

# Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002

**Maxence Cormier**

Maître de conférences associé en droit public à l'Institut d'études politiques de Rennes

**Une loi relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé » a été votée le 4 mars 2002. Gros plan sur les mesures qui ont accru et unifié les droits reconnus aux personnes malades.**

Une première synthèse des droits des patients hospitalisés, la « charte du patient hospitalisé », avait été publiée en annexe d'une circulaire du 6 mai 1995. Néanmoins, cette charte est apparue très rapidement insuffisante pour certaines associations de patients et de malades. C'est donc en réponse à leurs attentes que le Premier ministre a annoncé dès juin 1999 la présentation au Parlement d'un texte sur les droits des malades. C'est dans ce contexte qu'a été adoptée le 4 mars 2002 la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Deux solutions avaient été envisagées à propos de ce texte. Une loi uniquement consacrée aux droits des patients et des malades, ou une loi concernant plus largement le système de santé mais qui comporterait une ou plusieurs parties relatives aux droits des patients. Le calendrier électoral, le nombre de projets et de propositions de lois en attente d'être votés au Parlement et l'exercice du droit d'amendement lors de l'examen du texte par les parlementaires ont abouti à la seconde solution. En réalité, c'est une véritable loi portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social dénommée loi « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » qui a été votée. Cette loi comporte 126 articles réunis en cinq titres :

- le premier relatif à la solidarité envers les personnes handicapées qui comporte deux articles adoptés afin de revenir sur la jurisprudence Perruche ;
- le deuxième relatif à la démocratie

sanitaire dans lequel est détaillé l'essentiel des « droits » des patients ;

- le troisième concerne la qualité du système de santé (y sont notamment traitées les questions de la compétence des professionnels de santé, de la chirurgie esthétique, de la déontologie des professions, de la création d'un Conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste, de la politique et des institutions de prévention, des réseaux de santé, des sociétés coopératives hospitalières de médecins...)

- le quatrième relatif à la réparation des conséquences des risques sanitaires comporte des dispositions concernant l'assurance, l'expertise en matière d'accident médical et la réparation des conséquences des risques sanitaires ;

- enfin, le cinquième titre expose des dispositions relatives à l'outre-mer.

Le volet « droits des malades » de cette loi a été manifestement élaboré, discuté et adopté avec l'objectif d'accroître les droits reconnus aux personnes malades, mais aussi d'unifier ces droits et de les consacrer en leur donnant une valeur juridique plus importante dans la hiérarchie des normes. Ce texte est donc marqué par un double mouvement de consécration de droits préexistants et de reconnaissance de droits nouveaux.

## La consécration de droits préexistants

L'intervention du législateur a eu deux

conséquences. La première consiste à attribuer à des droits préexistants une valeur législative. La seconde consiste à reconnaître à toute personne malade les mêmes droits, et cela quel que soit son mode de prise en charge avec ou sans hospitalisation, en établissement de santé ou en médecine de ville, et quelle que soit la nature juridique — publique ou privée — de la structure de soins ou de la forme d'exercice salarié ou libéral du professionnel de santé qui a dispensé les soins.

### La consécration législative des droits des malades

Certains droits de la personne malade étaient déjà reconnus dans des textes législatifs (notamment dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, dans les lois bioéthiques du 29 juillet 1994, dans les ordonnances du 24 avril 1996 ou encore dans la loi du 9 juin 1999 relative au droit à l'accès aux soins palliatifs), dans des textes réglementaires (notamment dans le Code de déontologie médicale), ou encore par la jurisprudence administrative et judiciaire. L'apport de la loi du 4 mars 2002 est donc de leur donner une valeur juridique uniforme, à savoir une valeur législative.

### La formulation de grands principes

Ces droits s'imposent ainsi à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, aux établissements de santé, aux services et organismes publics et privés qui prennent en charge des personnes malades et qui réalisent des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins. Doivent ainsi notamment être garantis l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état (Code de la santé publique, art. L. 1110-1), la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible (CSP, art. L. 1110-1), le droit au respect de la dignité de la personne malade (CSP, art. L. 1110-2), l'absence de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins (CSP, art. L. 1110-3), le droit au respect de la vie privée et au secret des informations concernant une personne malade (CSP, art. L. 1110-4), le droit 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 (CSP,

art. L. 1110-5), le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur (CSP, art. L. 1110-5), le droit au libre choix de son praticien et de son établissement de santé (CSP, art. L. 1110-8) et le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement (CSP, art. L. ; 1110-9). Si ces droits antérieurement reconnus sont consacrés par le législateur, ce dernier n'a pas hésité à reprendre, voire à étendre certains aménagements ou dérogations à ces droits. C'est par exemple le cas en matière de secret des informations concernant une personne malade (c'est-à-dire l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel des établissements de santé ou des organismes susmentionnés et de toute personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements et organismes). La loi permet ainsi, sauf opposition de la personne malade dûment avertie, l'échange d'informations protégées par le secret entre deux ou plusieurs professionnels de santé afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible (on pense notamment à une prise en charge dans le cadre d'un réseau de santé). Afin d'assurer le respect de ces droits et principes, le législateur a détaillé un certain nombre de garanties.

### Le développement de garanties

Il est ainsi prévu que l'évaluation interne et que l'accréditation des établissements de santé prennent en compte les mesures prises par ces établissements pour assurer le respect des droits des personnes malades. Par ailleurs, les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) sont précisées puisqu'elle est désormais chargée d'établir des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information médicale.

Une nouvelle instance de concertation est également créée dans les établissements de santé publics et privés. Il s'agit de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge qui a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette nouvelle instance se substitue à la commission de conciliation qui est supprimée. Pourquoi

cette suppression et cette substitution ? La loi ne le dit pas. Les commissions de conciliation, n'auraient, aux dires de certains parlementaires, pas fonctionné. Cette affirmation n'est pas convaincante, d'abord parce que nombreux sont les rapports d'activité de ces commissions montrant le contraire, et ensuite parce qu'elles étaient finalement très récentes et qu'il était donc difficile de conclure si rapidement et si radicalement à un échec. Il est d'ailleurs paradoxal que ce soit une loi sur les droits des malades qui ait ainsi supprimé la commission de conciliation, unique organisme de protection des droits des personnes malades au sein des établissements de santé. Il est certain que les commissions de conciliation devaient être réformées, ne serait-ce que parce qu'elles étaient très mal dénommées (n'ayant aucun pouvoir de conciliation), mais leur remplacement paraît maladroite, sauf bien entendu à considérer, mais en l'absence de décret d'application il est difficile de l'affirmer, que la commission de conciliation a simplement changé de nom et que la nouvelle commission des relations avec les usagers poursuivra les missions qui lui étaient initialement dévolues.

Enfin, la loi reconnaît une participation plus importante des associations de malades et d'usagers du système de santé, notamment aux instances hospitalières. Les associations agréées à l'échelon national peuvent ainsi, sous certaines conditions, se porter partie civile dans le cadre de procédures pénales relatives à des infractions « portant un préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé » (CSP, art. L. 1114-2).

### La consécration de droits reconnus à tout malade

La seconde conséquence de cette loi est de consacrer des droits qui s'appliquent à toute personne malade, ce qui n'exclut pas certaines modulations applicables à des catégories particulières de personnes.

### Le dépassement des clivages traditionnels

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière avait déjà commencé cette œuvre d'unification du droit des personnes malades en créant la notion d'établissement de santé. Ainsi, dès 1991, certains droits de la personne malade étaient applicables aux personnes prises en charge, avec ou sans hospitalisation, dans un établissement

de santé public ou privé. La loi du 4 mars 2002 poursuit cette unification des droits des personnes malades puisque désormais ces droits sont reconnus à toute personne suivie par un professionnel de santé quel que soit son mode d'exercice (en libéral, en qualité de salarié, de fonctionnaire ou encore d'agent public) et son mode de prise en charge par tout établissement de santé, réseau de santé, service ou organisme, publics ou privés, participant à la prévention, au diagnostic ou aux soins. Le champ d'application de ces droits est ainsi étendu de manière très importante.

#### La modulation des droits selon les catégories de patient

Certaines catégories de personnes malades — les mineurs, les majeurs sous tutelle (les majeurs sous curatelle étant totalement ignorés par cette loi) et les personnes hospitalisées sans leur consentement à la demande d'un tiers ou d'office — voient leurs droits aménagés pour tenir compte de la spécificité de leur situation ou pour leur assurer une meilleure protection.

C'est le cas pour les mineurs et les majeurs sous tutelle en matière de consentement aux soins, d'information médicale et de protection du secret médical. Ainsi le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché dès lors qu'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (CSP, art. L. 1111-4). Il faut d'ailleurs souligner que le nouveau dispositif législatif reconnaît une autonomie accrue au mineur. L'article L. 1111-5 du Code de la santé publique permet, sous certaines conditions, au médecin : « de se dispenser d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement, ou l'intervention, s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où ce mineur s'oppose expressément à la consultation du titulaire de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé ». C'est également le cas pour les personnes hospitalisées à la demande d'un tiers ou d'office en matière de consultation des informations médicales les concernant. En effet, la loi prévoit un dispositif permettant d'éviter, en cas de risques d'une gravité particulière, un accès direct de la personne hospitalisée sans son consentement aux informations médicales la concernant.

L'œuvre du législateur n'est pas seu-

lement une œuvre de réécriture et de synthèse des droits de la personne malade, elle est aussi une œuvre de création. En effet, dans ce texte le législateur a su innover en reconnaissant des droits nouveaux aux personnes malades.

### La reconnaissance de droits nouveaux

Sur cette question des droits nouveaux, l'intervention du législateur a été largement provoquée par la jurisprudence. En matière d'information, il poursuit la démarche initiée par le Conseil d'État et par la Cour de cassation en instituant une obligation d'information élargie. Concernant l'indemnisation et la responsabilité, il vient unifier le droit afin de supprimer les différences de régimes applicables suivant que la personne malade était victime d'un préjudice imputable à une personne publique ou privée.

#### Les droits à l'information et au consentement renforcés

Le législateur reprend et étend les droits à l'information et au consentement, et apporte une innovation importante en instituant la personne de confiance.

#### Le droit à l'information

La loi distingue trois obligations d'information qui incombent aux professionnels de santé. En premier lieu, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel portant non seulement sur « les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles (ce qui exclut les risques exceptionnels) qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus », mais également sur les risques nouveaux identifiés « postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention ». En outre, la loi précise que toute personne « a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et des établissements de santé » (CSP, art. L. 1111-7). Cette personne peut accéder à ces informations directement ou par l'in-

termédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication dans un délai de deux à huit jours. Toutefois, la loi prévoit certains aménagements du droit à l'accès direct à ces informations d'une part, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée et, d'autre part, pour certaines personnes hospitalisées à la demande d'un tiers ou hospitalisées d'office.

En deuxième lieu, la loi reconnaît à toute personne le droit d'être informée sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge (CSP, art. L. 1111-3).

En troisième lieu, l'article L. 1142-4 du même code impose à tout professionnel, établissement de santé, service ou organisme de santé d'informer, dans un délai de quinze jours suivant la découverte du dommage ou d'une demande expresse et lors d'un entretien individuel, « toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins » sur les circonstances et les causes de ce dommage.

La loi rappelle également qu'« aucun acte médical, ni aucun traitement, ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » et que « ce consentement peut être retiré à tout moment ». Sur cette question du consentement aux soins, le législateur innove dans la mesure où il revient sur la solution retenue par le Conseil d'État le 26 octobre 2001 dans l'arrêt *Senanayake*. En effet, le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique dispose qu'un médecin : « doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ». Cette disposition semblait alors s'opposer à ce qu'un médecin pratique des actes indispensables à la survie d'une personne qui s'y serait expressément opposée. Le Conseil d'État a interprété cette disposition autrement dans une ordonnance de référé du 16 août 2002. En effet, après avoir indiqué que le droit pour une personne majeure de consentir à un traitement médical revêt le

caractère d'une liberté fondamentale, le juge des référés a précisé qu'un médecin ne porte pas à cette liberté fondamentale une atteinte grave et manifestement illégale lorsque, après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, il accomplit, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état. Cette interprétation de l'article L. 1111-4 laisse ainsi au médecin la faculté, dans des conditions strictement définies, de ne pas tenir compte de la volonté exprimée par un patient. Cette intervention du juge administratif est la bienvenue, tant la formulation du deuxième alinéa de cet article était imprécise.

#### **La personne de confiance**

La personne de confiance peut être désignée par toute personne majeure. La loi exige que cette désignation soit faite par écrit. La personne de confiance, qui ne peut être qu'un parent, un proche ou son médecin traitant, a deux missions principales. Premièrement, elle doit être consultée au cas où la personne malade qui l'a désignée serait elle-même hors d'état d'exprimer sa volonté et donc son consentement à la réalisation d'un acte médical ou d'un traitement. Dans cette situation, c'est cette personne de confiance qui recevra l'information nécessaire. Deuxièmement, si la personne malade en a exprimé le souhait, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Il convient de souligner qu'il appartient désormais à tout établissement de santé public ou privé de proposer au malade de désigner une personne de confiance « *lors de toute hospitalisation* ».

#### **Le droit à l'indemnisation garanti**

Avant la loi du 4 mars 2002, il existait en matière de responsabilité médicale deux droits (le droit administratif et le droit civil) et deux juges (le juge administratif et le juge judiciaire). Cette loi entend unifier le droit applicable en matière de responsabilité sans faute pour autant mettre fin au dualisme juridictionnel. Pour ce faire, elle fixe les principes généraux applicables en matière de responsabilité médicale. Cette unification ne concerne pas l'ensemble de la responsabilité hospitalière mais seulement la responsabilité médicale *stricto*

*sensu*, c'est-à-dire la responsabilité, liée aux actes de prévention, de diagnostic ou de soins. Par ailleurs, afin de garantir l'indemnisation des préjudices résultant d'actes de prévention, de diagnostic et de soins, la loi crée une procédure de règlement amiable.

#### **L'inscription dans la loi des principes du droit de la responsabilité**

Dans la loi du 4 mars 2002, il ne fait aucun doute que la responsabilité pour faute est le principe et que la responsabilité sans faute fait figure d'exception. Plus précisément, l'article L. 1142-I du Code de la santé publique dispose que : « *hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* ».

Ainsi, pour les professionnels de santé, sous réserve du régime de responsabilité sans faute applicable en matière de responsabilité du fait d'un produit de santé, c'est exclusivement le régime de responsabilité pour faute qui a vocation à s'appliquer. Désormais, l'engagement de la responsabilité d'un professionnel de santé est invariablement subordonné à la preuve de la commission d'une faute.

En ce qui concerne les établissements de santé, les services et les organismes, à l'exception de la responsabilité du fait d'un défaut d'un produit de santé et de celle d'une infection nosocomiale, c'est également un régime de responsabilité pour faute qui s'applique.

Sur la gradation de la faute, il convient de souligner que le législateur se contente d'une faute simple. Cette solution est logique dans la mesure où, en matière de responsabilité médicale, le juge administratif avait choisi en 1992 de s'aligner sur la jurisprudence judiciaire en abandonnant la faute lourde au profit de la faute simple. Toutefois, il faut préciser que la suffisance d'une faute simple connaît une exception en ce qui concerne le handicap causé par une faute médicale puisque le législateur exige alors la preuve d'une « *faute caractérisée* ».

Hormis l'hypothèse de la responsabilité du fait d'un produit défectueux, la responsabilité sans faute (qui est plus favorable à la victime, l'établissement ne pouvant s'exonérer de sa responsabilité qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère, ce qui en pratique est quasiment impossible) concerne exclusivement « *les dommages résultant d'infections nosocomiales* » imputables aux établissements, services et organismes susmentionnés. La responsabilité sans faute a donc bien un caractère subsidiaire.

Enfin, en cas d'échec des mécanismes classiques de responsabilité, le dispositif législatif innove en étendant aux infections nosocomiales le nouveau régime de réparation des accidents médicaux fondé sur la solidarité nationale. Ce nouveau régime d'indemnisation résultant de la survenance d'un aléa thérapeutique est détaillé dans l'article L. 1142-II du Code de la santé publique : « *lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvrent droit à réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret (...)* ». L'intérêt de ce nouveau régime est d'abord de remédier aux inconvénients du dualisme juridictionnel. En effet, alors que le juge administratif acceptait depuis avril 1993 le principe de la réparation des conséquences de la survenance de l'aléa thérapeutique, la Cour de cassation le refusait (Cass. Civ., 8 nov. 2000). Il est ensuite d'étendre le champ d'application de l'aléa thérapeutique en incluant l'accident médical, l'infection iatrogène et l'infection nosocomiale. Il est enfin de poser des conditions *a priori* plus souples que celles qui étaient exigées par le Conseil d'État dans sa jurisprudence Bianchi du 9 avril 1993. Au surplus, afin de faciliter l'indemnisation des victimes, le législateur a institué une nouvelle procédure facultative (la victime disposant toujours de la faculté de saisir directement le juge compétent) de règlement amiable des conséquences dommageables des

accidents médicaux et des infections nosocomiales.

**La procédure de règlement des conséquences dommageables des accidents médicaux et des infections nosocomiales**

La loi met en place une commission régionale de conciliation et d'indemnisation qui est notamment chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales. Selon l'article L. 1142-7 du Code de la santé publique, cette commission régionale peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal voire par les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. Cette commission doit alors émettre un avis, après une expertise contradictoire, dans un délai de six mois à compter de sa saisine. Cet avis porte sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable, mais

uniquement si les dommages, subis par la victime présentent un caractère de gravité suffisant au sens de l'article L. 1142-1 II susmentionné. À ce stade, deux situations doivent être distinguées :

- soit la commission régionale estime que c'est la responsabilité d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, d'un service, d'un organisme ou d'un producteur d'un produit de santé qui doit être engagée. Dans cette hypothèse, l'assureur qui garantit la responsabilité de la personne physique ou morale considérée comme responsable par la commission doit, dans un délai de quatre mois, adresser à la victime ou à ses ayants droit une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale de ses préjudices. En cas de silence ou de refus de l'assureur de faire cette offre, l'Office national d'indemnisation (deuxième instance créée par la loi) lui est substitué ;
- soit la commission régionale considère qu'aucun auteur identifiable n'est responsable. Il s'agit alors d'indemniser la victime au titre de la solidarité nationale. Dans cette seconde hypothèse, la commission saisit directement l'Office national d'indemnisation. Ce dernier dispose alors

d'un délai de quatre mois pour adresser à la victime ou à ses ayants droit une offre visant à la réparation intégrale des dommages qu'elle a subis.

Si cette loi constitue une avancée importante en matière de droits des personnes malades, on ne peut s'empêcher de penser que ce texte est incomplet. En effet, il paraît déséquilibré car il ne traite pas — ou si peu (la loi se bornant à déclarer que : « les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ») — des devoirs des patients. Pourtant, il est certain que la personne malade a, vis-à-vis du professionnel de santé et de l'établissement qui la prend en charge, des devoirs, comme par exemple celui de donner des informations sincères aux professionnels qui lui délivrent des soins. Or reconnaître aux personnes malades de tels droits sans contrepartie risque de décourager nombre de professionnels de santé qui fuiront certaines disciplines et certaines formes de soins, réduisant d'autant l'offre de soins et les droits que le législateur a paradoxalement voulu garantir. ■

# Santé publique

**Santé publique.** Sommaire 2002/3

**Éditorial**

- Santé mentale et exclusion : un enjeu de santé publique, *J. Simonnet*

**Études**

- Les accidents domestiques, de loisirs et sportifs d'une population active : perspectives de prévention par l'éducation pour la santé, *C. Godard, A. Chevalier, G. Lahon*
- Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes : analyse d'une série hospitalière de 729 patientes, *S. Ben Ahmed, S. Aloulou, M. Bibi, A. Landolsi, M. Nouira, L. Ben Fatma, L. Kallel, O. Gharbi, S. Korbi, H. Khairi, C. Kraïem*

- Connaissances sur l'accréditation acquises par le personnel des hôpitaux de Marseille, *S. Gentile, S. Tardieu, P. Vignally, H. Mendizabal, C. Raufaste, E. Jouve, R. Sambuc*
- Adolescence marocaine en milieu urbain, *J. Grousset*

**Pratiques**

- Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires, *S. Fanello, P. Paul, V. Delbos, Y. Roquelaura, N. Jousset, P. Duverger, J.B. Garre*

**Opinion**

- Prévention à l'adolescence et modèle biomédical, histoire et actualité, *P. Meremans, J. P. Deschamps, A. Deccache*
- L'éducation par la peur, une campagne anti-tabac, *P. Lecorps et al.*
- Incroyable mais clair avec ! *M. Schoene*

**Lettres du terrain**

- Opinion de volontaires sur leur première mission d'aide humanitaire, *P. Blasco, R. Gagnayre*
- Éducation pour la santé en entreprise ? Un service médical à l'épreuve du terrain, *C. Godard et al.*
- La souffrance psychique : ... et d'eux que pouvons-nous apprendre ? *A. Liber, M. Lévy*
- Infirmier(s) psychiatrique(s) dans le dispositif RMI : la rencontre du sanitaire et du social, *J. Pommier et al.*

**Lectures**

*Santé publique*  
BP 7  
2, avenue du Doyen-J.-Parisot  
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex  
Téléphone : 03 83 44 87 00