d'une plainte judiciaire comporte des éléments d'intérêt direct dans cette démarche qualitatives et l'analyse de la jurisprudence est un élément important dans la définition sociale du rôle et des limites de notre exercice.

Cette analyse peut être facilitée par une démarche formalisée. Si l'on adopte une grille de lecture de chaque plainte, les renseignements et enseignements que l'on peut en tirer apparaîtront plus aisément.

3. Analyser une plainte

3.1. Par qui

Les plaintes sont depuis longtemps l'objet d'une attention soutenue par les assureurs en responsabilité civile des praticiens. Quelques analyses fouillées et récentes de bases de données d'assurances sont disponibles à l'étranger : USA (2, 3) et Nouvelle-Zélande (4). La plus vaste enquête (2) porte sur la base des assureurs américains de la PIAA (Physician Insurance American Association) pour les années 1985-2000. Elle porte sur 49 345 plaintes, dont 29 126 ont été analysées. Vingt-trois pour cent de ces plaintes sont considérés comme évitables, et engagent donc la responsabilité des médecins. Mais les résultats de ces publications restent tout de même assez superficiels, souvent plus centrés sur le coût pour les assurances que sur l'analyse fine des dossiers et des causes. Les

articles insistent notamment sur la montée en puissance des plaintes non justifiées qui nécessitent quand même une gestion par les assurances.

Ce travail important est donc réalisé dans une optique particulière, qui diffère souvent de l'analyse que pourraient espérer les praticiens.

L'analyse que nous recherchons est plus orientée sur les « justes soins », le « bon soin » et tente de déterminer comment nous pouvons améliorer nos filières de soins, nos protocoles et nos organisations, afin de protéger au mieux les patients et les professionnels.

De ce fait l'analyse par les assurances est insuffisante. C'est au professionnel, impliqué dans une filière de soin, à qui il faut demander cette analyse. Malheureusement, la lecture et la compréhension des codes professionnels du monde judiciaire nécessitent un apprentissage parfois long. Il va donc être nécessaire de trouver des praticiens, acteurs du soin et bons connaisseurs du monde judiciaire. Les médecins légistes, les experts judiciaires sont souvent des lecteurs attentifs des décisions de justices, ils peuvent être sollicités pour synthétiser les décisions concernant tel ou tel aspect de notre exercice et sont capables d'extraire d'une décision particulière les enseignements utiles à l'amélioration d'une pratique. Une équipe peut également se constituer autour d'un habitué des prétoires pour tenter de lire et de comprendre les leçons qu'on peut tirer d'une décision judiciaire, de la même manière qu'une réunion de morbi-mortalité est organisée autour d'un animateur/expert.

3.2. Quand

Lorsqu'un service ou un praticien fait l'objet d'une plainte, il est difficile « à chaud » d'en proposer l'analyse. L'émotion et les difficultés multiples qui entourent cet événement ne permettent aucunement la sérénité nécessaire pour utiliser le regard que porte les magistrats sur telle ou telle activité. De plus, c'est la décision finale, celle qui ne fait plus l'objet d'aucun recours qui permet d'entrevoir les appréciations sociales des magistrats. Ces prononcés définitifs n'interviennent au mieux que 4 à 5 ans après la plainte. Même à ce moment là, à moins d'une solidité ou d'une expérience importante, l'exploitation d'une plainte reste très difficile pour un individu ou un service.

On peut retenir deux temps propices à cette démarche.

3.2.1. *En dehors de toute difficulté, concernant une modification de protocole de soin ou d'organisation*

Après définition des modifications souhaitées, si les changements sont substantiels, la prospective permet d'imaginer une difficulté à venir ou une source de litige ou d'erreur éventuelle. Une revue de la jurisprudence permet de vérifier qu'un tel événement peut se réaliser et quelles solutions les juges ont trouvées pour répondre à ce problème.

Exemple : Dans le protocole de prise en charge au service d'urgence des lésions de la main, on décide de permettre la mise en œuvre de blocs anesthésiques loco-régionaux dès l'accueil. Outre les problématiques techniques de réalisation (qui, quand, pour quelles lésions...) il convient de s'interroger sur l'information que doit recevoir le patient sur la technique qu'on va lui proposer dans la mesure où préexistait un protocole de prise en charge sans ces techniques. Évoquant le consentement aux soins en général, le Code de déontologie médicale pose de facto l'urgence et l'impossibilité du recueil de consentement comme des circonstances dans lesquelles le médecin est tenu d'agir en priorité, au détriment de l'information du malade ou de ses proches. Encore faut-il savoir de quelle urgence on parle ! La jurisprudence peut nous permettre d'apprécier les limites de cette notion floue « d'urgence ».

Par plusieurs arrêts, les juges ont posé les garde-fous du devoir d'information, en asseyant nettement une position selon laquelle c'est l'immédiateté du danger ainsi que son caractère irréparable qui représente le fait justificatif d'une intervention médicale réalisée alors même que l'intéressé n'a pas pu consentir à celle-ci. Dès lors dans le protocole nouveau, une information peut utilement être prévue.

3.2.2. *En dehors de toute difficulté, dans une perspective de « veille jurisprudentielle » pour adapter nos pratiques aux indications des magistrats*

Il s'agit là d'un exercice presque inverse au précédent. Le raisonnement qui y amène est d'observer la jurisprudence et ses évolutions les plus récentes afin d'en tenir compte dans nos pratiques. Ainsi, si l'on observe les plaintes et les décisions qui les ont suivies, on peut se rendre compte de ce qui constitue le fait litigieux entre nos patients et nous et observer comment la société (au travers du dire des juges) les comprend et les arbitre. Lorsqu'une solution est retenue et reproduite, nous devons en tenir compte.

Exemple : Les jugements en matière de qualification pénale de l'acte médical refuse de retenir l'erreur de diagnostic. Sauf en cas de faute caractérisée : défaut total d'examen du patient (6), retard anormal d'établissement du diagnostic (7), ignorance grave au regard des antécédents du patient (8) ou négligence avérée dans l'établissement du diagnostic (9), manque d'esprit critique du médecin face à un diagnostic aberrant (10), ou encore du refus de deux médecins dont les diagnostics divergent d'en référer à un tiers qualifié (11). Cette observation de la jurisprudence nous permet donc de connaître très précisément les limites dans lesquelles notre diagnostic n'est pas fautif même s'il est erroné. Nos protocoles de prise en charge doivent donc permettre d'éviter ce risque, pour nos patients et nos équipes.

3.3. Comment

Peu habitué à lire ou à chercher des références juridiques, le praticien intéressé doit se constituer une méthode de recherche rapide et accessible. Il va se poser

essentiellement deux questions : où trouver ce qui m'intéresse, comment sélectionner et comprendre l'information disponible ?

3.3.1. *Quelles sources*

Il existe une importante quantité de sources écrites. La plupart des documentalistes des cabinets d'avocat se servent des publications tant de la Cour de Cassation (Bulletin d'information de la Cour de Cassation, Bulletin des Arrêts de la cour de Cassation) que du Conseil d'État (Décision du Conseil d'État publié par la Documentation Française) ou les recueils publiés par des éditeurs privés (Dalloz, Lebon, Berger-Leveau, Gazette du Palais). Ces sources sont intéressantes en ce qu'elles sont souvent synthétisées et font l'objet d'une classification par mot-clefs, cependant elles ne représentent qu'une infime partie (entre 5 et 10 %) des décisions.

Internet et les bases exhaustives sont d'un usage plus rapides, facilement accessible et surtout, grâce aux moteurs de recherches, ces bases sont nombreuses (Juris-Data, Jurifrance mais aussi Lamyline, Legifrance, Lexis-Nexis et Lexbase). Des éditeurs juridiques privés produisent et vendent des bases de données exhaustives de sources brutes. Lamy fut un précurseur, notamment avec les arrêts inédits de la Cass' et avec la Bibliothèque Sources de Lamyline Reflex. Juripro fait de même. Lexbase publie en ligne la Cour d'appel et le tribunal de grande instance de Paris. La plupart de ces bases sont d'accès payant et donc ces recherches sont souvent onéreuses. Cependant, gratuitement on peut accéder aux bases de Legifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr/>), de la Cour de Cassation (<http://www.courdecassation.fr/>), du Conseil d'État (<http://www.conseil-etat.fr>) et donc se constituer à moindre frais une solide base personnelle.

3.3.2. *Quels éléments retenir*

Chaque dossier est différent. Pour tenter de rapprocher des conclusions, il est nécessaire de rédiger des synthèses sous un mode le plus uniforme possible. On peut proposer le modèle suivant.

Pour chaque dossier sont notés, conformément aux pratiques internationales de codage : les références du dossier et de la plainte, l'âge, le sexe, la sémiologie motivant la consultation du service ou du praticien, le diagnostic et la conduite thérapeutique et diagnostique du médecin, les suites médicales faisant l'objet de la plainte (processus défaillant).

À la suite on portera des appréciations spécifiques :

Deux critères permettant d'apprécier le risque réel :

- sévérité de l'incident : grave (séquelles ou décès) ou mineur ;
- responsabilité reconnue du médecin : oui ou non.

D'autres critères qui permettent d'apprécier le contexte (ou les causes) :

- niveau de complexité du tableau médical : nombre de pathologies intriquées ou masquantes (tableau isolé / tableau multipathologiques) ;

- niveau de banalité : banalité apparente du tableau clinique inaugural chez un patient / affection connue et déjà prise en charge ;
- nombre de médecins intervenant dans la prise en charge (réfèrent traitant, remplaçant, non réfèrent traitant, urgentiste, régulateur du 15) (1 seul médecin/ plusieurs) ;
- présence ou absence d'éléments particuliers de contexte chez le médecin incriminé (fatigue, distance, pressions diverses, problème de disponibilité ou de transmission d'informations, patient difficile, etc.).

3.3.3. Comment formaliser les enseignements

Une grille de lecture d'événements indésirables est souvent facile à adapter pour extraire les enseignements de la lecture d'une décision de justice. Pour cela, les renseignements que l'on a extraits peuvent être remis en une forme qui nous est plus familière :

3.3.3.1. Qu'est-il arrivé ?

1. Quel est l'événement qui a fait l'objet de la plainte ? Quel est le dommage ou la conséquence ?
2. Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable ?

3.3.3.2. Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes immédiates) ?

3. La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à une procédure de soins (intervention, acte de soins, protocole, procédure) ?
4. Y-a-t-il eu une erreur humaine à l'origine de l'événement indésirable, et notamment : les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ? Une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ?

Pourquoi cela est-il arrivé (recherche des causes profondes) ?

5. L'organisation des activités, et les responsabilités, étaient-elles explicitement définies ?
6. La communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage, a-t-elle été suffisante ?
7. La composition des équipes de soins était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en nombre et en compétence ?
8. Les locaux, les équipements, les fournitures et les produits de santé étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?
9. Y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou dans la gestion des ressources humaines ?

3.3.4. Défenses prévues et prévention

10. Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elles été tirées pour éviter que l'événement ne se répète ?

Cette reformulation constitue un considérable travail. Il est indispensable de colliger ce travail et d'en faire profiter le plus largement possible nos communautés ; soit sous forme d'article synthétique et de posters pour nos congrès professionnels, soit sous forme de réunion de formation continue, soit enfin sous forme d'article bref dans nos publications spécialisées. La préparation de ces publications en amène la clarification et la synthèse. Ce travail important en permet l'appropriation.

4. Conclusion

Ce travail « d'autopsie des plaintes », parfois fastidieux, a vraiment une utilité collective. Il permet de rechercher ensemble des moyens d'exercer le mieux possible dans le cadre contraint qui est le notre.

Cette démarche est relativement nouvelle parmi les communautés urgentistes, chaque entreprise de cette nature mérite d'être partagée auprès du plus grand nombre afin d'être commentée et de faire l'objet d'un consensus professionnel. Nous aurons sans doute avantage à développer ainsi notre propre expertise.

Les travaux qui ont pu être publiés sur ce thème depuis quelques années sont suffisamment riches d'enseignements pour pouvoir être utilisables dès les formations initiales en médecine d'urgence tant pour la partie de régulation (12, 13), que l'accueil des urgences (14), l'accueil pédiatrique (15), ou l'intervention préhospitalière, que dans les rapports avec les institutions ou avec les instances ordinaires. La lecture de ces travaux permet de vraiment comprendre les limites et le cadre imposés à notre exercice. Cette connaissance est non seulement utile pour définir nos actions mais contribue à apaiser les relations anxiogènes des médecins avec l'institution judiciaire. Notre exercice a besoin de sérénité pour être complètement efficace et utile au patient.

L'examen des plaintes permet partiellement cet apaisement et limite le ressentiment excessif qui survient presque toujours lorsque l'un d'entre nous est mis en cause. En se confrontant à la réalité des jugements, nous pouvons retrouver une réelle liberté d'esprit et d'exercice, les juges accompagnent le plus souvent la société avec bon sens et humanité.

Références

1. « Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers » - Brochure éditée par le Ministère de la Santé - Éditions Dicom - Paris - 2010.
(http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plaintes_reclamations/guide_dhos.pdf)

2. Phillips, R., Bartholomew, L., Dovey, S., Fryer, G., Miyoshi, T., Green, L. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States *Qual Saf Health Care* 2004 ; 13 : 121-6.
3. Studdert, D., Mello, M., Gawande, A., Gandhi, T., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, AL., Brennan, T. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation, *NEJM*, 2006, 354 (19) : 2024-33.
4. Bismark M., Brennan, T., Paterson, R., Davis D., Studdert M. Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events *Qual Saf Health Care* 2006 ; 15 : 17-22.
5. Kostopoulou O. Brendam D. Confidential reporting of patient safety events in primary care: results from a multilevel classification of cognitive and system factors, *Qual. Saf. Health. Care*, 2007, 16 : 95-100.
6. Cass. Crim., 26 mars 1997, concernant un praticien qui, en possession d'une lettre du médecin traitant faisant état d'une suspicion d'infection grave, s'abstient d'examiner le patient et tarde à lui délivrer les soins urgents nécessaires.
7. C.A., Bordeaux, 3^e Ch. Corr., 7 avr. 1993, *Juris-Data* n° 046166 ; M. & D., mai-juin 1994, n° 6, brèves, p. 80, obs. (J.-H.) Soutoul.
8. Cass. Crim., 30 oct. 1996, n° 96-80.263 ; M. & D., 1997, n° 24, p. 27, chron. (A.) Le Gallou ; Cass. Crim., 26 juin 1999, *Juris-Data* n° 003443 ; M. & D., 2000, n° 42, brèves, p. 32, obs. (P.) Biclet.
9. C.A., Aix en Provence, Ch. Corr., 30 nov. 1998, *Juris-Data* n° 045722, rapports in M. & D., 1999, n° 35, brèves, p.31, obs. (P.) Biclet.
10. Cass. Crim., 25 sept. 1996, *Juris-Data* n° 004158 ; Dr. Pén., 1997, p. 10 ; M. & D., 1997, n° 24, p. 26, chron. (A.) Le Gallou ; L.C.H., sept. 1997, n° 127, p. 13, comm. (C.) Clement.
11. Cass. Crim., 19 déc. 1997, n° 96-82.377 ; J.C.P. éd. G., 1997, II, n° 22889 ; M. & D., 1999, n° 37, p. 11, obs. (A) Donnier.
12. Hertgen P., Bodenan P., Perry D., Gonzales C., Petit J.-L., Fuilla C. La responsabilité pénale du médecin régulateur : analyse de jurisprudence, *JEUR* Vol. 20 - N° 1S - mai 2007 - page 123.
13. Ferrari I., conseiller référendaire à la Cour de cassation, *Le médecin devant le Juge Pénal – Rapport Annuel de la Cour de Cassation – Études et Documents – 1999*, 324-8.
14. Sec I., Dumas F., Becour B., Kierzek G., Rey C., Pourriat J. (Paris) - *La médecine d'urgence face à la judiciarisation. Communication CP126 – Urgence 2010*.
15. Najaf-Zadeh A., Dubos F., Pruvost I., Hue V., Martinot A. (Lille) - *Épidémiologie des plaintes concernant les enfants : analyse d'une base de société d'assurances. Archives de Pédiatrie* Volume 17, Issue 6, Suppl. 1, Juin 2010, Page 7.

